



Centro de Estudios Sociológicos

**Programa de Doctorado en Ciencia Social
con Especialidad en Sociología
Promoción XVIII**

El proceso de identificación profesional de las y los médicos en México

Néstor Francisco Paredes Urbina

Directora

Cristina Herrera

Lectoras

María Luisa Tarrés

Fiorella Mancini

Septiembre de 2023

Agradecimientos

Esta tesis no hubiera sido posible sin el amor y el acompañamiento de Valeria López López. Sin tu apoyo y creencia en todo lo que esta investigación significó, difícilmente hubiera logrado incluso dar los primeros pasos de este proyecto profesional, gracias por construir un *horizonte compartido de sentido*.

Quiero agradecer también a mi directora, la doctora Cristina Herrera por todo el apoyo y orientación que diligente y amablemente me ofreció durante los años que se extendió esta investigación. Con sus apuntes teóricos, recomendaciones de lecturas, observaciones y correcciones, la doctora Herrera participó en más de una dimensión en la *estructuración* de los postulados que aquí se sostienen, sin sus aportaciones estoy seguro de que no hubiera logrado sortear más de un obstáculo en la comprensión de mi fenómeno de estudio.

A la doctora Maria Luisa Tarrés le agradezco especialmente por haberme acompañado, por preocuparse y ocuparse de mí, no sólo en esta investigación sino a lo largo de mi estadía en El Colegio de México. Esta tesis dialoga constantemente con todo lo que ella me transmitió hace ya más de una década en su curso de métodos cualitativos, mi atención hacia el *sujeto* y su *voz* es sólo gracias a ella.

A la doctora Fiorella Mancini le agradezco también por sus comentarios y observaciones, por sus cuestionamientos. Estoy en deuda con ella por su amabilidad y por su tranquilizante apoyo. Junto con ella y su trabajo pienso que nos integramos a una tradición de investigación que tiene su origen en el *estilo de pensamiento* del Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México.

Puedo decir que mi comité de tesis, en su conjunto contribuyó, en mayor o en menor medida (sobre todo en los puntos fuertes) en la empresa colectiva que supuso la realización de esta investigación.

A la doctora Susana García Salord le agradezco la oportunidad de integrarme a su taller de investigación, sin todo lo que ahí pude aprender y *poner en práctica* tampoco hubiera logrado llevar a buen puerto este trabajo, ese tipo de espacios y clima de trabajo son necesarios en el campo sociológico.

A los doctores Minor Mora, María de los Ángeles Pozas, Emilio Blanco, Nitzan Shoshan y Arturo Alvarado les agradezco por que sin su dedicado apoyo y respaldo no me hubiera sido posible encontrar un camino al interior de El Colegio de México.

A mi familia, a Ma. de la Luz, Roberto, Aída y Karen, agradezco por comprender y aceptar las renunciaciones que mi trayectoria biográfica ha supuesto.

Les agradezco también a Saúl Recinas y Salvador Mateos por todas las charlas y cafés donde se fueron delineando las principales coordenadas temáticas de este proyecto.

A Lidia Valencia por orientarme laboralmente todos estos años en la Coordinación Académica del Centro de Estudios Sociológicos.

Al Colegio de México y en particular al Centro de Estudios Sociológicos, así como a la biblioteca Daniel Cosío Villegas le agradezco porque sentaron las condiciones necesarias para suspender mi actitud hacia la urgencia que supone la existencia en el mundo de vida.

Por último, le agradezco al entonces Conacyt (hoy Conahcyt) y, en general, al Estado Mexicano por financiar la realización de esta investigación.

Índice

Agradecimientos	3
Índice	5
Introducción	7
1. Planteamiento teórico	17
2. Más allá del objetivismo y el subjetivismo: una sociología de las prácticas desde una perspectiva relacional	47
3. El campo médico y algunas de sus transformaciones recientes	87
4. Las estrategias de reproducción social	109
5. Primeros años de la formación del médico y la médica general	171
6. Estrategias formativas: ¿por dónde rotar?	227
7. El internado, mecanismos de integración y particularización	287
8. Estrategias de reproducción profesional: una apuesta por la especialidad	357
Conclusiones generales	441
Bibliografía	449

Introducción

Esta investigación tiene por objetivo principal el de dar cuenta del proceso por medio del cual las y los médicos en México se identifican con su profesión. Así, busco comprender la manera como sus contextos sociales, su pasado y su futuro, contribuyen a la constitución de la forma en que ellos adquieren una *conciencia de sí mismos y de sí mismas*. Mi intención es mostrar que las y los médicos adquieren una identidad al tiempo que clasifican su mundo, sus actividades y se clasifican así mismos gracias al aprendizaje de un conjunto diverso de saberes, conocimientos, habilidades y disposiciones que les facilitan esquemas clasificatorios a partir de los cuales pueden generar una inteligibilidad de su actividad al interior del campo médico, al tiempo que les permite definir para sí mismos un sentido práctico y de competencia que con el que actuar y desempeñarse como representantes de la profesión médica.

a) Preguntas de investigación

Esta investigación se orientó por un conjunto más o menos amplio de inquietudes y cuestionamientos que fueron actualizándose y cambiando a lo largo del propio proceso de investigación y conforme se iban configurando diversas hipótesis de trabajo. Sin embargo, hay un conjunto de preguntas principales que han persistido a lo largo de la propia indagación.

La primera de estas preguntas remite a saber ¿de qué manera ciertos factores como el origen social, el género o, en su caso, la edad, inciden en el proceso de identificación profesional de las y los médicos?

De ser influida la identidad profesional de las y los médicos por los factores antes citados, ¿qué consecuencias tiene esta incidencia en su posterior desarrollo profesional?

De registrarse estas consecuencias, ¿todas y todos los médicos experimentan las mismas consecuencias de la misma manera?

¿Es el proceso de identificación de las y los médicos un resultado de su capacidad de agencia o es el resultado de propiedades estructurales más amplias? Y, si el proceso de identificación profesional es el resultado de la capacidad de agencia de las personas, ¿qué naturaleza tiene dicha capacidad de agencia?

b) Planteamiento del problema

Estos cuestionamientos emergieron a partir de un acercamiento y familiarización inicial con la bibliografía existente sobre el tema de las identidades profesionales, la identidad profesional de la medicina y, en general, a partir de diversas investigaciones sociológicas que se han abocado al estudio de la profesión médica.

En estos primeros acercamientos a la temática pude dar cuenta de que el proceso de identificación de las y los médicos tradicionalmente se ha subsumido en el tema de la *socialización profesional*, así según estas perspectivas la identidad profesional devendría como consecuencia casi automática de un exitoso proceso de socialización por medio del cual las y los médicos interiorizan una serie muy amplia de elementos que van desde valores, actitudes, normas y conocimientos, hasta habilidades y competencias, etc...

De esta forma, la bibliografía que ha abundado sobre este tema se ha abocado a estudiar empíricamente los pormenores de dicho proceso de socialización (Atkinson, 2018; Becker, 1961; Fox & Renée G. Fox, 1957; Merton et al., 1957; Mumford, 1970), por lo general, centrándose en los momentos, situaciones y espacios específicos que la profesión ha delimitado como las instancias autorizadas para transmitir toda esa serie de elementos que ocurren durante la citada socialización.

De esta manera son frecuentes las investigaciones que a través de estudios de caso se han centrado en estudiar la socialización en universidades, hospitales o en su caso consultorios. Ha sido frecuente encontrar también que dichos estudios generalizan sus hallazgos hacia toda la profesión a partir de la observación de un número reducido de instancias, cuando no, de una única instancia en particular, digamos una escuela, un hospital o una especialidad médica.

A partir de estas observaciones pude dar cuenta de que las y los médicos analizados se encontraban analíticamente aislados o en el mejor de los casos insertos en entramados de vínculos ceñidos a la propia situación en la cual se llevaba a cabo la citada socialización. Se trata así de médicos sin pasado y sin futuro, sin relaciones, o como he dicho, en el mejor de los casos solo con relaciones inmediatas entre colegas y compañeros de universidad.

De igual forma, se ha dado por sentado que quienes están expuestos a este proceso de socialización tienen características más o menos homogéneas. Los estudios canónicos con dificultad consideraban la posibilidad de que sus estudiantes fueran mujeres o pertenecientes a otras etnias. Mucho menos daban cuenta del posible efecto que diversas condiciones asociadas a sus orígenes sociales pudieran tener en este proceso de socialización.

De esta manera surge mi primera pregunta citada más arriba, ¿acaso todas y todos los estudiantes y médicos vivencian de la misma manera la socialización profesional?, ¿influyen sus orígenes sociales, su género, y si lo hacen, como lo hacen?, ¿cómo dichos factores inciden en sus carreras en sus planes de vida, etc?, a esto remite mi segunda pregunta.

Mi tercera pregunta está orientada a poner en duda el supuesto sobre el que se hacen las generalizaciones a partir de un estudio de caso específico hacia toda la profesión, ¿acaso las mujeres y los hombres desarrollan la misma identidad profesional, eligen todos y todas las mismas especialidades, todas y todos se comportan de la misma manera una vez que

alcanzan el estatus de médicos profesionales?, ¿todas y todos dirigen su práctica de la misma manera?

La cuarta y quinta pregunta buscan cuestionar otro supuesto que se ha dado por sentado en la bibliografía especializada, el cual remite al vínculo casi natural entre socialización y el proceso de socialización profesional. Como ya he dicho se asume que una buena socialización y formación produce en automático una identidad profesional en las y los médicos, pero ¿acaso la subjetividad de las y los médicos en este proceso, puede intervenir en dicha socialización?, ¿puede incidir en sus propias carreras, en sus trayectorias?

c) Hipótesis

Las hipótesis de esta investigación al igual que mis preguntas se fueron adaptando gradualmente al tiempo que se fue consolidado la propia indagación del fenómeno. A pesar de ello, puedo decir que afortunadamente los primeros análisis de la información me permitieron generar de manera más o menos oportuna un conjunto sólido de conjeturas que gradualmente fueron adquiriendo mayor consistencia.

En esta investigación sostengo que el proceso de identificación profesional de las y los médicos se encuentra estructuralmente influido por el efecto de dos factores fundamentales, el origen social y el género. Si bien esto pudiera parecer algo trivial la pertinencia y relevancia de este enunciado se sustenta en los detalles.

De manera preliminar considero pertinente mencionar que la identificación profesional de las y los médicos se sostiene, como la propia tradición lo ha postulado, en el proceso de socialización a que son expuestos las y los médicos como parte de su formación. Sin embargo, no se trata de un fenómeno del todo automático, la identificación es un proceso reflexivo por naturaleza (Giddens, 1997; Mead, 1953; Strauss, 1969), los individuos desarrollan una *conciencia de sí*, de su persona, a través de la problematización de aquello que han interiorizado como parte de su socialización. Los individuos se *identifican* con una

serie de posiciones sociales (roles y estatus) para reconocerse a sí mismos, para clasificarse para sí y a los otros, para distinguir quiénes son y qué es lo que tienen que hacer.

“...la identidad está relacionada con las fatídicas valoraciones que uno mismo hace de sí mismo y de los demás. Cada uno se presenta a los demás y a sí mismo y se mira en el espejo de sus juicios. Las máscaras que presenta entonces y posteriormente al mundo y a sus ciudadanos están formadas a partir de sus anticipaciones, de sus juicios. Los demás se presentan también; usan sus propias marcas de máscaras y, a su vez, son evaluados. Todo se parece un poco a la experiencia del pequeño niño que se ve por primera vez (en reposo y posando) en los múltiples espejos de la barbería o en los triples espejos del sastre.”(Strauss, 1969, p. 9)

Ahora bien, teniendo esto en claro, se puede decir que la identificación profesional de las y los médicos está directamente relacionada con las diferencias existentes en el propio proceso de socialización.

Como veremos en esta investigación, las familias optan por opciones diferenciadas al momento de considerar la educación profesional de sus hijos e hijas, la delimitación de cualquiera sea la opción de educación universitaria se encuentra a su vez condicionada por los gustos, criterios y en última instancia por la dotación de recursos de las citadas familias, esto quiere decir, que el tipo de socialización que las y los médicos obtienen en diferentes tipos de universidades corresponde a la posición que cada familia tiene en el espacio social y por lo tanto a su clase.

Las elecciones iniciales de las familias tienden a consolidarse en trayectorias diferenciadas que se prolongan a lo largo del proceso formativo (a través del tipo de universidad, y el tipo de hospitales por los que rotan los médicos), generando en el mediano plazo *estilos de práctica médica* que impactan directamente en la formación de identidades profesionales igualmente diferenciadas, ajustadas tendencialmente, al propio estilo de práctica médica. La trascendencia de dichas trayectorias es tal que pueden incluso definir el interés por realizar determinada especialidad que a juicio de las y los médicos sea congruente con sus gustos, intereses y capacidades, todos ellos determinados por la propia trayectoria formativa.

Ahora bien, aunque en esta hipótesis resaltan proposiciones relativas al efecto de “inercias”, “factores” y “capitales”, en realidad el proceso de identificación y las trayectorias de las y los médicos son el resultado de sus actividades cotidianas guiadas constantemente por el despliegue de sendas estrategias y tácticas por medio de las cuales los médicos buscan influir directamente el rumbo que toma su propia trayectoria. Dichas estrategias y tácticas no son otra cosa que el resultado de la capacidad de agencia de las personas, sin embargo, no se trata de una agencia definida en su sentido clásico sino de una agencia de eminente naturaleza práctica.

d) Planteamiento metodológico

Para dar cuenta de estas hipótesis y conjeturas en esta investigación decidí reconstruir la trayectoria formativa de las y los médicos a partir de una serie de relatos de prácticas en un conjunto heterogéneo de entrevistados. Como se puede ver en el capítulo segundo, proseguir con este enfoque me permitió dar cuenta de cómo los factores antes señalados inciden en la delimitación de trayectorias y procesos de identificación diferenciados.

De haber realizado un estudio de caso centrado en un momento y una circunstancia específica, por ejemplo, los procesos de socialización al interior del espacio hospitalario, no hubiera podido dar cuenta de la manera específica como se encarnan y adquieren un sentido subjetivo las condiciones asociadas al origen social. Reconstruir trayectorias con base en relatos de prácticas me permitió descubrir que estos factores inciden no necesariamente como condicionantes o determinantes de las trayectorias sino también como posibilitadores de proyectos y estrategias profesionales.

Sólo si atendemos a la definición de dichas estrategias, realizadas en el seno familiar, en un pasado más o menos remoto y distinto del momento hospitalario y que adicionalmente apuntan hacia un futuro profesional probable que tampoco se registra plenamente en los hospitales es que se puede comprender y atribuir un sentido a las elecciones, definiciones y actividades por medio de las cuales las y los médicos articulan sus propias trayectorias durante su paso por la institución hospitalaria.

El sentido específico del proceso de identificación de las y los médicos, la manera como experimentan la socialización profesional, sólo puede comprenderse a la luz de sus contextos situacionales, de sus vínculos y de los entramados relacionales que definen la naturaleza y el sentido de las situaciones por las que atraviesan a lo largo de su biografía. De igual forma, sólo es posible dar cuenta de la agencia y las prácticas por medio de las cuales constituyen su identidad si las situamos en una serie de horizontes temporales, de la inercia de su pasado y de las apuestas de su futuro. Olvidar esto sólo nos lleva a comprender parcialmente el fenómeno.

e) Estructura de la tesis

Considero que los resultados de esta investigación y, particularmente la estructura de la tesis, son la consecuencia de haber asumido una serie supuestos tanto teóricos, como sobre mis hipótesis y, fundamentalmente, relativos a una estrategia metodológica. Como menciono el otro lugar, el modelo interpretativo adoptado, me ha llevado a objetivar, analizar y hasta cierto punto hipostasiar un conjunto de variaciones que ocurren al interior de una trayectoria.

Este mismo conjunto de supuestos, así como la propia estrategia metodológica adoptada y, claro está, la propia naturaleza del género de las tesis me ha llevado al mismo tiempo a adoptar y desarrollar una serie de secciones que se despliegan de la siguiente forma.

En el capítulo primero hago un breve balance más o menos pormenorizado del estado de la cuestión en la literatura especializada, para ello, exploro tres núcleos temáticos generales: la bibliografía sobre la profesión médica, sobre sus procesos de socialización y sobre el proceso de identificación como tal.

En el capítulo segundo expongo la estrategia metodológica utilizada en esta investigación, pongo de relieve la necesidad de atender sistemáticamente a la subjetividad de las personas desde una sociología de las prácticas, en este sentido, exploro la posibilidad de observar prácticas a través de relatos. De igual forma, planteo la necesidad de elaborar una postura

que pueda dar cuenta de la temporalidad inherente en el proceso de identificación sin que esto pierda de vista una postura eminentemente relacional. Adicionalmente, describo el proceso de muestreo seguido por esta investigación además de realizar una breve reflexión sobre mi propia implicación como investigador.

En el capítulo tercero hago un breve balance sobre algunas transformaciones recientes de la profesión médica, muestro ahí, cómo el campo médico en México ha registrado un doble procesos de feminización y especialización en las últimas décadas, exploro algunas de sus implicaciones toda vez que se trata de patrones que contradicen algunos de los supuestos que tradicionalmente se dan por sentados para hablar de la profesión médica.

En el capítulo cuarto analizo la influencia de la posición social de origen de las familias sobre la articulación de una serie de estrategias educativas que devienen en la elección de un tipo de universidad para estudiar medicina. Sostengo ahí que esta es la simiente de una posterior pluralidad en las trayectorias formativas, la cual se manifiesta posteriormente por la continuidad de ciertas condiciones asociadas a la proyección de sendos estilos de práctica médica.

En el capítulo quinto, describo los primeros años de la formación universitaria de las y los médicos, muestro también sus primeras incursiones en el ámbito hospitalario. Analíticamente, me enfoco en los puntos de giro que suponen las transiciones de un espacio a otro, del ámbito familiar a la universidad y de la universidad al espacio hospitalario, muestro así algunas de las implicaciones que dichos puntos de giro pueden tener en su proceso de socialización.

En el capítulo sexto replico el ejercicio realizado en el capítulo primero, en este caso para dar cuenta de cómo las y los médicos han asimilado los principios e intereses del campo médico, lo cual explica, a mi juicio, el por qué se han transformado para este momento los criterios sobre los que se articulan sus estrategias profesionales. En este capítulo es posible observar como las citadas estrategias ya no se estructuran sobre intereses externos al campo médico sino en sus propios principios y en la búsqueda de sus capitales.

En el capítulo séptimo, analizo la etapa de formación profesional de las y los médicos generales, muestro como a pesar de la existencia de cierta pluralidad en la manera como se forman los médicos, la cual se manifiesta por medio de estilos de práctica médica, ellas y ellos se enfrentan a sendos mecanismos de integración, estandarización, unificación y examen destinados a transmitir un cuerpo de conocimientos y habilidades que son considerados como patrimonio monopólico de esta profesión, la cual se esfuerza por medio de diversos mecanismos institucionalizados de examinar y disciplinar a las y los estudiantes dado su interés por ser reconocidos como médicas y médicos competentes.

En este capítulo muestro también, como de manera paradójica, las y los médicos se ven expuestos al entrecruzamiento de una serie de ámbitos de sentido relativamente independientes, las especialidades, que les imprime al pasar por todas y todos ellos la oportunidad de desarrollar una identidad singular, de acuerdo, en apariencia a sus propios gustos y elecciones. Muestro así, cómo las y los médicos adquieren la capacidad de elegir y diseñar sus trayectorias profesionales gracias a la institucionalización de una serie de momentos que facultan la posibilidad de desarrollar sendos cálculos, prácticas y momentos de reflexividad por medio de los cuales las y los médicos se adecuan y sacan ventaja del juego implícito en las reglas del campo médico.

Finalmente, en el capítulo octavo, busco dar cuenta de nuevas estrategias profesionales que las y los médicos despliegan al finalizar su formación hospitalaria y universitaria, de cara a una potencial entrada al mercado de trabajo. En este contexto las y los médicos han asimilado y dominan los principios e intereses del campo médico, sin embargo, en esta coyuntura, se enfrentan a la necesidad de retomar nuevamente los intereses externos al campo. Así los médicos se ven ante la necesidad de delimitar nuevas estrategias que les permitan compaginar su futuro profesional con otros intereses propios de la reproducción social y biológica. Sostengo que la capacidad de generar un balance entre estos principios es un indicador que da cuenta de que las y los médicos pueden identificarse de manera competente integrando en sus propios proyectos intereses no necesariamente médicos sin que ello suponga un rompimiento con los criterios del campo médico.

1. Planteamiento teórico

*«El puritano quiso ser un hombre profesional;
nosotros tenemos que serlo...¹»*

Max Weber

Introducción

El estudio del proceso de identificación profesional de las y los médicos es, como tal, un abordaje o una perspectiva relativamente reciente sobre el tema, sin embargo, el estudio de la profesión médica y de la socialización a que se ven sometidos quienes desean formarse como médicos y médicas ha sido un tema relativamente recurrente en la historia de la tradición sociológica. El motivo de este continuo interés puede deberse a diferentes razones, quizá la principal es que la profesión médica ha sido entendida como un objeto de investigación con ciertas propiedades típico ideales que permiten indagar en ella diferentes procesos sociales más amplios, a saber, la racionalización y burocratización del mundo moderno, la emergencia y consolidación de la profesionalización como un rasgo característica de la organización económica de las sociedades modernas, incluso por su papel en los procesos de movilidad y estratificación al interior de la sociedad.

¹ En *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (Weber, 2004, p. 286)

1.1 El estudio de la profesión médica

Si bien el objeto de estudio de esta investigación remite a un fenómeno acotado y delimitado sobre el cual existe cierta bibliografía especializada, considero que resulta pertinente ampliar la mirada analítica para dar cuenta de algunas características generales que en ocasiones se dan por supuestas al momento de analizar el proceso por medio de cual las y los médicos devienen en representantes profesionales de esta ocupación. De esta forma, ampliar la mirada más allá nos permite observar y otorgarle sentido a ciertas características, atributos o propiedades que, de sólo circunscribirnos a observar el proceso de identificación como tal nos conduciría a crear una interpretación parcial e incompleta del fenómeno.

Quisiera comenzar esta revisión del estado de la cuestión desde la bibliografía que da cuenta del estudio de las profesiones, particularmente, iniciaré con el análisis los postulados de Max Weber, los cuales, paradójicamente y, dada la importancia de su trabajo, es escasamente recuperado en la sociología de las profesiones.

Los motivos de este obscurecimiento pueden remitir quizá a que el tema de la *profesión o vocación (beruf)* está circunscrito a su obra *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* y por lo tanto, en términos temáticos, quizá sus ideas hubiesen tenido mayor trascendencia en otros campos de estudio sociológico, tales como el estudio de las religiones, de la racionalización e incluso de la burocratización del mundo moderno, sin pasar por alto, que esta obra se encasilló casi por completo dentro del debate relativo al influjo de las ideas sobre el desarrollo del capitalismo moderno.

Sea como fuere, la importancia de la obra de Weber es cardinal en la estructuración de la sociología moderna, no sólo por la relevancia de sus postulados sustantivos sino también porque, en buena medida, sus ideas, o ciertas interpretaciones de ellas, trascendieron, aunque de forma muy abstracta, a través del programa teórico de Talcott Parsons. Esta investigación también apela, aunque no en la misma dirección de Parsons, a recuperar la obra de Weber de manera abstracta y analítica como condición para extraer de ella el mayor potencial heurístico posible.

El interés por la obra de Max Weber puede situarse en el marco de una indagación más amplia relativa a la afinidad entre la religión, en este caso, el cristianismo protestante, y el desarrollo del *espíritu* del capitalismo, así como por sus posteriores consecuencias en el devenir de la organización de la economía capitalista.

Weber observó que la reforma protestante, particularmente ahí donde se hicieron presentes las influencias de las posturas teológicas de Lutero, Calvino y Baxter, supuso una transformación en el papel que desempeña la ética religiosa en la orientación de la conducta cotidiana de los fieles, o como lo denomina Weber, en la *conducción de la vida*, particularmente, en lo tocante al desarrollo de cierta profesión o vocación ética hacia el trabajo.

Ahí donde se estableció el cristianismo protestante, trascendió en la vida cotidiana una ética realizada, un *ethos intramundano*, que imprimió un mandato ético, un llamado (calling) que devendría en el desarrollo de una convicción personal o responsabilidad de las personas por mantener un modo de vida racional, austero, frugal, metódico, disciplinado: ascético.

“En nuestro lenguaje corriente: el ascetismo puritano (como todo ascetismo “racional”) trabaja por capacitar a los hombres en la afirmación de sus “motivos constantes” (singularmente los que aquel les inculcaba) frente a los “afectos”; aspiraba, por tanto, a educarlo como “personalidad” (en este sentido psicológico-formal de la palabra). La finalidad, contra lo que creía el vulgo, era poder llevar una vida alerta, clara, consciente; por ello, la tarea más urgente era terminar de una vez con el goce despreocupado de la espontaneidad vital, y el medio más adecuado de lograrlo era poner un orden en la conducción de la vida (Lebensführung) de los ascetas.” (Weber, 2004, p. 192)

Según Weber, la propia evolución del cristianismo protestante, particularmente en la prédica *práctica* de Baxter, institucionalizó la creencia de que:

“Dios ha asignado a cada cual, sin distinción alguna, una profesión (calling) que el hombre debe conocer y en la que ha de trabajar y que no constituye, como en el luteranismo, un “destino que hay que aceptar” y con el que hay que conformarse, sino un precepto que Dios dirige a todos los hombres con el fin de promover su propia honra” (Weber, 2004, p. 252)

De acuerdo con nuestro autor, el desarrollo de las creencias protestantes gradualmente las llevó a distanciarse de sus fundamentos meramente religiosos para asimilarse con los intereses práctico-utilitarios de la economía, dicha asimilación se hizo posible sobre la base de una cierta afinidad entre los preceptos religiosos y la lógica económica del capitalismo.

De esta forma, el establecimiento de un deber divino que impulsaba a las personas a integrarse a una profesión (en tanto que una forma de trabajo especializada y metódica) contribuyó a la reproducción de la división del trabajo y de la estructuración profesional de la sociedad.

“...Baxter hace manifestaciones que en más de un punto recuerdan directamente los conocidos elogios de Adam Smith de la división del trabajo. La especialización de las profesiones, al posibilitar la destreza (skill) del trabajador, produce un aumento cuantitativo y cualitativo del trabajo rendido y redundando en provecho del bien general (common best), que es idéntico con el bien del mayor número posible [...] «cuando el hombre carece de una profesión fija, todos los trabajos que realiza son puramente ocasionales y efímeros, y en todo caso, dedica más tiempo al ocio que al trabajo»; de donde concluye [Baxter] que, «él [el trabajador profesional] realizará en orden su trabajo, mientras que el otro vivirá en perpetuo desorden, y su negocio no conocerá tiempo ni lugar [...] y, por eso, lo mejor para cada uno es poseer una profesión fija [...] La vida de quien carece de profesión no tiene el carácter metódico, sistemático, que exige la estetización de la vida intramundana. Según la ética cuáquera, la vida profesional del hombre debe ser un ejercicio ascético y consecuente de la virtud, una comprobación del estado de gracia en la honradez, cuidado y método que se pone en el cumplimiento de la propia tarea profesional; Dios no exige trabajar por trabajar, sino el trabajo racional de la profesión. En este carácter metódico de la ascesis profesional radica el factor decisivo de la idea puritana de profesión, no (como en Lutero) en conformarse con lo que, por disposición divina, le toca a cada uno en su suerte.” (Weber, 2004, p. 254)

Según Weber, el establecimiento de una afinidad entre el origen religioso de *ethos intramundano* que orienta a las personas hacia el trabajo profesional y el espíritu capitalista facilitó, en el largo plazo, un desplazamiento de los principios religiosos para colocar en su lugar criterios utilitarios, así como los principios e intereses del capitalismo industrial.

Así, en el largo plazo se institucionalizó en el seno de la vida económica capitalista un *ethos intramundano* que condiciona el despliegue de la personalidad de los individuos sólo a

través de un trabajo profesional especializado, racional y metódico. De esta forma, y a pesar de sus inicios subjetivo-religiosos, la especialización se estableció, en el marco de la actividad tecnológico-industrial del capitalismo moderno, como un “imperativo, como despiadada y fría objetividad que no se podía evitar” (Schluchter, 2018; Torterola, 2009, p. 31) , como una “jaula de hierro” que crea una serie de “especialistas sin espíritu”.

Las ideas de Weber sobre el papel de la racionalidad en la sociedad moderna fueron recuperadas posteriormente, aunque quizá de un modo muy particular, por Talcott Parsons (1986). Para este autor, en las profesiones se podía estudiar la institucionalización de algunos “rasgos típicos o distintivos de la civilización occidental”: por un lado, la preponderancia del conocimiento científico aplicado entendido como la institucionalización de una pauta normativa en la que predominan características como su racionalidad y objetividad, por el otro, por su posicionamiento frente a la institucionalización, dentro del ámbito económico, de la “libre empresa” y como parte sustantiva de ella, la búsqueda del “interés propio”.

“La importancia de la racionalidad en las profesiones modernas en general, pero, particularmente, en aquellas tan importantes que se relacionan con el desarrollo y la aplicación de la ciencia sirve para subrayar su papel en la sociedad en general. Pero esto se da de modo más impresionante en las profesiones, al separarse de la búsqueda institucionalizada del interés propio, típica de la pauta contractual de la conducta en los negocios” (Parsons, 1967, p. 37)

Según Parsons, en el sistema profesional moderno (particularmente en las sociedades anglosajonas y dentro de ellas la estadounidense) se puede leer la primacía *cultural* de los intereses a los que sirve la rama del conocimiento científico (académico) y la primacía *social* de la rama aplicada, así, las profesiones se encuentran orientadas, por un lado, a “la aportación de nuevas contribuciones mediante la investigación y el fomento del saber y la transmisión de la erudición a otros” al tiempo que, por otro lado, buscan salvaguardar el bienestar de las personas, principalmente, por medio de la “reglamentación del orden en la sociedad [derecho] y la atención a la salud de los miembros individuales de la misma [medicina]” (Parsons, 1979, p. 538)

Si bien las implicaciones del estudio de las profesiones por parte de este autor pudieran apreciarse de mejor forma en el marco de una preocupación teórica por fenómenos de mayor amplitud como el propio *sistema y estructura* sociales, su trascendencia para esta investigación y, en general para el estudio de las profesiones radica en sus célebres investigaciones sobre la profesión médica, la cual utilizó en cierta medida como modelo prototípico de las características predominantes en el resto de profesiones.

Para Parsons la práctica médica se encuentra orientada a superar “las alteraciones de salud de los individuos”, en este sentido que la profesión médica deviene en un “mecanismo” del sistema social que busca tratar y controlar mediante la aplicación de conocimiento científico (racional) a las enfermedades de sus miembros. Desde este punto de vista, la enfermedad es vista como “un estado de perturbación en el funcionamiento “normal” del individuo humano total, aprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personal y social” (Parsons, 1976, p. 402)

Cumplir con esta pauta supone para las y los médicos el desempeñar o poner en práctica las principales características del *rol* de médico, a saber: que se trata de una función que demanda una alta competencia técnica, y que al igual que otras “pautas predominantes” en los roles ocupacionales en la sociedad occidental, supone la incorporación de valores adquisitivos, una orientación universalista, funcionalmente específica y efectivamente neutral, aunque a diferencia del rol del “hombre de negocios” el rol del médico está “colectivamente orientado y no auto orientado”.

De esta forma, según Parsons, se espera que un médico que desempeña competentemente su rol deba abocarse a la especificidad de su función, a la especialización de su propia competencia técnica, así como de su experiencia, de igual forma es esperable que el médico se “ocupe de un problema objetivo en términos objetivos, científicamente justificables”. Por su parte, en lo que respecta a su orientación colectiva por sobre su auto orientación, tenemos la expectativa de que los médicos, a diferencia de otros roles que componen el sistema ocupacional, posean una “ideología” que subraye “la obligación del médico de poner el “bienestar del paciente” por encima de sus intereses personales, y considere el

“comercialismo” como el enemigo más serio e insidioso con que tiene que enfrentarse” (Parsons, 1976, p. 404)

La relevancia de los postulados parsonianos para el estudio de las profesiones y, en particular, para el estudio de la profesión médica, radica en que sitúa dicho tema en un entramado teórico más amplio, como he dicho antes, bajo el estudio de los procesos de racionalización en las sociedades modernas, su importancia cultural, etc. Por otro lado, define un enfoque funcional que por sí mismo plantea obstáculos teórico-metodológicos relevantes, en primera instancia, y por más legítimo que esto pudiera parecer, postula de manera más o menos arbitraria un conjunto de atributos que el rol médico debe cumplir, que no necesariamente corresponden con lo que sucede en la vida real. En este sentido, define de una sola vez la manera como debe comprenderse el proceso de profesionalización de las ocupaciones y, dentro de éstas, a la profesión médica, así se establecen umbrales contra los cuales debemos comparar las propiedades del fenómeno específicamente analizado.

Así, para bien o para mal, Parsons postuló que el estudio de la profesión debe basarse en el análisis de la propia socialización de quienes se forman como profesionistas, determinando en qué medida, aquello socializado cumple con un conjunto de estándares no siempre justificados.

Si bien, al igual que ocurre con los aportes de Weber, no se puede negar que los postulados definidos por Parsons corresponden en cierta medida con lo que observamos empíricamente en nuestros propios objetos de estudio, tampoco se puede dejar de notar que existe cierta arbitrariedad injustificada en la definición de sus criterios, los cuales hemos adoptado en algunos casos como medida de comparación.

Robert Merton siguió los planteamientos parsonianos para realizar una serie de estudios sobre los procesos de socialización de distintas profesiones, en particular se centró en la investigación de los procesos de formación y socialización de las comunidades científicas. En este marco, Merton realizó una investigación junto con George Reader y Patricia Kendall (1957) que tenía por objeto indagar en los procesos de socialización de los estudiantes de

medicina. Me parece que esta obra puede ser un ejemplo del tipo de investigación que se puede lograr desde esta perspectiva.

Estos autores analizan el proceso de socialización por medio del cual los estudiantes de medicina adquieren un conjunto de conocimientos y habilidades al tiempo que adquieren (en muchas ocasiones más allá de los espacios educativos formales) valores y actitudes que los motivan para desempeñar el rol de médicos de manera profesional. Estos autores delimitan una serie de valores y actitudes, de hecho, los autores enlistan 21 principios compartidos por estudiantes de diferentes escuelas de medicina en EUA, que si bien reconocen no son exhaustivos, pueden caracterizar a quienes se forman como médicos. Estos valores están organizados por tres ejes, aquellos que tienen que ver con: (el) i. gobierno de una autoimagen; ii) que gobiernan la relación médico paciente y iii) valores que gobiernan la relación con otros colegas y con la comunidad.

A continuación, mencionaré algunos que me parecen interesantes y que son coincidentes con los planteamientos de Parsons:

Sobre la autoimagen

- El médico debe continuar con su propia educación a lo largo de la carrera para mantenerse al día de los avances tecnológicos
- El médico debe mantener una actitud autocrítica y una evaluación científica disciplinada
- El médico debe tener un sentido de autonomía y debe hacerse responsable de actuar en distintas situaciones según su propio juicio.

Sobre la relación médico paciente

- El médico debe ser emocionalmente objetivo en sus actitudes hacia sus pacientes
- El médico no debe preferir a un tipo de pacientes por sobre otros
- El médico debe de ganarse y mantener la confianza de los pacientes

Sobre la relación con colegas y con la comunidad

- El médico debe de respetar la reputación de sus colegas
- El médico debe colaborar con otros colegas en lugar de establecer relaciones de dominación

- El médico, en tanto un “hombre” profesional debe tomar parte de la vida cívica de la comunidad

Como hemos visto, el enfoque funcionalista sobre las profesiones ofrece muchas posibilidades y define en cuanto a los procesos de identificación una serie de aportes específicos que como he mencionado se pueden caracterizar bajo la investigación de la socialización de conocimientos y valores específicos.

A pesar de las objeciones realizadas anteriormente, no deben perderse de vista estos planteamientos pues, en cierta medida, son útiles para comprender el proceso de socialización de las y los médicos toda vez que es a través de la incorporación y asimilación de algunas de estas características propias de la posición social, estatus y rol del médico y de la médica que ellos y ellas constituyen una identificación de sí mismos. En todo caso, siempre conviene tener presente la pregunta de si son efectivamente estos atributos, valores, pautas, orientaciones, etc... los que efectivamente nos ayudan a comprender nuestro objeto de estudio, como veremos más adelante en esta revisión y en la propia investigación, no son estos postulados los que mejor nos ayudan a comprender las prácticas y la identidad de las y los médicos.

El trabajo de Howard Becker se posiciona en el marco de una tradición de investigación contraria a la de Parsons, Becker realiza su conocido estudio *Boys in White* (1961) desde la tradición interaccionista y, particularmente bajo la influencia de los trabajos de Everett Hughes consagrados al estudio del trabajo, las ocupaciones, etc...

Becker al igual que Merton, Reader y Kendall se enfocó en el análisis del proceso formativo de los estudiantes de medicina, a diferencia de estos últimos, no se centró exclusivamente en la socialización de un conjunto de normas, valores o actitudes más o menos predefinidas de manera teórica y según su relevancia para la estructura de roles o las pautas de valores de un sistema social (según los criterios postulados por Parsons), en su lugar, planteó el estudio de *perspectivas* a las cuales definió como los “puntos de vista y los planes de acción coordinados que las personas siguen en situaciones problemáticas” (Becker, 1961, p. 34). Si bien Becker buscaba dar cuenta también de la propia *cultura de los estudiantes* la comprendía siempre desde el punto de vista de los individuos en situación.

De esta forma, Becker busca evadir explícitamente la indagación por valores o actitudes toda vez que considera a los primeros generales y abstractos y, por lo tanto, aplicables a muy distintas situaciones. Según nuestro autor, las perspectivas son situacionalmente específicas, se trata de “patrones de pensamiento y acción que han emergido como respuesta a un conjunto de presiones institucionales y sirven como soluciones a los problemas que estas presiones crean” (Becker, 1961, p. 36), de igual forma, se aleja de la búsqueda de las actitudes en la medida en que las perspectivas buscan dar cuenta de acciones, ideas y disposiciones que poseen las personas para actuar, mientras que las actitudes son sobre todo de naturaleza colectiva.

Así Becker nos muestra, fiel a la tradición iniciada por Hughes, la *carrera*, el proceso de formación de los estudiantes de medicina al interior de la universidad y cómo en cada etapa de dicha carrera las y los estudiantes transforman sus perspectivas, su cultura, pasando de la definición de ciertas perspectivas demasiado generales y vagas a otras específicas y acordes con la naturaleza del proceso al cual se encuentran sometidos.

1.2 El estudio del habitus médico

Hasta ahora me he concentrado en exponer diversas aproximaciones que se han enfocado en el análisis de distintos aspectos objetivos e institucionales de la profesión médica. Las investigaciones sociológicas que han tomado por objeto a las profesiones y a la profesión médica en particular se consagraron al análisis de dichos aspectos objetivos. Las transformaciones que vivió la sociología durante los últimos veinticinco años del siglo XX llevaron a la disciplina a modificar sus propios fundamentos metodológicos colocando como prioridad el análisis de aspectos subjetivos de la experiencia de los individuos en el entendido de que dichos individuos inciden activa y reflexivamente en los procesos de constitución del orden institucional de la sociedad (Giddens, 1976).

La obra de Bourdieu, en cierto sentido, responde a esta tendencia general de cambio en la disciplina, aunque lo hace de manera crítica (Bourdieu & Wacquant, 2008). Muestra de ello es que realizó distintos esfuerzos teóricos por desarrollar un instrumental analítico que

buscaba sintetizar aspectos subjetivos y objetivos de la realidad social. Es en este contexto que surgen los conceptos de *habitus*, *espacio social* y *campo*. Sin embargo, la propuesta bourdiana, aunque recupera de manera sistemática la intención de dar cuenta de los aspectos subjetivos de las prácticas sociales prioriza de manera metódica los aspectos objetivos como aspectos estructurantes de la subjetividad y las prácticas de los individuos situados en entramados relacionales.

Para Bourdieu, los *habitus* son entendidos como:

“sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlas...” (Bourdieu, 2007b, p. 86)

Según este autor, el *habitus* cumple la función de interiorizar en la subjetividad de los individuos un conjunto de disposiciones que resultan homólogas a su posición en el espacio social en general o en campos específicos en particular. Así, por ejemplo, estos sistemas de disposiciones se podrían diferenciar en función de la clase o la fracción de clase social a la que los individuos pertenecen, de esta forma, habría un conjunto de disposiciones o esquemas generadores que orientan la práctica de los individuos de manera coherente con la posición que se ocupa en la estructura de clases. Ahora bien, Bourdieu considera no solo el ordenamiento del espacio social en función de una estructura de clases sino también en relación con un conjunto de “microcosmos sociales” con autonomía relativa que definen un espacio de relaciones con lógica propia que se organizan alrededor de un conjunto específico de intereses y necesidades, dichos microcosmos son denominados campos:

“En términos analíticos, un campo puede ser definido como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (*situs*) en la estructura de distribución de especies de poder (o de capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su

relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera)” (Bourdieu & Wacquant, 2008, p. 131)

Según Bourdieu, a las distintas posiciones en esta configuración de relaciones corresponde un conjunto de disposiciones destinadas a la orientación de las prácticas de los individuos que ocupan alguna posición en dichos microcosmos. De esta forma, no solo habría habitus de sistemas clasificatorios tan amplios como el *género* o las clases sociales, sino que también se podría registrar el efecto de sistemas de disposiciones asociados a la posición específica que ocupan en los campos sociales. De hecho, considero que el gran aporte de la postura de Bourdieu reside en que propone una continuidad de posiciones homólogas en los diferentes espacios sociales o campos en los que se presentan los individuos. Esto último quiere decir que las disposiciones (y los capitales) vinculadas a un habitus de clase, por decir, permite ocupar cierta posición al interior de los distintos campos homóloga a la posición que ocupamos en la estructura de clases, volviendo así necesario no solo conocer los determinantes del ordenamiento de esta estructura sino también la dinámica y trayectorias sociales de los individuos.

Ahora bien, para el caso de mi objeto de estudio, sostengo que el objeto de preocupación analítica que se encuentra detrás del concepto habitus es el mismo que el que subyace al concepto de identidad, ambos responden al problema de la socialización e interiorización de la cultura y en este caso a la interiorización de la cultura o ethos particular de una profesión. Por el momento desconozco la discusión específica sobre las profesiones en la teoría de Bourdieu, pero como se puede apreciar en las líneas antes expuestas, esta no puede ser desarrollada de manera ajena a la lógica que vincula a los sistemas de disposiciones con entramados de relaciones objetivas más amplias.

De hecho, como se vio en la introducción de este trabajo, la problematización sociológica del tema de las identidades en general y de la identidad profesional de los médicos en particular pasa por el reconocimiento de la estrecha asociación entre el habitus y la composición del campo médico. Sostengo así que modificaciones en la estructura de relaciones y posiciones en el campo, esto es, en la composición de los arreglos de posiciones

entre actores institucionales y, en este caso, también entre las especialidades médicas, modifican el conjunto de disposiciones preponderante al interior del campo médico.

De esta forma, la eventual transformación del campo médico, que puede expresarse en el cambio en la preponderancia de ciertos capitales, la modificación de las principales reglas de ordenamiento y la transformación de su lógica de intereses alteraría tanto el contenido de los sistemas de disposiciones que componen al habitus médico como la manera en que los distintos individuos son socializados y se apropian de dicho habitus.

Algunos de los trabajos que han indagado sobre la profesión médica en nuestro país y que han tenido bastante relevancia en los últimos años son los realizados por un conjunto de investigadores entre los que destacan Joaquina Erviti (2015; 2010; 2006), Ma. del Carmen Castro (2008) y Roberto Castro (2015; 2015).

Las investigaciones de estos autores se han enfocado en el estudio de algunos aspectos vinculados al género en torno de las interacciones entre médicos y usuarias de servicio de salud reproductiva. Si bien cada uno de estas autoras y autor han planteado acercamientos analíticos diferenciados, la tesis principal sobre la que ellos trabajan es que el ejercicio profesional de la medicina se encuentra caracterizada por un *autoritarismo* persistente que deviene de la asimilación de un *orden médico* autoritario que se articula alrededor del *habitus* y del *campo médico* y que los médicos reproducen en las diferentes prácticas de atención médica.

«... podemos documentar la solución de continuidad que existe entre el habitus médico que se comienza a gestar durante la formación universitaria en las facultades de medicina y que se consolida durante los años de especialización en los hospitales, y a la relación autoritaria que los médicos propenden a establecer con las mujeres durante la atención del parto, y en general, en los servicios de salud reproductiva. Es decir, postulamos que existe una vinculación estructural entre el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetas, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (profesionales, de clase, de etnia y de género), que los estudiantes de medicina viven en carne propia o atestiguan de cerca durante los años de formación y los rasgos autoritarios que eventualmente

exhiben durante su práctica profesional y que encuentran su vehículo más propio en el habitus médico. (R. Castro & Erviti, 2015, p. 52)

Si bien los autores no remiten sus investigaciones al estudio de la identidad como tal, la problematización que hacen con el uso del concepto *habitus* les permite observar un objeto de investigación íntimamente vinculado con la identidad.

Desde mi punto de vista, si bien el uso del marco analítico propuesto por estos autores podría ser adecuado para mi investigación, toda vez que plantea una relación explícita entre aspectos sociales contextuales y estructurales (el campo médico) en estrecha vinculación con aspectos disposicionales de la conducta que apuntan a la subjetividad de los actores, en este caso los médicos, considero que el uso que hacen estos autores del instrumental conceptual de Bourdieu es deficiente, toda vez que si bien reconocen que el habitus médico autoritario está asociado con la incorporación de una serie de *predisposiciones generativas* que, por lo menos en la idea de Bourdieu, podrían abrir la posibilidad para que los individuos adaptaran sus acciones de manera creativa y reflexiva en función de sus *intereses* y *estrategias*, según los contextos diferenciados en los que se pone en práctica la profesión de los médicos, en realidad omiten durante su investigación del *sentido práctico* que orienta las experiencias y las acciones de los médicos justamente aquellos aspectos generativos (vinculados a la noción de agencia) de las *prácticas* de los médicos, reduciendo la explicación de la violencia obstétrica, la atención autoritaria, la violencia de género, la violación de derechos y la falta de calidad en la atención a la población, a la mera reproducción de *esquemas de percepción y apreciación* adquiridos a modo de *curriculum oculto* durante la exposición repetida al maltrato y la discriminación durante su proceso formativo como médicos.

En particular, si bien los autores aportan elementos que deben ser considerados en el análisis de la formación de la identidad de los médicos, como es en su caso la interacción entre la subjetividad y aspectos estructurales, en realidad parecen pasar por alto la complejidad y diversidad del proceso de formación y aprendizaje de la profesión, además de que parecen omitir por completo la capacidad de agencia de los individuos durante su proceso formativo. Otro aspecto que es contradictorio con mi planteamiento de

investigación es que los autores deducen características de un “orden médico” general a partir de un conjunto de entrevistas y observaciones diversas que remiten solo a las *prácticas* de médicos y residentes adscritos a la especialidad de Ginecología y Obstetricia, lo anterior resulta problemático en la medida en que es imposible remitir a la existencia de este orden médico como un constructo analítico que pudiera utilizarse para deducir propiedades del proceso formativo de los médicos y por lo tanto de la identidad de los médicos.

Vale la pena hacer algunas observaciones críticas a estos planteamientos en la medida en que a partir de ellos puedo fundamentar de mejor manera mi problema de investigación.

Si bien los autores avanzan efectivamente en la identificación de pautas generativas o disposiciones de lo que a grandes rasgos podría denominarse como *habitus* médico, parece existir escasa atención analítica sobre la variación de dicho *habitus* en función del estado del campo médico, los autores adolecen igualmente de un análisis sistemático sobre cómo el *habitus* se vincula o no con el espacio social y, en específico, con la estructura de clases.

Sin pretender cuestionar la validez metodológica a partir de la que las autoras y el autor realizan la inferencia sobre la que se sustenta el postulado del *habitus* médico, me parece válido señalar que un análisis que recupere los efectos de las distintas posiciones en el campo médico así como los efectos del origen social (la clase social) sobre los agentes que reproducen este *habitus* permitiría observar que el citado *habitus* médico si bien mantiene rasgos comunes producto de un proceso educativo que procura la homogenización de los acervos de conocimiento, las disposiciones y las prácticas transmitidas, en realidad es mucho más diverso de lo que podría parecer en primera instancia.

A modo de síntesis y recuperando lo mostrado, aun de manera exploratoria, algunas entrevistas sobre esta temática, la variación del origen social, el género, el tipo de institución educativa en la que se forman los médicos, así como la variación en las instituciones en las que se exponen a la experiencia práctica de su profesión (ya sea durante los *ciclos clínicos*, el *internado*, el *servicio social* y la *residencia médica*) y la especialidad y sub

especialidad a la cual se adscriben son todos factores mediadores que inciden en la variación del citado habitus.

Y no solo eso, la compleja convergencia de todos estos factores así como las particularidades de la trayectoria educativa y formativo-profesional que tienen que cubrir los médicos parece ofrecer la oportunidad para que los individuos sujetos a un largo proceso de socialización a través de la interiorización del habitus médico puedan expresar en distintos momentos su capacidad reflexiva para la modificación y reapropiación de lo que de otra manera podría parecer un dictum social que se les impone en forma determinante. En otras palabras, la propia dinámica en la que se expresa la socialización del habitus médico abre la posibilidad de que los individuos puedan construir en cierta medida, en condiciones no siempre de su elección, su identidad profesional.

1.3 El estudio de la identidad profesional

Berger y Luckmann ubican el tema de los procesos de identificación en el núcleo de una indagación por el papel que tiene el conocimiento en la vida cotidiana de las personas. Para estos autores, el tema de la identidad se refiere por lo menos a dos grandes problemas, por un lado, en un sentido objetivo y social del problema, a la existencia de *esquemas tipificadores* objetivados e institucionalizados que les permiten a los individuos aprehender a los otros en contextos relacionales. La idea básica que se encuentra detrás de estos planteamientos es que los procesos de identificación no son otra cosa que el uso práctico y cotidiano (pre-reflexivo y con una orientación predominantemente pragmática) de acervos de conocimiento tipificado por medio del cual los individuos le otorgan significado a las acciones de los otros, actuando en consecuencia con ello y, por lo tanto, dotando de sentido y orientación a sus propias prácticas².

Según esta idea, no resulta ni extraño ni fuera de lugar plantear un paralelismo entre la teoría de los procesos de identificación y otras propuestas teóricas como la de Pierre

² Generando con ello un sentido de *competencia* y adecuación con las prácticas situadas que realiza. La teoría fenomenológica

Bourdieu. Este último autor desarrolla el concepto de *habitus*, el cual entiende como un sistema de disposiciones que funcionan como un principio generador de prácticas (Bourdieu, 2007b), para superar a las teorías clásicas de la acción a partir de un pleno reconocimiento de la capacidad práctica de los individuos para dotar de significado al mundo y actuar en consecuencia al tiempo que da cuenta de la relación de la distribución social de las disposiciones según un conjunto de criterios objetivos.

Este paralelismo entre una teoría de la identidad y la teoría del *habitus* es profusamente rastreado de manera sistemática por Gilberto Giménez (2004, 2007, 2009) quien sostiene que la identidad no es otra cosa que “el lado subjetivo de la *cultura* considerada bajo el ángulo de su función distintiva” (Giménez, 2009). Según este autor, la identidad debe ser entendida como la representación que tienen los individuos de la posición distintiva que tienen en el espacio social, así como de su relación con otros. Podemos decir entonces, siguiendo la propia postura de Giménez, que el concepto de *habitus* (en cuanto aspecto subjetivo de la cultura) es equivalente a las nociones de esquemas tipificadores (Giménez enfatiza el papel específico de las *representaciones*), sistemas simbólicos y marcos semánticos que utilizan Berger y Luckman.

“...la concepción semiótica de la cultura nos obliga a vincular los modelos simbólicos a los actores que los incorporan subjetivamente (“modelos de”) y los expresan en sus prácticas (“modelos para”), bajo el supuesto de que “no existe cultura sin actores ni actores sin cultura”. Más aún nos obliga a considerar la cultura preferentemente desde la perspectiva de los sujetos y no de las cosas; bajo sus formas interiorizadas, y no bajo sus formas objetivadas. O, dicho de otro modo: la cultura es antes que nada *habitus*, disposición, y cultura-identidad, es decir, cultura actuada y vivida desde el punto de vista de los actores y sus prácticas. En conclusión: la cultura realmente existente y operante es la cultura que pasa por las experiencias sociales y los “mundos de vida” de los actores en interacción.” (Giménez, 2007, p. 44)

A diferencia de Alfred Schutz, Berger y Luckmann enfatizan el papel de los sistemas de signos y de entre ellos particularmente el lenguaje como los espacios fundamentales que permiten la objetivación intersubjetiva y, por lo tanto, la institucionalización de dichos esquemas tipificadores, de los cuales, se sirven los individuos para llevar a cabo los procesos

de identificación y también de la autodefinition identitaria. O, en otras palabras, podríamos decir que las *identidades*, entendidas como tipificaciones objetivadas o *tipos* de significado y experiencia, están fundamentalmente asentadas en el marco de sistemas de signos, ya sean lingüísticos o de otro tipo.

Vale la pena mencionar que una de las capacidades que Berger y Luckmann resaltan del lenguaje es que a diferencia de otros sistemas de signos las objetivaciones del significado que este produce pueden separarse y trascender las *situaciones* concretas³ en las cuales se atribuye y define el significado a las experiencias intersubjetivas, por lo que es en el lenguaje (y en general en los sistemas de signos) donde debemos rastrear el acervo o *acopio de conocimiento* institucionalizado que conforma a las identidades y que da sustento a los procesos de identificación.

Vale la pena acotar al respecto que al asentar los esquemas tipificadores en el lenguaje y en los procesos de interacción, los autores en cierta medida rompen con algunas de las debilidades del enfoque fenomenológico ortodoxo que adolecía de plantear el análisis de la experiencia desde una perspectiva monista e individualista (Alexander, 1990; Giddens, 1993).

Este enfoque sería posteriormente desarrollado por aquellos que defienden un acercamiento *narrativo*⁴ al tema de la identidad. Basados en una postura que plantea una especie de giro epistemológico (similar al conocido como *giro lingüístico*) que coloca a la

³ Vale la pena acotar que para nuestros autores el conocimiento que podemos obtener de estos esquemas tipificadores varía según el nivel de familiaridad que tengamos para con dichos esquemas. Así, una de las propiedades que facilita en cierto sentido tanto la institucionalización del conocimiento, como la exposición de los individuos a ella, es que este conocimiento se despersonaliza y se vuelve anónimo en función de la familiaridad que los individuos tengan con su uso. Si bien esto es fundamental para poder resolver una actitud natural o a-problemática frente al mundo, sin enfrentarnos a la necesidad de reconstruir el mundo en cada momento, también les impone a las identidades una necesaria despersonalización y objetividad que se puede o no actualizar cuando los esquemas tipificadores sobre los que descansa se encuentran al alcance de nuestro horizonte práctico y relacional.

⁴ Se puede definir de manera muy reductiva que la *narrativa* es una forma de ordenar la experiencia a partir del uso secuencial y ordenado del lenguaje y/o el discurso generando tramas que por el mismo ordenamiento dotan de sentido y significado a dicha experiencia.

narración como la forma en que se estructura el conocimiento en el mundo social, autores como Margaret Somers (1992, 1994) sostienen que los individuos construyen sus identidades (múltiples y cambiantes) “por medio de localizarse a sí mismos, o al ser localizados dentro de un repertorio de *relatos entramados o tramas de relatos* (emplotted stories)” (Somers, 1994, p. 614). Según esta idea, las personas le atribuyen sentido y/o significado a su experiencia por medio de la integración de dicha experiencia dentro de una o varias de estas narrativas, lo que les permite orientar sus acciones en función del conocimiento contenido y objetivado socialmente en estos relatos, los cuales les proveen de memorias, guías y recetas para actuar de determinada manera, bases para plantear proyecciones y expectativas.

Existen otras perspectivas que también centran su atención en la narrativa como fuente de la identidad, pero ponen el acento no tanto en la identificación (quizá cognitiva) de sí mismos en el marco de una narración ni en la dotación de sentido de sus prácticas sino en la propia puesta en práctica o en el *performance* de la narración en contextos relacionales situados. Wortham (2001), basándose en Bajtin, sostiene que los individuos reconstruyen buena parte de su identidad (en un sentido reflexivo) por el hecho mismo de actuar performativamente su propia representación identitaria o personaje en contextos en los que los oyentes contribuyen activamente en la definición de las identidades⁵.

⁵⁵ Vale la pena hacer aquí una llamada de atención. La perspectiva fenomenológica de Berger y Luckmann (2006) les permite observar que los procesos de identificación en su sentido subjetivo son por sí mismos fenómenos reflexivos. Esto quiere decir que la autodefinition que un individuo solo puede realizarse a condición de romper con la orientación no problemática (pre-teórica o práctica) de la conciencia hacia el mundo. Según la fenomenología la observación subjetiva de la conciencia se hace a posteriori, esto es, una vez que ha salido de la orientación no problemática hacia la realidad, esto es de manera reflexiva (Giddens, 1976; Schutz, 1974). Siguiendo en parte esta idea, los autores nos recuerdan que la auto identificación de los individuos solo puede hacerse como una reconstrucción en la que los individuos utilizan las propias tipificaciones objetivadas en el lenguaje para describirse y construir su propia identidad. De igual forma, los autores llaman la atención sobre como en los procesos interactivos en los que se establecen procesos comunicativos los actores tienen la ventaja de acceder de manera simultánea a su subjetividad facilitando representarse a sí mismos en la medida en que interactúan e intercambian conocimiento sobre su subjetividad y la subjetividad de los otros.

Ahora bien, retomando mi idea, los autores hacen la acotación de que el lenguaje constituye socialmente *campos semánticos* o *zonas de significado lingüísticamente circunscritos* que devienen en *esquemas clasificadores* que permiten delimitar o diferenciar objetos “según su “género” [...] o su número; formas para predicados de acción opuestos a predicados de ser; modos de indicar grados de intimidad social, y demás”.

Para Berger y Luckmann entonces, estos campos semánticos son el resultado de distintos procesos sociales que al tiempo que institucionalizan y sitúan históricamente al lenguaje también particularizan y diferencian los ámbitos de uso de las tipificaciones y del conocimiento que estos proveen.

“O para tomar otro ejemplo, la suma de objetivaciones lingüísticas que corresponden a mi ocupación constituye otro campo semántico que ordena significativamente todos los sucesos rutinarios que se me presentan en mi tarea diaria. Dentro de los campos semánticos así formados se posibilita la objetivación, retención y acumulación de la experiencia biográfica e histórica. La acumulación es, por supuesto, selectiva, ya que los campos semánticos determinan qué habrá que retener y qué habrá que “olvidar” de la experiencia total tanto del individuo como de la sociedad. En virtud de esta acumulación se forma un acopio social de conocimiento, que se transmite de generación en generación y está al alcance del individuo en la vida cotidiana. Vivo en el mundo del sentido común de la vida cotidiana equipado con cuerpos específicos de conocimiento. Más aún, sé que los otros comparten al menos parcialmente ese conocimiento, y ellos sabe que yo lo sé. Mi interacción con los otros en la vida cotidiana resulta, pues afectada constantemente por nuestra participación común en ese acopio social de conocimiento que está a nuestro alcance.” (Berger & Luckmann, 2006, p. 76)

Es importante profundizar en las características y prestaciones de dichos campos semánticos particulares toda vez que juegan un papel fundamental para la delimitación de lo que se entiende por identidad en el discurso sociológico. Para Berger y Luckmann es el conocimiento acopiado en estos campos semánticos el que les permite a los individuos (intersubjetivamente situados) definir tanto su propia situación como la *situación social* en la que se encuentran al tiempo que les permite orientar sus prácticas.

“Por ejemplo, sé que soy pobre y que, por lo tanto, no puedo pretender vivir en un barrio elegante. Este conocimiento lo comparto, claro está, con aquellos que también son pobres y con aquellos que gozan de una situación más privilegiada.” (Berger & Luckmann, 2006, p. 58)

Según estos autores el compartir y participar de este acopio social de conocimiento permite la “ubicación” de los individuos en la sociedad y simultáneamente la propia realización de sus prácticas. Una acotación que vale la pena hacer es que en este acopio de conocimiento se integran tipificaciones de lo más diversas (aunque siempre parciales y determinadas fundamentalmente por un *motivo pragmático* imperante en la *vida cotidiana* que resulta ser fragmentario y asistemático⁶) cuyo origen no solo descansa en la tipificación de la rutina de la experiencia subjetiva sino también en la incorporación de esquemas de tipificación objetivados socialmente, los cuales son transmitidos y aprendidos por medio del lenguaje.

Avanzar sobre la objetivación e institucionalización social de las tipificaciones sobre las que se sustenta el acervo de conocimiento que orienta las prácticas de las personas en la vida cotidiana supone según nuestros autores el desarrollo de “mecanismos” específicos de control social: surgen así los problemas de la *socialización* y el *acatamiento*. La institucionalización de los esquemas tipificadores implica un “divorcio” y alejamiento (extrañamiento) de las situaciones concretas en las que se generan la habituación y rutinización de las prácticas que posteriormente se tipifican y forman las “recetas” de conocimiento que orientan las prácticas de los individuos, abriendo con ello, la posibilidad de que sucesivos individuos desvíen sus prácticas de las tipificaciones o *cursos de acción* programados institucionalmente.

⁶ Vale la pena mencionar también que desde esta perspectiva los problemas sociológicos usualmente atribuidos a un orden institucional como la determinación estructural o la *coerción* y *compulsión social* en buena parte se traducen a la incapacidad que tienen los individuos de conocer toda la realidad, si bien se valen del acopio de conocimiento socialmente disponible su capacidad para dominar la totalidad el mismo es limitada lo que le abre oportunidades y limitaciones a sus capacidades prácticas.

Para resolver estos problemas los autores recurren, entre otros, a dos soluciones teóricas que resultan relevantes para el desarrollo de mi tema de investigación, una teoría de la *socialización* y una teoría de los *roles*.

En términos esquemáticos, la teoría de los roles desarrollada por estos autores es una extensión de los planteamientos sobre las tipificaciones que ya he mencionado con anterioridad. Los roles son tipificaciones de los “quehaceres propios y de los otros” que supone su objetivación hasta un grado tal que garantiza la anonimidad de las formas de acción de tal modo que permite a otros comprender su *sentido* y, por lo tanto, garantizar su reproducción más allá de los contextos concretos en que se generó la habituación y estabilización de dichas rutinas de acción.

El segundo problema remite a la *socialización* y aquí quisiera aprovechar la oportunidad para delimitar en cierto sentido mi objeto de investigación. Berger y Luckmann analizan la socialización fundamentalmente en dos momentos principales, la *socialización primaria* y la *socialización secundaria*, la investigación de los procesos de identificación profesional fundamentalmente se encuentra enmarcado en el segundo momento.

Lo anterior implica, en cierto sentido, distinguir analíticamente el tema de la identidad. Mientras que el desarrollo como tal de la *identidad del yo*⁷ se encuentra fundamentalmente situado en el proceso de socialización primaria y ocurre, simultáneamente, con la interiorización de la sociedad en la subjetividad, en lo que respecta a la socialización secundaria los procesos de identificación aluden a la asimilación de esquemas tipificadores y marcos semánticos propios de los distintos roles que los individuos representan durante su vida adulta. Sin embargo, no considero que ambos momentos del desarrollo de la identidad compartan características y principios comunes que deben recuperarse como aspectos básicos.

⁷ Las referencias canónicas que en sociología se tienen sobre la formación de la identidad del yo fundamentalmente aluden al desarrollo de la *persona* durante la infancia y la socialización primaria. Berger y Luckmann al respecto recuperan los planteamientos de George Herbert Mead (1953) sobre el tema, reformulándolos en ocasiones a partir de su propia terminología teórica.

En términos generales, la perspectiva de Berger y Luckmann sobre el desarrollo de la identidad del yo deriva de la teoría de Mead sobre la formación de la identidad individual. Sin embargo, los autores desarrollan algunas consideraciones teóricas a partir de este modelo para vincular su propia propuesta teórica que intenta vincular en el proceso de socialización no solo la formación social-relacional de la identidad del yo sino también la interiorización subjetiva de las objetivaciones de conocimiento que dan origen a las estructuras sociales.

Para estos autores, la internalización de la sociedad en la subjetividad es solo posible por la preexistencia de la identificación (y posterior autoidentificación) del niño con los roles y actitudes que los otros utilizan para referirse a él.

La internalización de la sociedad no es otra cosa que la *comprensión* y asimilación de las tipificaciones (principalmente cristalizadas en el lenguaje) que describen “el mundo de los otros”. Lo anterior supone que al llevarse a cabo la interiorización/comprensión de los roles y actitudes que los otros utilizan para referirse al niño, simultáneamente el niño aprehende los horizontes de significado en los que se asientan dichos roles y que actúan otorgándoles inteligibilidad y coherencia con la realidad. De esta forma, la identificación-interiorización implica que tanto el niño como posteriormente el adulto “aprehenden los mundos de los otros” o, en un sentido más objetivo del proceso de identificación, identifican su “ubicación en un mundo determinado”.

Algunas consideraciones desarrolladas por los autores remiten a factores contextuales que denotan algunas propiedades meramente objetivas y/o sociológicas que deben tomarse en cuenta para el desarrollo sistemático de un acercamiento al tema de los procesos de identificación en general y de los procesos de socialización primaria en particular. El primero es que los autores llaman la atención sobre el contexto relacional no electivo en el que se lleva a cabo la socialización primaria, el cual se convierte en un elemento que refuerza la objetividad y la naturalización de las representaciones que heredamos sobre el mundo. Y no solo eso, el contexto relacional en el cual se dan los procesos de identificación contribuye a la estabilidad y al mantenimiento de una identidad coherente en la medida en

que los individuos son continuamente reconocidos por los otros y en la medida en que se cumplen sus expectativas sobre la reacción de los otros a su propia conducta.

De esta forma, los autores llaman la atención sobre el hecho de que quienes llevan a cabo la socialización o crianza del niño *mediatizan* y seleccionan (de manera no necesariamente intencional) las “definiciones de la realidad” que se le transmiten, imponiéndoselas como evidentes y no problemáticas, lo que contribuye a la objetivación de la realidad. Así, Berger y Luckmann nos recuerdan que, en este proceso, las definiciones heredadas le son transmitidas al niño de manera no electiva, lo cual se presenta como un rasgo que por lo menos teóricamente podría variar en la socialización secundaria donde los individuos ya socializados tendrían mayores probabilidades de incidir en la elección de los marcos semánticos desde los cuales interpretar el mundo.

Berger y Luckmann nos dicen también que esta mediatización de los procesos de socialización del niño está determinada a su vez por el estado de la distribución de conocimiento que sería resultado en última instancia de la división social del trabajo.

Como ya se dijo, el planteamiento de los autores sobre el tema de los procesos de identificación es analíticamente equivalente al planteamiento de Bourdieu sobre el desarrollo del habitus, incluso, sostienen postulados equivalentes en cuanto a la secuencia temporal de los procesos de socialización cuando definen la existencia de un habitus primario y uno secundario. Como acabamos de ver, para Berger y Luckmann, los procesos de socialización se dan de manera mediada por la existencia de un red de relaciones y actores, *significantes* los denominan los autores, quienes son los encargados de transmitir de manera selectiva las definiciones de situación, roles, actitudes y por lo tanto esquemas de tipificación y marcos semánticos por medio de los cuales el niño interioriza de manera comprensiva los marcos de significado de estos significantes permitiéndole simultáneamente identificarse con las actitudes y roles que estos usan para definirlo y para posteriormente autodefinirse en relación con su posición en la sociedad.

Estos autores nos han dicho también que esta mediación del proceso de interiorización varía en función de la disposición de conocimiento que los actores encargados de la socialización tienen a mano en la vida cotidiana. En esto, el planteamiento de Berger y Luckmann es plenamente coincidente con lo planteado sobre el desarrollo de *habitus*. Para Bourdieu el *habitus* es un conjunto de disposiciones interiorizadas en la subjetividad de los agentes en función de la posición que ocupan en el *espacio social*, en el sistema de género, en la estructura de clases o en *campos* sociales específicos.

En términos de la construcción sociológica de este problema podríamos decir que Berger y Luckman recurren en última instancia a la división social del trabajo que a través de la distribución social del conocimiento articula y modifica la variación en los procesos de formación de la identidad y en la construcción de la realidad. En el caso de Bourdieu, el diagnóstico es un poco más complejo, pues si bien la división social del trabajo sigue estando presente en su marco explicativo, se suman diferentes procesos sociales objetivos que inciden en la conformación de los sistemas de disposiciones que constituyen a los *habitus* particulares y, por lo tanto, en la definición de identidades específicas y particulares.

Para Bourdieu, se hace patente la influencia de distintos factores objetivos como la articulación de una estructura de clases (y en ella de un persistente fenómeno de *distinción*) en el espacio social, la articulación de *campos sociales* con cierta autonomía, así como la emergencia de una tendencia a la *violencia simbólica*.

Ahora bien, nuestros autores enfatizan el hecho de que la socialización en realidad es un proceso continuo que se da a lo largo de la vida y que no se detiene con la consumación de la socialización primaria, dando lugar a la socialización secundaria, la cual es entendida como la internalización de submundos institucionales asentados en el conocimiento específico de roles, los cuales se encuentran directa o indirectamente arraigados en la división social del trabajo.

“La socialización secundaria requiere la adquisición de vocabularios específicos de “roles”, lo que significa por lo pronto, la internalización de campos semánticos que

estructuran interpretaciones y comportamientos de rutina dentro de un marco institucional. Al mismo tiempo también se adquieren “comprensiones tácitas”, evaluaciones y coloraciones efectivas de estos campos semánticos. Los “submundos” interiorizados en la socialización secundaria son generalmente realidades parciales que contrastan con el “mundo base” adquirido en la socialización primera.” (Berger & Luckmann, 2006, p. 173)

Siguiendo esta idea, considero que los procesos de identificación profesional deben entenderse en el marco de la socialización secundaria y pueden caracterizarse en lo general como la adquisición de esquemas tipificadores, de roles, así como la internalización de campos semánticos particulares vinculados a las diversas manifestaciones del mundo del trabajo y de las profesiones.

Una de las características que definen a los procesos identitarios durante la socialización secundaria es que estos no adquieren el carácter de necesidad y naturalización definiendo de una manera más frágil y maleable a la realidad. Durante esta etapa los individuos interiorizan una diversidad de roles y marcos semánticos que pueden variar en función del tipo de actividad del que estemos hablando.

“El carácter más artificial de la socialización secundaria vuelve aún más vulnerable la realidad subjetiva de sus internalizaciones frente al resto de las definiciones de la realidad, no porque aquellas no estén establecidas o se aprendan como algo menos real en la vida cotidiana sino porque su realidad se halla menos arraigada en la conciencia y resulta por ende más susceptible al desplazamiento” (Berger & Luckmann, 2006, p. 184)

Según los autores, dado que la socialización secundaria se encuentra más cercana a los efectos de la división social del trabajo, toda vez que buena parte de los procesos de socialización secundaria remiten al ámbito educativo y ocupacional, los procesos de identificación profesional en consecuencia se encuentran en mayor medida expuestos a los cambios y desarrollo del ámbito institucional en el que se sitúa dicha socialización pero también a la capacidad de los individuos de transformar las rutinas que dan origen a las tipificaciones y los acervos de conocimiento que dan sustento a las identidades profesionales. En este sentido, el proceso de socialización y las identificaciones que se dan en él están más abiertos a la incidencia y modificación por parte de los individuos.

Siguiendo esta idea, diversos autores han analizado las consecuencias del proceso de *modernización* que se manifiestan en las cambiantes condiciones de la diferenciación social para los procesos identitarios (Bauman, 2005; Peter L. Berger, Berger, & Kellner, 1981; Dubet, 2013; Giddens, 1997). Si bien existe una serie relativamente amplia de autores que han seguido esta línea de investigación mencionaré solo el trabajo de Anthony Giddens como una muestra consistente de este conjunto ya canónico de investigaciones sobre la materia.

Giddens parte de un punto de vista similar al de Berger y Luckmann, para este autor, la identidad descansa en la *conciencia práctica* (concepto tomado de la obra de Garfinkel) que podría ser entendida como una extensión de la definición de la situación que permiten los esquemas tipificadores y los marcos semánticos mencionados por Berger y Luckmann. Según Giddens, dicha conciencia práctica hace posible la emergencia de la *seguridad ontológica* y la *confianza* que facilitan la emergencia de un sentido de continuidad y coherencia de la experiencia biográfica que en última instancia permite a los individuos construir reflexivamente una identidad.

Para Giddens la modernidad ha impuesto una serie de condiciones institucionales que modifican la manera en que se socializa a los individuos, según este autor, el gran hito que ha conseguido la modernidad en el terreno de la formación identitaria es que incluso en este proceso inciden los efectos de acervos de conocimiento técnico especializado denominados por el autor como “estilos de vida”. Según Giddens, el conocimiento especializado se ha entremezclado con los mediadores tradicionales por medio de los cuales se socializaba a los individuos, logrando con ello suplantar los esquemas tipificadores y los marcos semánticos tradicionales que daban pie a los procesos identitarios. En su lugar se colocan nuevos mediadores basados en acervos de conocimiento especializado que carecen de la autoridad y fuerza de la cultura tradicional, toda vez que dicho conocimiento se encuentra caracterizado por ser falible o conjetural. Esto coloca a la identidad de los individuos en una situación de riesgo permanente, dando lugar entonces a una crisis en la

viabilidad de la conciencia práctica sobre la que se sostiene la seguridad ontológica y sobre la que se desarrolla la identidad.

A lo anterior, se suma una transformación reciente que ha radicalizado y universalizado los efectos de la modernidad en el orden institucional al tiempo que ha agudizado el efecto de otras transformaciones, a juicio de este autor, la modernidad reciente ha contribuido a la expansión de “mecanismos de des-anclaje” que han reorganizado la experiencia del tiempo y el espacio dando lugar al debilitamiento aun mayor de los patrones tradicionales y las costumbres que articulaban el orden institucional tradicional.

“A medida que la tradición pierde su imperio y la vida diaria se reinstaura en función de la interrelación dialéctica entre lo local y lo universal, los individuos se ven forzados a elegir estilos de vida entre una diversidad de opciones. Naturalmente existen también influencias normalizadoras [...]. Pero debido a la apertura de la vida social actual, la pluralización de ámbitos de acción y la diversidad de autoridades, la elección de un estilo de vida tiene una importancia creciente para la constitución de la identidad del yo y para la actividad de cada día. La planificación de la vida, organizada de forma refleja (sic.) y que presupone normalmente una ponderación de los riesgos filtrada por el contacto con el conocimiento de expertos, se convierte en un rasgo central de la identidad del yo.” (Giddens, 1997, p. 14)

En resumen, la suma del debilitamiento de los medios tradicionales por medio de los cuales se socializaba a los individuos y el desgaste de los mecanismos tradicionales de articulación de la experiencia en el espacio tiempo, sienta las bases institucionales para que los individuos se enfrenten a la tarea de construir su propia identidad de manera individual teniendo que confiar en mayor medida en su capacidad reflexiva y haciendo uso de los acervos de conocimiento especializado (reflexividad institucional) para construir su propia trayectoria biográfica.

Si bien el trabajo de Giddens pone el acento en el análisis de las cambiantes condiciones que impone la modernidad en los contextos de socialización secundaria, vale la pena preguntarse si este diagnóstico es del todo válido.

Un punto de vista que en cierta medida contradice la capacidad de agencia reflexiva de los individuos en la cual se basa la propuesta giddensiana es el de Bourdieu, para este autor (quien disiente sustantivamente de los enfoques sociológicos que enfatizan la consolidación de la modernidad como un vector de cambio estructural de la sociedad contemporánea) no son tan evidentes los efectos de esta fragilidad y maleabilidad institucional sobre los que se basa el diagnóstico giddensiano. Desde su perspectiva, la configuración de un habitus primario particular en el marco de una posición específica en la estructura de clase se encuentra siempre vinculado a la posesión de diversos tipos de capitales que en buena medida determinaran las probabilidades de que los individuos puedan modificar o elegir los contextos institucionales a los que se enfrentará su experiencia a lo largo de la trayectoria social.

Para Bourdieu la socialización primaria de un individuo en el marco de un conjunto de disposiciones específicas propio de una posición en el espacio social en buena medida determina y limita las posibles posiciones (y las posiciones homólogas) en el espacio social en general y en los campos sociales en particular que este individuo podrá ocupar a lo largo de su trayectoria social. Y esto no sucederá solo por la imposición de barreras objetivas que limiten su acceso a las distintas posiciones en el espacio social o institucional, sino por la emergencia y efecto de un *sentido práctico* (Bourdieu, 2007b) que orienta la experiencia y las *estrategias* posibles que un individuo pone en juego para delimitar el lugar que le corresponde en los diferentes momentos de su trayectoria.

En esta sección he intentado hacer un balance de algunas de las distintas posturas analíticas que han abordado el tema de la identidad como eje de sus reflexiones. Como ya he mencionado, la intención de circunscribir esta revisión a aspectos teóricos obedece principalmente a una necesidad de clarificar mis propios supuestos sobre la temática. Como he dicho, el tema de la identidad y de los procesos de identificación en el contexto de una discusión sociológica no puede realizarse desde marcos de referencia del sentido común, es por ello por lo que se hace necesario esclarecer de manera detallada las distintas referencias a las que se hace alusión cuando se remite a este concepto.

Como hemos visto, el caso particular de las identidades profesionales debe situarse en el marco de la problematización de la socialización secundaria y en buena medida el *locus* de su dinámica está determinado precisamente por su diferencia con la naturaleza de la socialización primaria, la cual, según lo expuesto anteriormente adquiere un papel mucho más determinante en la formación de la identidad que los procesos de interiorización de los acervos de conocimiento especializado y marcos semánticos propios principalmente de las ocupaciones.

De esta forma, lo que se gana en flexibilidad en el impacto en la identidad de yo se pierde en independencia de las condiciones sociales en las que se debe llevar a cabo la definición y delimitación de la identidad profesional. Si bien los individuos ganan cierta flexibilidad para poder elegir los mundos de significado en los cuales se desarrollan profesionalmente, también es cierto que están mayormente expuestos a las condiciones institucionales que determinan el mundo del trabajo y de las profesiones.

2. Más allá del objetivismo y el subjetivismo: una sociología de las prácticas desde una perspectiva relacional

Introducción

Esta investigación fija una *toma de posición* metodológica inicial mediante un distanciamiento de lo que se ha denominado en la tradición sociológica como *objetivismo* (Bourdieu, 2007b; Giddens, 1976), esta perspectiva, que persiste en las ciencias sociales a pesar de la profunda crítica a que ha sido sometido el *consenso ortodoxo* (Giddens, 1978), observa a la sociedad:

“a la manera de una *física social*: como una estructura objetiva, captada desde afuera, cuyas articulaciones pueden ser materialmente observadas, mensuradas y cartografiadas independientemente de la de las representaciones que se hagan aquellos que en ella viven. La fuerza de este punto de vista objetivista o “estructuralista” (cuyo epitome es *El suicidio* de Durkheim y cuyos ejemplos en Francia, cuando Bourdieu esboza las propuestas centrales de su teoría, son la lingüística saussureana, el estructuralismo de Levi-Strauss y, de manera secundaria, el marxismo althusseriano) reside en socavar la “ilusión de la transparencia del mundo social”. Romper con las percepciones del sentido común le permite descubrir las “relaciones determinadas” en las que hombres y mujeres entran necesariamente para “producir su existencia social” (Marx). Gracias a las herramientas de la estadística, la descripción etnográfica o el modelado formal, el observador externo puede decodificar la “partitura musical no escrita según la cual se organizan las

acciones de los agentes, cada una de las cuales creen que está improvisando su propia melodía” [...] y averiguar las regularidades objetivas a las que obedecen.

El principal peligro de un punto de vista objetivista es que, a falta de un principio de generación de dichas regularidades, tiende a deslizarse del modelo a la realidad, a reificar las estructuras que construye tratándolas como entidades autónomas dotadas de la habilidad de “actuar” a la manera de agentes históricos. [...] Destruyendo de ese modo la parte de la realidad que proclama captar en el mismo movimiento mediante al cual la captura. Llevado hasta su límite el objetivismo no puede producir sino un sujeto sustituto y retratar a los individuos o grupos como soportes pasivos de fuerzas que mecánicamente operan según su lógica independiente" (Bourdieu & Wacquant, 2008, pp. 31-32)

En su lugar, sostengo el supuesto de que *las personas saben lo que hacen*, los relatos de las y los entrevistados que componen el cuerpo de esta investigación nos muestran una y otra vez que son agentes plenamente competentes en la articulación de sus trayectorias e incluso en la definición de su propia identificación, sin embargo, como también se puede apreciar más adelante, estas capacidades se encuentran siempre condicionadas por “propiedades estructurales” de las que no son plenamente conscientes o que ocurren como resultado de sus actividades intencionales.

En este sentido se puede decir que, a grandes rasgos, esta investigación puede circunscribirse dentro del ámbito de influencia de la *teoría de la estructuración*, reconociendo como punto de partida algunos de sus principales postulados:

“A.

1. La sociología no se ocupa de un universo “pre-dado” de objetos, sino de un objeto que está constituido o es producido por los quehaceres activos de los sujetos. [...]

2. Por consiguiente, la producción y reproducción de la sociedad ha de ser considerada como una realización diestra por parte de sus miembros. [...]

B.

1. El dominio del obrar humano es limitado. Los hombres producen la sociedad, pero lo hacen como actores históricamente situados, no bajo condiciones de su propia elección. [...]

2. Las estructuras no deben conceptualizarse si impusieran simplemente constreñimientos al obrar humano, sino en tanto son habilitadoras. Esto es lo que llamo dualidad de la estructura. La estructura siempre se puede examinar en principio en los términos de su estructuración. Investigar la estructuración de prácticas sociales es trata de explicar cómo la estructura es constituida por la acción, y recíprocamente, cómo una acción es constituida estructuralmente” (Giddens, 1976, p. 205)

Asumir el citado desplazamiento y defender el supuesto sobre la capacidad de monitoreo reflexivo de las personas sobre sus propias actividades implica superar dos obstáculos que en ocasiones se sobreponen entre sí. El primero remite a asumir una postura subjetivista:

“El punto de vista subjetivista o constructivista [...] en contraste con el objetivismo estructuralista, asevera que la realidad social es una “realización aleatoriamente desarrollada” por actores sociales competentes que construyen continuamente su mundo social mediante las “ingeniosas prácticas organizadas de la vida de todos los días” (Garfinkel, 1967:11). A través de la lente de la fenomenología social, la sociedad aparece como un producto emergente de las decisiones, acciones y cogniciones de individuos conscientes y alerta, a quienes el mundo se les presente como inmediatamente familiar y significativo. Su valor reside en reconocer el valor que papel del conocimiento mundano, la significación subjetiva y la competencia práctica juegan en la producción continuada la sociedad: otorga mayor importancia al agenciamiento y al “sistema social aprobado de tipificaciones y relevancias” por medio del cual las personas dotan “al mundo en que viven” de sentido (Schutz, 1970).

Pero la fenomenología no reconstruida de la vida social adolece, de acuerdo con Bourdieu, cuanto menos de dos defectos. Primero, concibe a las estructuras sociales como la mera agregación de estrategias y actos de clasificaciones individuales, tornando imposible dar cuenta de su resistencia, así como de las configuraciones emergentes y objetivas que estas estrategias perpetúan o desafían. Esta especie de marginalismo social tampoco puede explicar por qué y de acuerdo con qué principios se produce el trabajo de la producción social de la realidad en sí.” (Bourdieu & Wacquant, 2008, pp. 33-34)

El segundo obstáculo remite a la tendencia de errar los criterios desde los cuales realizamos nuestras interpretaciones en el marco de la investigación cualitativa. En la tradición fenomenológica primero (Schutz, 1962, p. 33 y ss.) y, posteriormente, desde el programa

etnometodológico (Garfinkel, 1967, p. 295 y ss.) se llamó la atención sobre el riesgo que se corre de suplantar la lógica que estructura la subjetividad en la vida cotidiana con la propia lógica y racionalidad científica. Así, con frecuencia, en la práctica de la investigación cualitativa, cuando buscamos interpretar y dotar de sentido al fenómeno que estudiamos puede pasarnos, de manera inadvertida, que al “analizar” las prácticas y los relatos de las personas introducimos, subrepticia y naturalmente⁸, nuestros propios principios y criterios lógicos como fundamento del sentido de aquello que observamos, suplantando de esta forma el sentido originalmente atribuido por las personas que constituyen nuestro objeto de estudio.

Si tenemos suerte, atribuimos un sentido extraído de nuestros propios acervos de conocimiento profesional, en este caso, acervos de la teoría sociológica o, de alguno otro marco de significado asociado al saber sociológico o científico, lo cual, vale la pena dejar en claro, es un error toda vez que se trata de un conocimiento objetivado y esquemático, basado en formas de racionalidad que son del todo ajenas a la forma en que se organiza el sentido en la actitud de la vida cotidiana, por su parte, cuando carecemos de fortuna, con frecuencia imputamos el sentido de aquello que buscamos interpretar remitiéndonos a los acervos de significado de los cuales hemos sido dotados por el hecho mismo de ser parte de la sociedad, así, terminamos utilizando nuestros propios *prejuicios*, los cuales, siempre están cargados de los propios intereses asociados a la posición que ocupamos en el espacio social.

⁸ Siempre tengamos en cuenta que a pesar de que como sociólogas y sociólogos hacemos interpretación desde marcos de sentido “técnico”, dichos están siempre mediados por nuestros marcos de sentido, en tanto legos, que nos habilitan como habitantes plenamente competentes de nuestra sociedad, género, clase, grupos social, etc... De esta suerte, la o el científico social debe estar atento y vigilante del propio uso de las tipificaciones que de manera cotidiana utiliza para orientar su actividad en el mundo, cuidando no atribuir el sentido a las conductas que estudia con base en esta colección de saber a mano de la que disponemos por ser parte de la propia sociedad. Más aún, el o la socióloga debe estar especialmente atenta y reflexiva sobre su propia tarea investigativa para no mezclar sus propios marcos de sentido común con los modelos o principios explicativos que utiliza como representante de su propia “tribu” profesional, de tal suerte que finalice objetivando y llevando a estatus de postulado científico aquello que no es otra cosa que sus “prejuicios”.

Si bien esto puede delimitarse como un error metodológico, en realidad tiene su fundamento en la propia actividad hermenéutica que desplegamos de manera cotidiana por el hecho mismo de que incluso los observadores científicos son parte del mundo (Gadamer, 1984, p. 331 y ss. Giddens, 1976, p. 79 y ss.). Las y los científicos sociales, en tanto personas competentes, habitantes del mundo de vida, utilizan todo el tiempo los marcos de significado a mano no sólo para cuanta de la naturaleza del mundo que los rodea sino también para mediar y delimitar el propio sentido de los acervos de conocimiento especializado, en nuestro caso, de los acervos de teoría y conocimiento sociológico.

Teniendo todo esto en consideración uno de los primeros pasos que debemos tomar para sobrepasar este obstáculo remite a la necesidad adoptar una postura reflexiva sobre el propio quehacer sociológico (o científico) frente a su objeto de estudio. De esta forma, debemos reconocer que la comprensión científica de cualquier fenómeno de interés remite a la fusión de por lo menos dos horizontes de significado⁹, el primero, el sentido que las personas que estudiamos le han dotado a sus acciones, prácticas, instituciones, etc..., el segundo, en sentido que extraemos de nuestros acervos de conocimiento especializado, de nuestra teorías y supuestos.

⁹ Un esfuerzo más sistemático y robusto debería de incluir una problematización de la influencia de los marcos de significado y acervos de conocimiento práctico que las y los científicos tenemos en tanto miembros competentes de la sociedad, ocupantes de una posición social con determinados intereses y que en su mayoría provienen del sentido común. Lo anterior requeriría realizar un ejercicio de observación y problematización reflexiva de las propias prácticas de investigación cuyas metas podrían ser: a) reconocer y controlar la mayor cantidad posible de implicaciones tácitas de las cuales está cargado el lenguaje que utilizamos en el día a día, lo anterior, con la finalidad de no importar de manera gratuita formas de visión que modifiquen de manera impensada la naturaleza del objeto que estudiamos o, en otras palabras, explicitar nuestros prejuicios; b) controlar y explotar metódicamente las propiedades objetivas y formales de nuestros acervos de conocimiento profesional sin imponer en este procedimiento una racionalidad y objetividad ajenas a las actividades y el sentido que orienta a nuestro objeto de estudio y c) intentar dar cuenta del sentido originalmente imputado a sus actividades por las personas estudiadas en nuestra investigación sin caer con ello en la mera recolección y generación de inventarios descriptivos que renuncian a la potencial explicación de los fenómenos, y por lo tanto, en la validación gratuita de la visión, también interesada, que tienen los agentes de sus propias prácticas. Sin embargo, lo anterior excede por mucho los límites y las capacidades de esta investigación, a pesar de ello, el o la lectora debe saber que bajo esta premisa en esta investigación se llevaron a cabo diferentes procedimientos metódicos destinados a controlar cada uno de estos factores, siendo los principales los que se detallan en esta postura metodológica.

Lo anterior nos permitiría reconocer que la investigación sociológica, si no busca meramente reproducir las *buenas razones* (Giddens, 1976, p. 148 y ss.) que las personas utilizan para *dar cuenta* de sus actividades, inevitablemente necesita someter la experiencia subjetiva de las personas a un control y una problematización metódica y sistemática y, como parte de ello, introducir una lógica extraña a la *actitud natural* sobre la que las personas estructuran su mundo. Así, quien busque *explicar* un fenómeno social, debe aceptar que, hasta cierto punto, la explicación generada será en buena medida una construcción reificada, esquemática y alejada del sentido que orienta a las prácticas de las personas en la vida cotidiana ya que dicha explicación adquiere su inteligibilidad y consistencia sólo gracias a la fusión de los horizontes de significado ya antes mencionado¹⁰.

Partir de este ejercicio reflexivo facilita el que la recuperación de la experiencia subjetiva remita (hasta donde esto es posible) al sentido en uso que las personas le imputan a su mundo y no al contrabando descuidado de los significados de nuestros acervos del sentido común ni tampoco a mecanismos conceptuales ajenos a la racionalidad práctica.

Ahora bien, la recuperación sistemática de la experiencia subjetiva de las personas adquiere relevancia más allá de un ejercicio de reflexividad metodológica y/o de la crítica de las prácticas de investigación social, en realidad, la importancia de dicha experiencia subjetiva descansa en que es sobre ella que se estructura la realidad social (Bourdieu, 2013, p. 13 y ss. Bourdieu & Wacquant, 2008, p. 30 y ss. Giddens, 1976, p. 34 y ss. 1984, p. 43 y ss.); las y los agentes producen y reproducen el mundo social orientándose activa y creativamente por dicha experiencia, por su marcos de significado, acervos de conocimiento, sistemas de disposiciones, sistemas clasificatorios y esquemas generadores.

Así, el principal objetivo metodológico que busca esta investigación es la recuperación sistemática de la subjetividad por medio de la cual, las y los médicos, constituyen las

¹⁰ Dicha explicación, por su propia naturaleza, resulta esquemática, reductiva e inoperante como guía u orientación práctica de las personas. Sin embargo, siempre será la mejor alternativa si de lo que se trata es de observar el fenómeno desde los principios e intereses de la ciencia e, incluso, si se pretende captar algunas de las características que tradicionalmente se han denominado como objetivas y/o incluso determinantes de los fenómenos sociales.

principales propiedades estructurales de su mundo profesional. Para ello, me enfoqué en el análisis de su proceso de identificación profesional, toda vez que, por medio de la construcción de su identidad profesional, esto es, por medio de la incorporación y asimilación de una serie de saberes y conocimientos asociados a una determinada posición social, las y los médicos producen o reproducen, perpetúan o transforman las pautas institucionales que dan pie a la existencia de la profesión médica.

2.1 Tomar en serio a la experiencia subjetiva: hacia una sociología de las prácticas

En la bibliografía especializada se ha llamado la atención sobre la dificultad que tienen los enfoques biográfico para dar cuenta de las *prácticas* y del conocimiento tácito (Bolívar & Domingo, 2006; Caetano, 2015; Lahire, 2006, p. 137), esto es así porque en principio los enfoques biográficos (y en general buena parte de los enfoques cualitativos) remiten a la *narración* como medio de acceso a las experiencias subjetivas de las y los entrevistados (Chase, 2018; Denzin, 1989; Pujadas Muñoz, 2002; Roberts, 2014; Rosenthal & Fischer-Rosenthal, 2004).

“...la investigación narrativa permite reparar y representar un conjunto de dimensiones relevantes de la experiencia (sentimientos, propósitos, deseos, etcétera), que la investigación formal deja fuera. Pero no sólo expresa importantes dimensiones de experiencia vivida, sino que más radicalmente, media la propia experiencia y configura la construcción social de la realidad.” (Bolívar & Domingo, 2006, p. 6)

Para resolver esta dificultad es frecuente que en el ámbito sociológico se recomiende utilizar otros enfoques metodológicos para encarar el problema de dar cuenta de las prácticas, fundamentalmente, se remite a la observación etnográfica o alguna otra perspectiva que suponga la presencia o la inmersión del investigador o la investigadora en campo, en las formas de vida de las personas investigadas, toda vez que la observación directa de las actividades de las personas en teoría facilitarían la observación de las prácticas.

Si bien estas observaciones y recomendaciones son hasta cierto punto correctas, también sostengo que son limitadas. Dar cuenta de las prácticas en realidad es un problema hermenéutico que no necesariamente se resuelve por el hecho de que las y los investigadores puedan experimentar las mismas condiciones y contextos en los que viven las personas que constituyen el objeto de la investigación. Es cierto que la presencia en campo tiene claras ventajas sobre otros métodos, la observación directa tiene el potencial de permitirnos observar: los contextos locales, su materialidad, las situaciones y dentro de ella las interacciones, las actividades, la corporalidad (medio privilegiado del saber práctico, de las disposiciones) sin olvidar que la presencia en dichas situaciones e interacciones nos permite un potencial acceso a una serie de formas simbólicas que no se expresan lingüísticamente pero constituyen los entramados de significado sobre los cuales se estructuran la sociedad.

Sin embargo, no debemos olvidar que él o la investigadora en campo sigue siendo un o una interprete que moviliza sus acervos de significado a mano para comprender y dar cuenta de aquello que estudia y, si este investigador o investigadora es incapaz de asimilar los marcos de significado locales, propios de su objeto, o por lo menos de objetivarlos¹¹, se arriesga a atribuir una interpretación basada, primordialmente, en su punto de vista, el cual pudiera excluir el sentido otorgado a la realidad por quienes estudia.

Dar cuenta sociológicamente de las prácticas, de su dimensión tácita, requiere un ejercicio analítico y metódico que permita objetivar (traer a nuestros términos, sociológicos) los contextos de significado, las *reglas*, la lógica de la situación que se busca comprender (Geertz, 1996, p. 19 y ss.). Esto debería quedar claro tanto para quienes acuden

¹¹ El investigador por la naturaleza práctica de su inmersión en él una forma de vida, realiza una comprensión (ontológica), de facto, por medio de la cual media pragmáticamente sus propios marcos de significado con los de su objeto con la finalidad de poder *estar* y *actuar* en él, si bien esta comprensión de inicio es limitada y fundamentalmente basada en sus propios términos le ofrece al o la investigadora la posibilidad de dotar cierta inteligibilidad a la realidad a la que se enfrenta y actuar en ella aún sea para garantizarse el *estar ahí*.

directamente al campo como también para quienes utilizamos relatos e historias de vida narrativas.

En este sentido, en esta investigación he optado por llevar a cabo *relatos de prácticas* por medio de los cuales se puedan explotar, en la medida de lo posible, las condiciones y los contextos que dotan de sentido tanto a actividades como a la propia experiencia subjetiva de las personas.

Un primer paso para lograr esto es reconocer los propios límites y posibilidades del enfoque: evidentemente y como ha sido señalado desde tiempo atrás, la naturaleza narrativa (Franzosi, 1998) de los relatos impone una reconstrucción reflexiva analíticamente selectiva y hasta cierto punto esquemática que resulta ajena a la *experiencia vivida* de las personas (Giddens, 1976, p. 99 y ss. ; Lahire, 2006, p. 137 y ss. ; Schütz, 1993, p. 75 y ss.),

“La actividad vital de una persona no consiste en una serie enlazada de designios y proyectos¹² discretos sino en una corriente continua de actividad intencional¹³ en interacción con otros y con el mundo natural; un “acto deliberado” como, más en general, las identificaciones de actos¹⁴, sólo son aprehendidos reflexivamente por el actor, o son aislados conceptualmente por otro agente.” (Giddens, 1976, p. 113)

¹² El autor entiendo por proyectos a las actividades deliberadas que muestran determinación y resolución para consumarse en el largo plazo.

¹³ Giddens entiende a la actividad intencional o deliberada como una conducta orientada por un saber práctico reglado: “El contenido deliberado de la acción cotidiana consiste en la “regulación continuada y lograda de su propia actividad por el actor, es indicio de un dominio causal del curso de los sucesos cotidianos, que los actores normalmente dan por supuesto.”(Giddens, 1976, p. 113), dicho “dominio”, supone que los agentes saben o creen saber el resultado de su conducta (o de la falta de ella), vale la pena decir que, para este autor, el conocimiento que sustenta a las intenciones, deliberaciones o proyectos nunca es por completo algo que suceda con conciencia, sino que se trata de un conocimiento prerreflexivo, práctico (Giddens, 1976, p. 105).

¹⁴ A diferencia de la acción (*praxis* u obrar en la problematización giddensiana, práctica, en el sentido que yo la uso) que es un “flujo continuo de experiencia vivida”, los actos remiten a una categorización discreta de la misma, son “elementos” o “segmentos” diferenciados de acciones (Giddens, 1976, p. 103).

Durante esta reconstrucción reflexiva, los entrevistados son artificialmente extraídos¹⁵ del flujo de la experiencia cotidiana para dar cuenta de las razones de sus actos¹⁶, de esta manera, se enfrentan a la necesidad de reconstruir cronológicamente (de Coninck & Godard, 2015) (seleccionado, enfatizando y quizá callando) aquello que a su entender (y en función de la definición de la situación de entrevista) resulta relevante de sus actividades.

“Mediante el uso de las estructuras narrativas que (habitualmente y culturalmente) tienen a su disposición, por lo general, los encuestados hablan de las cosas que hacen (“en general, hago esto y lo otro...”) sin entrar en detalles técnicos o en las modalidades concretas de sus prácticas. Es más fácil que digan “qué hacen” y no “cómo lo hacen” borrando con bastante sistematicidad los “detalles”, es decir, los aspectos que consideran secundarios con relación a la intriga principal. Sean o no conscientes de ello, pesa en ellos la coerción narrativa de la selección de lo “principal” y los “secundario”: si se quiere ser “comprensible”, el narrador siempre debe organizar su discurso a partir de una línea principal y dejar de lado los elementos que considere demasiado anexos.

A los fines del informe verbal de sus actividades y experiencias destinado a otras personas, la coherencia narrativa puede llegar a destruir lo que hace a la lógica (práctica) de las prácticas, sobre todo desde el punto de vista de su ordenamiento, de su sucesión real en el tiempo. Cualquier observador que disponga de medios de objetivación de las prácticas puede comprobar que los actores están tomados continuamente en numerosas actividades que se superponen, se cortan o se entremezclan. Cuando se les pide que digan lo que hicieron o vieron, en la mayoría de los casos los encuestados realizan (sin saberlo) una formidable abstracción

¹⁵ Si bien el monitoreo reflexivo de la conducta es una característica cotidiana de la vida social (Garfinkel, 1967) no lo es tanto el someter dicho monitoreo ante un *examen*, y sobre todo, de un examen supuestamente “científico”. Cuando las intenciones o la identidad de los y las investigadores se hacen explícitas es inevitable que la propia interacción redefina la situación, colocando así al o la agente, en un contexto que puede ser interpretado como una evaluación exótica (cuando no sobre la racionalidad o moralidad) de la conducta de las personas, véase este fenómeno más adelante en este capítulo.

¹⁶ Giddens define a las *razones* como “principios fundados de la acción; los agentes se mantienen en contacto con ellas en tanto elementos de rutina de la regulación reflexiva de la conducta” (Giddens, 1976, p. 114), la problematización giddensiana parte de la crítica hacia la noción de racionalidad científica como criterio de observación sociológica realizada por Schutz y Garfinkel, vale la pena decir en este sentido que esta noción de razón remite más bien a los aspectos rutinarios y regulares de la conducta, a las formas convencionales de proceder: a las *reglas*.

destinada a poner en orden y forma una experiencia compleja y hacerla “comunicable” (Lahire, 2006, p. 143).

Así como la construcción de relatos supone para él o la entrevistada la necesidad de reconstruir de manera cronológica y de manera selectiva sus experiencias (en el siguiente apartado retomaré el tema de la temporalidad), es muy común también que esto se a través del uso de *buenas razones* tipificadas en los acervos de conocimiento a mano como una forma de garantizar tanto la comprensión intersubjetiva pero también para optimizar la eficiencia y economía práctica de la interacción comunicativa.

Este fenómeno tiene dos características interesantes que hay que considerar: el primero, es que se corre el riesgo de que los relatos omitan, obscurezcan o, en el mejor de los casos, subordinen toda una serie de actividades fundamentadas en saberes, habilidades y capacidades de naturaleza práctica (corporal o disposicional) de los que no siempre las y los agentes tienen plena conciencia (de hecho, en esta característica descansan las principales objeciones a los enfoques narrativos para dar cuenta de las prácticas) o que implican cierta dificultad para objetivarlos por medio de una objetivación discursiva, el segundo, remite a que cuando las personas reconstruyen narrativamente sus experiencias, al hacerlas *explicables* (Garfinkel, 1967, p. 1; Heritage, 1990, p. 312 y ss.) y al recurrir para ello a los acervos de conocimiento a mano, con frecuencia remiten a criterios normativos y morales.

2.1.1 Objetivar contextos

Si bien la reconstrucción narrativa de la experiencia subjetiva tiende a obscurecer las prácticas esto es una característica hasta cierto punto relativa, muestra de ello son las propias investigaciones de la tradición etnometodológica (Garfinkel, 1967) y de otras tradiciones enfocadas en el análisis del discurso (Atkinson, 1995; Silverman, 1987). En estas perspectivas se recurre de manera sistemática al estudio de expresiones indexicales o indiciales como una forma de evidenciar los contextos prácticos por medio de los cuales las narrativas adquieren pleno significado.

Para estos autores el uso cotidiano del lenguaje (y como parte de, el uso de narrativas) se encuentra saturado e incluso estructurado por expresiones, signos, que sólo adquieren sentido por medio de una referencia constante a sus contextos, tanto a las condiciones de la situación como a un horizonte de experiencia y significado compartido. De esta forma, el objetivo del análisis conversacional era explicitar el conjunto de *competencias, habilidades* (de eminente naturaleza práctica, incluso, corporal y material) y de forma generalizada, un saber social, histórica y situacionalmente delimitado, el cual subyace y se da por sentado en las interacciones comunicativas que transcurren en la actitud de la vida cotidiana.

Reconociendo entonces la posibilidad de acceder a las prácticas a partir del estudio de relatos narrativos, en esta investigación decidí implementar la recolección de *relatos de prácticas* (Bertaux, 2005, p. 20 y ss.), en los cuales, si bien importa analizar metódicamente las *razones* ofrecidas por las personas para dar cuenta de su actuar¹⁷, también ofrecen la posibilidad de reconocer “las acciones en situación”, esto es, que son capaces de dar cuenta de los contextos prácticos en los cuales se cimienta el sentido de la experiencia subjetiva de las personas¹⁸.

De esta forma, los relatos de prácticas nos permiten generar un balance, entre la observación sistemática de las razones y la capacidad de dar cuenta de las prácticas, si bien

¹⁷ Sobre todo, por su papel estructurante de la realidad social, véase más adelante este argumento.

¹⁸ He de advertir al o la lectora que esta diferenciación entre razones y prácticas es analítica y artificial, en la realidad las razones y las prácticas no pueden diferenciarse del todo, las primeras están contenidas en las segundas. Quise resaltar una diferencia para dar cuenta de la construcción reflexiva, selectiva, cronológica de un conjunto de saberes que en su mayor parte transcurre de manera tácita. De hecho, fuera de las situaciones en las que explícitamente se les pide a las personas dar cuenta del sentido de sus actividades, las razones se dan por supuestas, no necesitamos problematizarlas, simplemente las llevamos a cabo como parte del fluir de nuestras actividades. El hecho de estar socializados en al interior de la misma forma de vida, nos permite definir horizontes de sentido común, saberes prácticos, por medio de los cuales simplemente “sabemos” (o creemos saber) y debemos saber las razones detrás de determinada conducta, del mismo modo, esperamos que los otros también conozcan las razones de nuestras propias conductas. Así no es infrecuente que las personas muestren dificultad al expresar discursivamente el fundamento de su conducta: las personas actúan de determinada manera, “porque así se hacen las cosas”, de igual forma, las personas en ocasiones reaccionan con molestia cuando su interlocutor desconoce o ignora el sentido del cual se espera que debe dominar, particularmente de aquellos o aquellas con las que se tiene cierta familiaridad,

ambas posibilidades requieren la implementación de ciertas operaciones metodológicas que nos permitan desplegar su potencial para la recolección de información, en el caso de la observación de prácticas se hace necesaria una *ruptura* (Bourdieu, 2008b, p. 27 y ss.) y problematización que permita trascender las narrativas inmediatas de los relatos.

En el caso de esta investigación, la implementación de esta ruptura metódica se canalizó por dos vías principales, ambas interconectadas entre sí: a) el uso intensivo de conceptos y categorías teóricas, *conceptos sensibilizadores* (Blumer, 1986), extraídos del acervo de conocimiento sociológico e implementadas tanto en la estructuración de profusas guías de entrevista que permitan realizar entrevistas semi estructuradas como en técnicas de muestreo (esto lo vemos más adelante) y b) el uso de categorías conceptuales fundamentadas que permiten una comprensión profunda del fenómeno mediante la problematización analítica de expresiones discursivas relevantes contenidas en los propios relatos.

En lo referente al uso intensivo de conceptos y categorías teóricas, esta investigación se auxilió del uso de una guía de entrevista robusta de adaptación y transformación constante, la cual, incorporó gradualmente tanto el refinamiento y profundización de temas preexistentes como la añadidura de nuevos cuestionamientos teórico-conceptuales emergentes a la luz del desarrollo de las propias hipótesis que guiaban a la investigación.

Por ejemplo, la guía de entrevista incorporó desde un primer momento una serie de cuestionamientos más o menos generales que me permitieron dar cuenta de las *condiciones sociodemográficas* de las y los médicos entrevistados, sobre las condiciones económicas y culturales de su *origen social*, etc. Si bien la incorporación de preguntas que pudieran remitir a estos conceptos no estuvo asociada, por lo menos un primer momento, a determinadas hipótesis específicas sobre mi fenómeno, los primeros análisis de la respuestas a estos cuestionamientos me permitieron clasificar y delimitar la presencia de patrones que posteriormente me llevaron a suponer la influencia de ciertos factores tales como el *género*, o el nivel de *capital económico* o en nivel de *capital cultural* en el proceso de identificación profesional de los y las médicas.

Posteriormente, considerando las diferencias establecidas por un *orden de género* (y al incorporar este tema en mi guía de entrevistas), al cuestionar a las y los entrevistados sobre lo que para ellas y ellos implicaba que en ciertos servicios hospitalarios predominara un “ambiente pesado” pude dar cuenta de que las mujeres sufren de un acoso sistemático en ciertos servicios hospitalarios que implican, en el largo plazo, una reducción de posibilidades en la estructuración de su proceso de identificación profesional.

De esta forma, el uso de conceptos y categorías conceptuales, siempre debidamente “operacionalizados” y adecuados las propias categorías pertinentes de los marcos de significado de las y los entrevistados, me permitieron trascender e ir más allá de aquello narrado en primera instancia por quienes responden a nuestras preguntas. Situar los conceptos en los contextos de las narraciones, desplegar sus dimensiones y analizar sus propiedades y atributos, me permitió cuestionar a mis entrevistadas y entrevistados sobre condiciones, situaciones, experiencias y actividades constituyentes de la dimensión práctica y que, por alguna razón, no fueron narradas en una primera instancia y de las que no siempre tienen una plena conciencia discursiva.

En este sentido, vale la pena comentar que fue sorprendente para mí el dar cuenta de que la problematización y profundización de ciertos temas, en los términos antes descritos, hizo “caer en cuenta” a las y los médicos entrevistados de ciertas condiciones y problemáticas sobre las que nunca habían “pensado” o que habían subestimado por no considerarlas un “problema” en el marco de sus prácticas cotidianas creando un interés por su propia situación.

El segundo ejercicio de ruptura, quizá aún más crucial en esta investigación, remite a la problematización conceptual de ciertas expresiones relevantes recuperadas de los relatos, *códigos in vivo*, según la perspectiva de la Teoría fundamentada (Glaser & Strauss, 2008; Strauss & Corbin, 2002) y que, a mi juicio, son modelos relevantes del aprovechamiento de las propiedades de las expresiones indexicales antes señaladas.

Un ejemplo interesante puede ser la expresión: “la familia”, la cual es utilizada con frecuencia por las y los médicos para denotar los estrechos vínculos colaborativos que se establecen durante el trabajo hospitalario de atención a la salud de las y los pacientes. Atender sólo a las razones inscritas en los relatos para interpretar esta expresión no hubiera sido suficiente, pues remite su significado a un conocimiento contextual sobre el cual sólo tienen dominio las y los médicos en situación.

Un primer paso de ruptura supone el solicitarle al o la entrevistada una explicitación de su significado, con lo cual se puede saber, en términos cotidianos, que esta noción remite a la conformación de lazos intensos con sus compañeros de escuela que se enfrentan de manera colectiva a las exigencias y condiciones de trabajo y responsabilidad que les imponen realizar “guardias”, esto es, la atención, durante largos periodos de tiempo, a las y los pacientes hospitalizados.

Ahora bien, empleando una problematización analítica de algunas propiedades generales básicas de esta expresión (quién, cuándo, dónde), podríamos averiguar si sólo intervienen alumnos de una misma escuela o, si, en su defecto se establecen lazos entre estudiantes de otras escuelas, quién participa en la familia y quién no, qué se obtiene y qué se pierde por ser parte de la familia, quién puede y quién no puede participar en ella, si esto pasa en todos los hospitales, sean públicos o privados, si estos lazos sólo operan al interior de los hospitales o trascienden a los mismos etc....

La aplicación de ciertas categorías conceptuales, por más básicas que estas sean, devienen en herramientas valiosas para problematizar las narrativas de los relatos, de esta forma, se posible conocer más, de manera “natural”, sobre las condiciones prácticas en las que se sitúan las experiencias selectivamente reconstruidas en las narrativas.

Ahora bien, el ejercicio no necesariamente se queda ahí, los relatos que las y los médicos hacían sobre el trabajo hospitalario, del cual son *personajes* principales la familia y otros médicos como los “residentes” o los “médicos de base” me llevó a cuestionarme sobre las *relaciones de poder* y las *relaciones de producción* que atraviesan y constituyen el proceso en

la formación de las y los “médicos internos”, particularmente, en las condiciones asociadas a la transmisión de habilidades clínicas, de competencias manuales, etc....

Esta *intuición* me permitió explorar qué tanto la formación de las y los médicos internos responde a las dimensiones y propiedades de los conceptos antes mencionados, para ello me auxilié del estudio un caso conocido (Becker, 2009b, p. 95 y ss.), para establecer así una serie de *analogías* (Bourdieu, 2008b, p. 72 y ss.) que me permitieran observar y cuestionarme por otras características no evidentes en mi fenómeno de estudio.

En este caso, establecí una comparación informal, heurística, con el proceso socialización ocupacional de los panaderos en Francia, analizada utilizando la misma técnica por Nicolás e Isabelle Bertaux (Bertaux, 1982; Bertaux & Bertaux-Wiame, 1981), dicha comparación me permitió dar cuenta de manera general de la dimensión *artesanal* (Kritzer, 2007; Payá & Bracamonte, 2019, p. 296 y ss.) que supone el ejercicio la profesión médica, particularmente, me permitió problematizar las condiciones en las cuales se transmiten las habilidades manuales médicas (clínicas y de procedimientos), proceso que supone entre otras cosas analizadas más adelante, una segregación espacial y temporal de las y los médicos internos al interior del hospitalario por largos periodos de tiempo, al tiempo que supone una integración a una estructura jerárquica que cumple múltiples funciones: la transmisión de habilidades y conocimientos especializados en situación de estrecha copresencia, el control y la vigilancia de la distribución y división del trabajo y la responsabilidad por la vida de las y los pacientes, pero sobre todo, el disciplinamiento y la transmisión de un conjunto de disposiciones que moldea a las y los médicos, a sus cuerpos, para integrarse en un proceso de trabajo que demanda de ellos una extenuante dedicación con la finalidad de suplir las carencias de un sistema público de salud caracterizado por la escasez crónica de recursos.

Esta comparación, particularmente en lo tocante al disciplinamiento corporal y en la formación de disposiciones que enfrentan médicos y panaderos como una medida de control de la fuerza de trabajo, me llevo a comparar posteriormente mi caso con el disciplinamiento militar analizado por Foucault (2009, p. 157 y ss.), según este autor, la

formación militar crea *cuerpos dóciles*, sujetos dispuestos para el acatamiento de las órdenes y maniobras en el campo de combate dictadas por una estructura jerárquica cuyo objetivo es garantizar el control y mando efectivos según una estrategia y tácticas militares.

En mi caso, la formación de las y los médicos por medio del disciplinamiento supone que ellas y ellos se integren a un mecanismo de gestión y administración burocrática del trabajo y conocimiento médico, a un “algoritmo de atención” que distribuye la división de las tareas y responsabilidad al interior del espacio hospitalario.

De esta forma, la problematización analítica y conceptual de ciertas expresiones narradas por mis entrevistadas y entrevistados me permitió generar cierta *teoría sustantiva* fundamentada sobre la cual pude abstraer y generalizar propiedades *formales* (Glaser & Strauss, 2008, p. 21 y ss.) a partir de las cuales se establecieron una serie de comparaciones pertinentes, proceso que en su conjunto me dio la posibilidad trascender lo narrado para indagar las prácticas.

Por último, vale la pena llamar la atención sobre dos características de estos procedimientos de ruptura: el primero es que utilizar conceptos y categorías teóricas nos permite no sólo trascender las narraciones para dar cuenta de las situaciones y contextos prácticos inmediatos, sino también resituar nuestro objeto de estudio en el marco de la *totalidad*, esto es, en el contexto de un conjunto de “relaciones socio estructurales aportadas por cada relato de vida” (Bertaux, 2011), de esta forma, es factible reinterpretar nuestro objeto de estudio en el marco de prácticas que corresponden a procesos estructurales más amplios: la producción y reproducción de la diferenciación interna de una profesión, la reproducción de un orden de género, la generación de estrategias de reproducción social destinadas a garantizar enclavamiento, etc....

En esta investigación, proceder de esta manera, me permitió dar cuenta de que el proceso de identificación profesional de las y los médicos, su socialización profesional, se inscribe al interior de procesos más amplios relativos a la producción y reproducción de la diferenciación interna de la profesión médica así como a la reproducción de su posición

monopólica en el mercado de trabajo, en este mismo sentido, pude dar cuenta de que el despliegue de una serie de estrategias educativas y profesionales por parte de las y los médicos y sus familias se inscriben en un proceso más amplio de movilidad y estratificación social, atender a estos ordenes de abstracción y generalización en cada instancia de observación de las prácticas de las y los médicos nos permite dotar de pleno sentido a sus actividades, decisiones y elecciones.

La segunda característica que quisiera resaltar es que el uso de estos conceptos debe ser cuidadoso, siempre controlado por su pertinencia fundamentada, si procedemos de manera deductiva, estos conceptos deben jugar un papel sensibilizador de las observaciones y no como herramienta sujeta a mera verificación, de lo contrario se corre el riesgo de reificar nuestro objeto de estudio y, por lo tanto, de interpretar erróneamente lo que ahí sucede. Por su parte, proceder de manera inductiva, abstrayendo conceptos fundamentados, debe conllevar a una adecuada vigilancia de la validez de su generalización pues si olvidamos esto con frecuencia obtendremos sólo interpretaciones sesgadas y parciales que tampoco ayudan a la comprensión del fenómeno.

En resumen, analizar relatos de prácticas supone llevar a cabo un enfoque abductivo que constantemente nos permita recuperar la experiencia subjetiva de las personas al tiempo que trascendemos su forma narrativa para lograr una adecuada comprensión del sentido de dichas experiencias.

2.1.2 Comparar razones

Como veremos más adelante a detalle, la reconstrucción de relatos, como cualquier otra interacción comunicativa, ocurre en una situación social en la que los participantes de la entrevista tienen sus propios intereses en el mundo. En este sentido, la *racionalización*¹⁹ de

¹⁹ Giddens define a la racionalización de la conducta como: “inquirir por: 1) la conexión lógica entre diversas formas de actos o proyectos deliberados, y 2) la fundamentación técnica del saber que se aplica como medio en actos deliberados para asegurar resultados particulares” (Giddens, 1976, p. 113), es necesario enfatizar que aunque las definiciones de Giddens son analíticas, en realidad remiten a procedimientos cotidianos que las y los agentes realizan en sus propios términos, en el

las experiencias subjetivas que se articulan en los relatos, en principio, responden a dicha visión del mundo, a su posición en el espacio social y su postura sobre cómo este debería de ser. Estas razones, así como los acervos de conocimiento y marcos de significado que las sustentan deben ser recuperados y objetivados de manera metódica, no se les pueden hacer a un lado por suponerlos obstáculos para la comprensión científica toda vez que son elementos estructuradores de la realidad de nuestro objeto de estudio, sin embargo, también hay que reconocer que son uno entre otros *puntos de vista* que concurren en el espacio social y que como tales buscan la forma de legitimarse e imponerse en dicho espacio.

Nuestra tarea, en tanto investigadores e investigadoras de lo social, remite a la necesidad de trascender sin anular aquellas primeras razones contenidas en los relatos, en primera instancia, para no realizar una interpretación sesgada que convalide la propia visión del mundo que sostiene determinado o determinada entrevistada²⁰, o mejor dicho para no darle legitimidad a la visión del mundo asociada a determinada posición en el espacio social y, en segunda instancia, para contrastarlas y ordenarlas en el marco de una mejor comprensión de las reglas de la situación en la que actúan y viven nuestros y nuestras entrevistadas.

Observar la diversidad y heterogeneidad de puntos de vista, compararlos, clasificarlos, ordenarlos, captar los patrones que los agrupan, que los diferencian, que los radicalizan o los matizan, dar cuenta de los “factores que inciden” en su comportamiento, es un paso necesario para comprender científicamente (objetivar) el orden y la lógica social en la cual se inscriben, para dar cuenta de las *reglas* que posibilitan que determinadas personas, con tales o cuales atributos, posean, enuncien y defiendan tales o cuales principios de visión y de división del mundo.

marco del sentido común y en el contexto de su adecuación a las regularidades de las prácticas, “En la vida diaria, las razones de los agentes, enunciadas directamente o inferidas por otros, se juzgan con claridad adecuada en relación con los parámetros aceptados del sentido común –lo que se acepta convencionalmente en contextos particulares de acción-“(Giddens, 1976, p. 113).

²⁰ Esta etapa requiere de una observación reflexiva robusta pues con frecuencia y de forma inconsciente podemos favorecer racionalizaciones que se encuentren en consonancia con nuestra propia visión del mundo.

Es pertinente mencionar que este uso de criterios normativos y morales es una característica inherente del proceder de las personas en la vida cotidiana, toda vez que las personas remiten expectativas normativas como un medio por el cual reconocen las acciones, esto es, cumplen con una función *estructurante* de las prácticas y de la actividad de las personas.

Las normas y los criterios morales (entendidos como regularidades, *normales*) cumplen una función constitutiva del proceder de las personas toda vez que les permite producir y reproducir el orden social, no en un sentido de constreñimiento (Giddens, 1984, p. 204 y ss. ; Parsons, 1968) sino como portadoras de sentido y generadoras de inteligibilidad de la secuencia temporal de actividades que constituyen a la experiencia de vida, a las prácticas.

2.2 Tomar en serio la temporalidad

Un serio problema al cual se enfrenta esta investigación es el dar cuenta del efecto del tiempo, particularmente, de la propia inserción de las prácticas en el flujo temporal.

La propia forma expositiva de la tesis busca dar cuenta de este fenómeno al intentar reproducir de manera esquemática el encadenamiento hasta cierto punto artificial de diversos momentos de la formación médica, el uso de la analogía de trayectoria y el uso de otras nociones como estrategia, táctica o punto de giro, remiten así al uso de instrumentos analíticos destinadas a evidenciar hasta donde sea posible la naturaleza procesual de este fenómeno y, por lo tanto, su implicación en la temporalidad.

Más allá de que mi diseño de investigación me hubiese llevado a elegir un enfoque biográfico y dentro de este, al uso de relatos de vida y al análisis de trayectoria formativa de las y los médicos, mi investigación intenta dar cuenta de algunas las implicaciones derivadas de situar la formación de la identidad de las y los médicos en el marco de la *duración* de la experiencia de las personas.

Si bien en la bibliografía especializada sobre el tema es frecuente encontrar aseveraciones que remiten a la naturaleza procesual de los procesos de identificación, de la socialización

y la profesionalización de los médicos, lo es también que el estudio de dichos procesos delimite su análisis a una combinación entre temporalidades y universos sociales discretos y acotados, de esta forma, se analizan a estudiantes, a médicos y medicas sin clase, sin género pero sobre todo sin pasado y sin futuro, en general, se estudia a personas que actúan en el marco de situaciones y contextos limitados social e históricamente.

2.1.3 Agencia, estrategia y “sentido del juego”

Al definir la naturaleza mi objeto de estudio en un marco de una sociología que pueda dar cuenta de la naturaleza práctica y relacional del actuar humano en sociedad se hace necesario adoptar e implementar alguna soluciones teórico-metodológicas alternativas que permitan atender a los viejos problemas teóricos implícitos en las tradiciones metodológicas establecidas.

Tradicionalmente, se ha establecido que las perspectivas metodológicas cualitativas y, dentro de estas, el enfoque biográfico, son instancias especialmente sensibles para captar la *agencia* de los individuos en contextos sociales, para dar cuenta de la *voz* y el punto de vista del *actor*. Si bien esto es parcialmente correcto se hace necesario tomar algunas medidas de carácter metodológico con la finalidad de evitar ciertos obstáculos que nos impidan comprender cabalmente la naturaleza de la agencia de las personas.

Con frecuencia se asume que la capacidad de agencia de las personas se encuentra asentada en una especie de razonamiento subjetivo y abstracto por medio del cual los individuos pueden distinguir con claridad y certeza analítica medios, fines y condicionantes y, por lo tanto, que tienen la plena capacidad de anticipar la ocurrencia certera de los eventos resultantes de su propia actuación en el mundo (o falta de ella) (Emirbayer & Mische, 1998). Quienes poseen y despliegan dicha capacidad se encontrarían en la posibilidad de orientar su propia conducta en función de una adecuación al esclarecimiento de los elementos analíticos antes mencionados y lograr la obtención de ciertas metas u objetivos, ya sea por adaptación al transcurso de los eventos, pero sobre todo por la propia incidencia directa de su actuar en el flujo de eventos.

En su lugar, en esta investigación intento dar cuenta de una agencia situada, relacional, y de eminente naturaleza práctica. Las personas, de manera cotidiana, orientan su conducta en el presente y hacia el futuro por medio del *dominio práctico* de un conjunto de disposiciones, saberes y acervos de conocimiento incorporados a lo largo de la trayectoria formativa. Saberes, habilidades y conocimientos adquiridos por la exposición repetida y *habitual* de la experiencia a una serie de condiciones específicas, a unas regularidades (reglas), que les permiten anticipar el sentido probable de su futuro inmediato.

“El porvenir inminente está presente, inmediatamente visible, como una propiedad presente de las cosas, hasta punto de excluir la posibilidad de que no advenga, posibilidad que existe, en teoría, mientras no haya advenido. Ello se pone particularmente de manifiesto en la emoción, el miedo, por ejemplo, que como prueban las reacciones del cuerpo, en particular las secreciones internas, parecidas a las que provocaría la situación anticipada, vive el porvenir inminente, el perro amenazador, el automóvil que surge de improviso, como algo que ya está aquí, irremediablemente (“¡Estoy listo, estoy muerto!”). Pero, excepto en estas situaciones límite, en las que, al estar realmente en peligro en el mundo, el cuerpo es engullido por el porvenir del mundo, lo que nos proponemos con la acción corriente no es un futuro contingente: el buen jugador es aquel que, según el ejemplo pascaliano, coloca mejor la pelota o, en vez de situarse donde está la pelota, se sitúa dónde va a caer. En ambos casos, el porvenir respecto al cual se determina el buen jugador no es un posible que puede suceder o no, sino algo que está ya configurado en el juego y las posiciones y las posturas presentes de sus compañeros y sus adversarios” (Bourdieu, 1999, p. 277)

Lo anterior supone no pensar a la agencia y a la reflexividad como instancias especiales, singulares y aisladas de la vivencia situada de las personas sino como una actividad que desplegamos de manera permanente, habitual y cotidiana en el desarrollo de nuestras actividades. De manera no problemática, orientamos nuestra conducta por marcos de sentido, por acervos de conocimiento que hemos incorporado y que nos permiten definir y anticipar de manera cotidiana el resultado de nuestras acciones. Es cierto que no se trata de un conocimiento científico que pueda estimar las probabilidades de obtener un determinado objetivo. En la vida cotidiana, este conocimiento formal y abstracto carece de pertinencia. En su lugar, en la mayoría de las situaciones las personas remiten a disposiciones prácticas y acervos de conocimiento tipificado

Incluso los momentos de ruptura, como pueden ser los puntos de giro en las trayectorias biográficas, que suponen una ruptura con los marcos habituales de sentido, son articulados alrededor de *problemas* heredados por narrativas construidas socialmente. Las personas, inclusive en estos momentos de particular reflexividad, remiten a acervos de conocimiento a mano, a recetas, casi siempre de naturaleza informal, para intentar dilucidar la naturaleza de la situación en la cual se encuentran y tomar decisiones sobre ella.

Sobre la base de estos principios, en esta investigación opté por analizar estrategias, específicamente, el interjuego de diversos tipos de estrategias de reproducción social: biológica, económica, educativa y profesional, para dar cuenta de aquellos aspectos más colectivos de la agencia. Por su parte, utilicé la noción de tácticas, para dar cuenta de aquellos aspectos quizá más individuales del dominio las propias reglas, del actuar con y a partir de las reglas incluso para eludirlas. Nuevamente, utilizando la analogía del juego, ambas nociones apelan a dar cuenta de la plena maestría y dominio de las regularidades que constituyen las prácticas de las personas en la vida cotidiana, del *sentido del juego*.

Por otro lado, esta investigación pretende dar cuenta de cómo la citada capacidad de agencia práctica en realidad es un atributo propio de entramados de personas. En esta investigación busco dar cuenta de cómo la agencia se encuentra estructurada (habilitada y condicionada) por la propia posición que ocupan las personas, su género, sus familias, su grupo ocupacional y/o profesional e incluso su propia clase en el espacio social.

Como tradicionalmente se ha asumido que la agencia es una propiedad subjetiva también se ha dado por sentado que se trata de un atributo eminentemente individual. En esta investigación sostengo que la agencia es, por el contrario, un fenómeno de naturaleza profundamente relacional. Esta idea merece un examen en dos niveles, uno abstracto y otro concreto, los cuales, vale la pena enfatizar, se encuentran interrelacionados entre sí y en mutua dependencia.

En esta investigación sostengo que la agencia tiene una naturaleza práctica se articula a partir de disposiciones (Asad, 2003; Emirbayer & Mische, 1998; McNay, 2003), marcos de

sentido y conocimiento tácito que es adquirido por la exposición repetida y habitual de las personas a las regularidades de un conjunto determinado de situaciones social e históricamente determinadas. Se puede decir entonces que la agencia práctica es habilitada y condicionada por la particularidad de las condiciones en las cuales las y los agentes son socializados.

Una postura relacional robusta (Bourdieu, 2020, p. 415 y ss. Bourdieu & Wacquant, 2008, p. 40 y ss.) debe trascender el análisis de las meras condiciones específicas, de las situaciones y entramados de interacción inmediata, para complementar dicho esfuerzo con un estudio de las relaciones estructurales que se establecen entre un conjunto de condiciones o, en otras palabras, un sistema de posiciones sociales que en su totalidad constituyen lo que Bourdieu denomina espacio social.

Situar el estudio de la agencia de las personas en el marco estructural de los sistemas de posiciones que constituyen el espacio social, sin olvidar que dicho estudio demanda atender también las propias trayectorias de las mismas por este mismo espacio (Bourdieu, 2012, p. 124 y ss.), me lleva a sostener que la agencia (tanto en su dimensión habilitadora como en su dimensión constrictiva) encontraría su especificidad según las propias condiciones específicas ocupada por las personas pero también por las propias relaciones que se establecen entre estas posiciones, es decir por la posición que se ocupa en el espacio social.

Puedo decir que existen tantas instancias y modalidades de agencia como posiciones en el espacio social y que su contenido o, en otras palabras: su sentido específico, su tema, sus intereses varían en función de la configuración que adquieran las relaciones entre estas posiciones en dicho espacio social.

Ahora bien, no debemos olvidar que no es suficiente con resaltar la dimensión sincrónica del análisis, sino que se hace necesario recuperar una dimensión diacrónica en el mismo, en otras palabras, debemos retomar la temporalidad o la historicidad como parte de este estudio, es por ello que no basta con estudiar aquellas propiedades de las condiciones y las posiciones aisladas que ocupan las personas para comprender su agencia sino que es

necesario también analizar su desplazamiento dentro del espacio social, es por ello que se necesitan comprender las trayectorias, los itinerarios biográficos, etc..

En esta investigación he buscado dar cuenta de cómo varían las diversas modalidades de estrategias varían en función de la posición social de origen (clase) que ocupan las familias, del género de las y los médicos, incluso de la propia segmentación interna de la profesión médica (especialidad). Esta misma idea se puede generalizar a la idea de agencia, la cual toma tanto sus contenidos específicos cómo su forma en función de la posición que se ocupa en el espacio social.

Utilizando otro registro teórico, el interaccionista, que igualmente remite a la naturaleza relacional, aunque a una escala menor, se puede sostener que en esta investigación he podido dar cuenta de cómo la definición de planes, aspiraciones y proyectos nunca es un hecho plenamente individual; ni su aprendizaje, proceso que fundamentalmente remite a la asimilación de principios culturales, ni tampoco a su interpretación y redefinición.

Por ejemplo, he podido dar cuenta de cómo las y los estudiantes al comienzo de su trayectoria formativa, encarnan en buena medida los planes y proyectos de su familia en cuanto a sus aspiraciones relacionadas al mejoramiento o en el mejor de los casos del mantenimiento de estatus social tanto de la familia en sí como de sus hijos y potenciales parejas y familias futuras.

De hecho, sostengo que las estrategias de las y los médicos se transforman según las propias posiciones por las que atraviesa su trayectoria vital, esto es, que va cambiando en función de los entramados de los que va formando parte a lo largo de su biografía. Así, he podido dar cuenta de cómo la definición de nuevas estrategias varía en función de la asimilación de las disposiciones y los principios del mundo médico en la medida en que las y los estudiantes van avanzando en su formación profesional y por lo tanto en la integración a nuevos entramados de interacciones y relaciones.

Es más, he podido dar cuenta de cómo existen esfuerzos importantes por parte de las y los médicos para empatar y compaginar los principios e intereses que predominan en las

estrategias familiares, con las estrategias profesionales y, posteriormente, con las propias estrategias de emparejamiento de las y los estudiantes. Cada uno de estos momentos nos indica cómo la definición de la agencia nunca es un fenómeno individual sino un interactivo, incluso plenamente conflictivo.

2.3 Muestreo

Esta investigación comenzó siendo guiada por algunas hipótesis provisionales relativas a las posibles transformaciones recientes en la profesión y el campo médico, buscaba dar cuenta de cómo dichas transformaciones habrían impactado en la diferenciación interna de la profesión y particularmente en el proceso de identificación profesional en la especialidad de Medicina familiar. Estas hipótesis, gradualmente desechadas durante el proceso de investigación, me llevaron a definir una estrategia de selección de observaciones muy sencilla: entrevistar a especialistas de dicha especialidad y para evaluar el efecto del cambio histórico hice una primera diferenciación por cohortes de edad.

Dicha estrategia de selección de observaciones fue complementada por el uso de ciertos *conceptos sensibilizadores* que no tenían ninguna función teórica específica más que permitirme captar la heterogeneidad interna del fenómeno, de esta forma, utilice criterios como *género* y *el tipo de universidad*, para saber si se habrían formado en una universidad pública o privada.

Como el resultado de esta investigación puede dar constancia, estas hipótesis, definición del objeto de estudio y estrategia de selección de observaciones cambió radicalmente en el tiempo, no detallaré aquí los múltiples ajustes registrados en las hipótesis, sin embargo, baste decir que buena parte de dichos ajustes se debieron a la emergencia de categorías teóricamente relevantes durante la recolección y análisis tempranos de los relatos.

Hay que decir también que, si bien algunos de los criterios iniciales de selección de observaciones siguen presentes en la actual estrategia de muestreo, estos no cobraron una relevancia real sino hasta que los propios médicos los situaron en el contexto de sus prácticas y los llenaron de significado. Esto último no quiere decir que no tengan una gran

relevancia, de hecho, el haberlos seguido de manera inicial, aunque fuese por pura inercia *de oficio* me permitió captar cierta variabilidad en los puntos de vista, la cual posteriormente daría pie a la emergencia de distinciones significativa y teóricamente pertinentes.

Durante la recolección de relatos, incluso desde etapas muy tempranas de investigación, me fue posible identificar algunas de categorías relevantes que se mantienen hasta ahora como ejes analíticos de la investigación, hay que decir también que muchas otras fueron desechadas a lo largo del proceso de investigación.

La principal de estas categorías fue la noción de “manitas”, por medio de la cual las y los médicos se refieren al aprendizaje práctico de toda una serie de habilidades clínicas, particularmente a la adquisición de destreza en la realización de distintos procedimientos asociados a la atención directa de las y los pacientes. Problematizar las características y propiedades de dicha noción, me llevó, por ejemplo, a cuestionar a mis entrevistados sobre si la adquisición de “manitas” es una característica de todos los espacios hospitalarios por los que ellas y ellos rotan, logrando identificar, posteriormente, que se trata de un atributo asociado a hospitales del sector público. Profundizar más en ello durante las entrevistas posteriores me permitió dar cuenta de que se trata de una característica que varía según el tipo de hospital y, particularmente, en razón de los niveles de escasez de recursos que enfrenta el sector público.

Posteriormente, esta noción me permitió vincular las expresiones “medicina basada en evidencias y medicina basada en existencias”, las cuales, son utilizadas por las y médicos, entre otras cosas, para clasificar al tipo de práctica médica que se puede realizar en las diversas instituciones de salud del país, reservando la expresión “medicina basada en evidencias” para dar cuenta la práctica médica situada en grandes hospitales privados y/o en algunas instituciones públicas como los Institutos Nacionales, los cuales cuentan con una dotación más que suficiente para que las y los médicos puedan seguir con dicho modelo de atención, correlativamente, la expresión “medicina basada en existencias” es ampliamente utilizada por las y los médicos para designar el tipo de práctica médica que es posible realizar, sobre todo, en instituciones públicas.

Ahora bien, conocer *qué* hospitales son mejores para la adquisición de “manitas” me permitió problematizar nuevamente esta noción para cuestionarme sobre *quién* asiste a cada tipo de hospitales, en específico, cuestionarle a mis entrevistados sobre ¿quién rota por hospitales privados dada la adquisición más probable de dichas habilidades clínicas en hospitales públicos? La primera respuesta a este cuestionamiento fue la expresión: “los fresas”.

Si bien dicha categoría pudo haber sido de un uso idiosincrático por parte de mi entrevistada, también es cierto que apela a una clasificación coloquial utilizada para designar a cierto segmento de la población particularmente favorecido por la dotación de altos niveles de recursos económicos y que demuestra un estilo de vida particular asociado a la condición de clase de estas personas y, en nuestra sociedad, también a ciertos atributos de naturaleza étnica.

Durante el posterior desarrollo de la investigación, la problematización de la expresión “los fresas” me permitió observar la existencia de cierta correspondencia, entre el origen social, el tipo de universidad y el tipo de hospitales por los que rotaban los y las médicas como parte su formación clínica, posteriormente, la identificación de este patrón me llevó observar que dicha correspondencia influía también en la elección de la *especialidad* por parte de las y los médicos. Vale la pena anotar que el hallazgo y delimitación de este patrón me motivó a cambiar sustantivamente el diseño de investigación flexibilizando el criterio que me llevaba a seleccionar sólo a especialistas de Medicina familiar para elegir, en su lugar, a diferentes a residentes de diferentes especialidades, la intención de ello fue explorar la posible relación entre los factores antes señalados en la elección de una especialidad. De la misma manera, la identificación de esta pauta en la trayectoria de las y los médicos me permitió saturar de significado y relevancia teórica al que hasta ese momento era un mero criterio basado en un concepto sensibilizador: el *tipo de universidad*.

La explotación analítica de la noción de “manitas” y la posterior problematización sobre quién asiste a los diferentes tipos de universidades y hospitales me llevó a cuestionarme *por qué* el hacer manitas puede ser una motivación de un conjunto específico de estudiantes y

no de otros, así, me pregunté sobre qué es lo que buscan quienes estudian en escuelas privadas y rotan por hospitales públicos, qué adquieren en términos formativos y qué les permite hacer en el mundo médico.

De la mano de la noción de *recursos* de Giddens y la noción de *capital* de Bourdieu, pude delimitar que el “hacer manitas” remite a una estrategia implementada por las y los médicos para la adquisición de ciertas habilidades o destrezas útiles valoradas a interior del mundo médico, por contraste, pude identificar que no todas y todos los estudiantes la dan la misma prioridad a la adquisición de estas habilidades prefiriendo en su lugar la adquisición de conocimiento especializado (teórico). Más tarde, pude refinar esta idea y delimité, a partir de ella, la existencia de cuatro capitales específicos del campo médico: el primero en aparecer en las trayectorias de las y los médicos y quizá el más importante para la delimitación de la autonomía relativa de este campo profesional es el *conocimiento médico especializado*, vale la pena decir que su alcance es de naturaleza general a la práctica médica, toda vez que junto con el uso monopólico de las habilidades clínicas es dicho capital el que permite el establecimiento de una posición privilegiada y exclusiva en el mercado de trabajo.

El segundo capital en importancia y que también aparece en un momento secundario de la trayectoria formativa remite a *habilidades y experiencia clínica* en general, particularmente, a la adquisición de habilidades y destrezas manuales relativas a la ejecución de diversos “procedimientos” médicos, “hacer manitas”: asistir y recibir a un recién nacido durante un parto, asistir y posiblemente participar en cirugías, realizar cierto tipo de procedimientos o intervenciones como la colocación de catéteres, sondas, etc..., de igual forma, este capital concentra un conjunto de habilidades de examen y diagnóstico (propia mente clínicas) asociadas al manejo y a la interacción con el paciente en situaciones de consulta y hospitalización.

A partir de estos dos capitales generales se derivan otros dos más específicos que integran, en proporciones variables, algunos de los componentes que constituyen a estos capitales generales, el primero, lo he denominado como *capital clínico* el cual incorpora habilidades

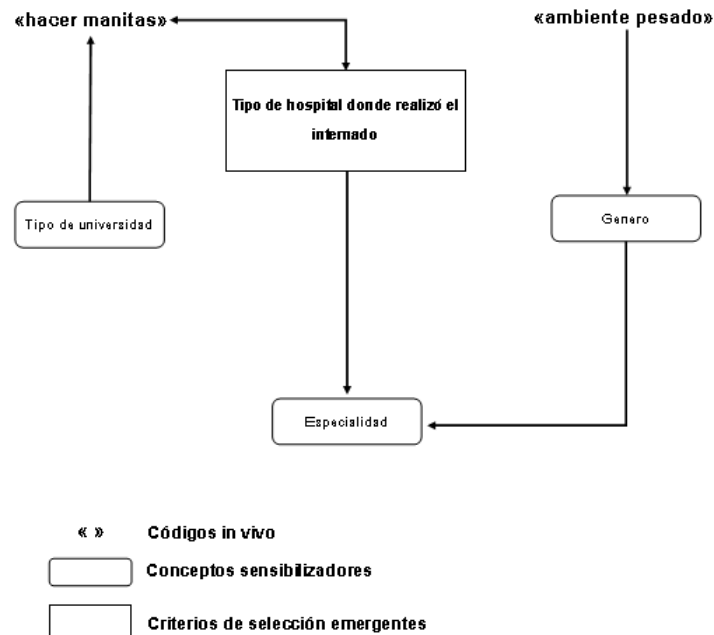
especializadas de diagnóstico así como altos niveles de conocimiento especializado, dicho capital es el que prevalece en la especialidad de Medicina interna y en sus subespecialidades, vale la pena decir que cada subespecialidad se diferencia entre sí, entre otras cosas, por la incorporación de cierto monopolio en el manejo de procedimientos e incluso de habilidades de intervención quirúrgica específicas y limitadas.

El cuarto capital es el *capital quirúrgico*, dicho capital incorpora como sus principales componentes altos niveles de habilidades manuales y destrezas así como cierto conocimiento especializado, vale la pena decir que, como su nombre lo indica, la dotación de estas habilidades caracteriza a un conjunto amplio de subespecialidades derivadas de la especialidad de Cirugía general, algunas de estas sub especialidades quirúrgicas se diferencian entre sí por incorporar determinados niveles de habilidades clínicas.

Seguir este razonamiento me permitió identificar otro conjunto de capitales cuya eficacia varía según la posición del campo médico a la cual remitamos, el primero es el *prestigio* o *capital simbólico*, el segundo es la *confianza* o el *capital social*, como veremos más adelante, estos capitales en su conjunto son recursos que habilitan o restringen el propio desarrollo de las trayectorias de las y los médicos y por lo tanto, un conjunto de atributos que definen su posición en el espacio específico del campo médico.

En este sentido hay que llamar la atención de que el muestreo teórico no es una herramienta aislada de una estrategia metodológica que pueda mantenerse de manera aislada del proceso de investigación, sino un procedimiento que nos permite ir generando la teoría que nos ayuda a explicar nuestro fenómeno de estudio (Emmel, 2013, p. 11 y ss. ; Glaser & Strauss, 2008, p. 45 y ss.), en este caso, el muestreo teórico me permitió delimitar un conjunto de capitales que devienen en las principales propiedades que, distribuidas en montos variables al interior el sistema de relaciones y posiciones constituyentes campo médico permiten el posicionamiento y caracterización de las *posiciones sociales, agentes, instituciones, etc.*, que ahí concurren.

Muestreo teórico: proceso de emergencia o validación de criterios de selección de observaciones



Un último criterio de selección de observaciones que comenzó como un concepto sensibilizador pero que los propios relatos de los y las médicas le otorgaran pertinencia y saturación de significado fue el que derivé de la expresión “ambiente pesado”, esta expresión es utilizada tanto por médicos como por médicas para dar cuenta, en general, del nivel exigencia que determinados hospitales y servicios (especialidades) así como para remitir a servicios donde la rigurosidad y la disciplina es muy alta, llegando en no pocas ocasiones a presentar claras situaciones de maltrato, acoso, castigo e incluso violencia.

Al problematizar las propiedades de esta expresión pude dar cuenta de que el “ambiente pesado” era vivenciado de manera marcadamente diferenciada para médicos y médicas, si bien en ambos casos remitía a niveles altos de exigencia y disciplina, incluso castigos, era frecuente encontrar en los relatos que son los médicos varones quienes sufren mayores niveles de maltrato y violencia mientras que para las mujeres esto significaba sufrir ya sea de un trato condescendiente o, de plano, diversos niveles de acoso.

Uno de los hallazgos de esta investigación producto del desarrollo de este patrón fue que el acoso hacia las médicas, particularmente a las médicas internas, se registra sobre todo en la especialidad de cirugía general, así como en algunas de sus subespecialidades y en otras especialidades quirúrgicas. De esta forma, la experiencia de acoso vivenciada por las médicas deviene en un factor que influye desincentivando el que las médicas elijan estas especialidades como parte de sus estrategias de desarrollo profesional. Más tarde, pude dar cuenta de que según la visión hegemónica del mundo médico existen especialidades que son propias para mujeres y otras que son propias para hombres, todos estos hallazgos se detallan en profundidad más adelante, de esta forma pude documentar, entre otras cosas, la relevancia del *género* como un criterio diferenciador del fenómeno.

En resumen, la estrategia de muestreo de esta investigación radica en utilizar algunos de los principios de *visión y división* que prevalecen en los marcos de sentido y en los acervos de conocimiento y, más estrictamente, en un conjunto de sistemas clasificatorios y esquemas generativos contenidos en dichos marcos. Así, de manera paralela, estos criterios de selección de observaciones transcurren de paralelamente al establecimiento de algunos criterios y principios estructurantes de la diferenciación interna del propio campo médico.

Ahora bien, como se puede ver en la siguiente tabla, añadí algunos otros relatos no definidos por los criterios señalados como una forma de ir controlando la validez de algunas de las inferencias implícitas que iba generando durante el análisis, así, decidí continuar con la selección de algunos médicos y médicas jubilados para delimitar, hasta donde esto es posible, la persistencia e institucionalización de las principales reglas del campo médico, esta selección siguió en parte algunos de los criterios de selección ya descritos.

De igual forma entrevisté a algunas y algunos médicos generales para conocer mejor la situación de aquellos médicos que por alguna razón no decidieron continuar con su formación profesional como especialistas, esto es relevante porque en la investigación se hacen algunas inferencias relativas al sentido de tiene la formación de las y los especialistas, las cuales requieren también de un control para evitar interpretaciones sesgadas.

Siguiendo los criterios antes descritos, recolecté y analicé 37 relatos de médicas y médicos, 13 de hombres (35%) y 24 de mujeres (65%), cuyas edades oscilan en un rango que va de los 24 hasta los 74 años, siendo su promedio 33.4 años. Del total de la muestra, el 24% (9) provienen de universidades privadas mientras que el 76% (28) restante son egresados de universidades públicas, por su parte, el 81% (30) hizo el internado en hospitales públicos mientras que el 18% (7) restante lo realizaron en hospitales privados o en un conjunto mixto de opciones: público, privados e internacionales. En cuanto a las especialidades puede notarse un cierto sesgo hacia la especialidad de Medicina familiar dadas las hipótesis y diseño de investigación inicial del proyecto de investigación.

Relación de entrevistadas y entrevistados con sus principales características según los criterios de selección de observaciones y su origen fundamentado

Códigos in vivo					
<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> «ambiente pesado» «manitas» «manitas» «manitas» / </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> «ambiente pesado» </div>					
Seudónimo	Edad	Género	Tipo de universidad	Tipo de hospital en el cual realiza el internado	Especialidad
Abigail	31	Mujer	Privada	Público, Privado e Internacional	Anestesiología
Adrián	28	Hombre	Pública	Público	Medicina Familiar
Alondra	32	Mujer	Privada	Público	Psiquiatría
Ana Maria	28	Mujer	Pública	Público	MI-Endocrinología
Andrés	27	Hombre	Pública	Público	Patología
Angélica	29	Mujer	Privada	Público, Privado	Ci-Oftalmología
Carlos	28	Hombre	Pública	Público	Investigación
Carolina	29	Mujer	Pública	Público	Medicina Familiar
Diana	25	Mujer	Privada	Público	Medicina General
Diego	33	Hombre	Privada	Público, Privado e Internacional	MI-Cardiología
Dulce María	29	Mujer	Pública	Público	MI-Endocrinología
Elena	24	Mujer	Pública	Público	Investigación
Emiliano	30	Hombre	Privada	Público, Privado e Internacional	Geriatría

Esperanza	38	Mujer	Pública	Público	Medicina General
Estefanía	sd	Mujer	Pública	Público	Psiquiatría
Andrés	69	Hombre	Pública	Público	Cirugía
Graciela	57	Mujer	Pública	Público	Medicina Familiar
Javier	74	Hombre	Pública	Público	Anestesiología
Jimena	30	Mujer	Privada	Público, Privado e Internacional	Ci-Otorrinolaringología
Joaquín	32	Hombre	Pública	Público	MI-Nefrología
Julia	27	Mujer	Pública	Público	MI-Reumatología
Marisol	sd	Mujer	Pública	Público	Ginecología y Obstetricia
Martha	34	Mujer	Pública	Público	Medicina Familiar
Martín	sd	Hombre	Pública	Público	Medicina Familiar
Nicolás	28	Hombre	Pública	Público	Medicina interna
Patricia	26	Mujer	Pública	Público	Cirugía
Paulina	26	Mujer	Pública	Público	Geriatría
Raquel	29	Mujer	Pública	Público	Medicina Familiar
Rodrigo	35	Hombre	Pública	Público	Ginecología y Obstetricia
Romina	29	Mujer	Pública	Público	Mi-Geriatría
Samantha	24	Mujer	Pública	Público	Medicina General-Aspirante residencia
Samuel	26	Hombre	Privada	Privado	Cirugía
Santiago	30	Hombre	Pública	Público	Medicina Interna
Sara	28	Mujer	Privada	Privado	Geriatría
Susana	59	Mujer	Pública	Público	Medicina Familiar
Vanessa	28	Mujer	Pública	Público	Medicina Familiar
Yolanda	sd	Mujer	Pública	Público	Medicina Familiar

sd= sin datos

2.4 “Entrada al campo”, objetivando mi propia posición social: “al doctor háblale de usted”

Quizá uno de los factores que mayormente incidieron en la obtención de relatos y, particularmente en su calidad, es el establecimiento de una *situación de entrevista* (Bourdieu, 2010, p. 527 y ss.) y dentro de ella, el establecimiento de sendas relaciones de

poder en la configuración de la propia interacción por medio de la cual obtuve los relatos que han dado pie a esta investigación.

El primer indicio que tuve de este fenómeno ocurrió en fases tempranas de la indagación, cuando acompañado de un “informante clave”, un médico amigo mío, me entrevisté con un “jefe de enseñanza” de una afamada sede hospitalaria en la Ciudad de México en la que se forman a residentes en la especialidad de Medicina Familiar. Mi intención, en ese momento, era hacer trabajo de campo en el citado hospital, así como obtener los debidos permisos para entrevistar a las y los residentes de dicha sede.

La reunión, para la cual me había “arreglado” con la finalidad presentarme como un “profesional respetable”, transcurrió sin contratiempos. Después de una breve presentación realizada por mi informante clave, expuse con naturalidad y cierto desparpajo mis intenciones, hablé de mi investigación, etc. El citado jefe de enseñanza me interrogó sobre algunos detalles de la investigación, sus objetivos, metodología y sobre las posibles acciones que realizaría al interior del hospital.

A pesar de que del que el jefe de enseñanza se desenvolvió con cierta jactancia y autoridad, en ese momento, no noté nada extraordinario dada mi propia experiencia personal con las y los médicos del sistema de salud público de nuestro país.

La *glosa etnometodológica* (Garfinkel, 1967) vino posterior a la reunión por parte de mi informante clave quien preocupado y acucioso me sugirió hablarle de “usted” a los médicos, particularmente a los médicos de base, y en este caso en particular a un representante de la autoridad hospitalaria y universitaria.

Posteriormente, mi informante y yo utilizamos el resto del tiempo que comprendió nuestro encuentro para platicar del sin fin de problemas que se había granjeado a sí mismo por omitir intencionalmente el hablarle de usted a los médicos de base y autoridades, de la mala fama que había adquirido y de cómo, mediante el empeño en el estudio, su buen desempeño y la publicación de un artículo, él mismo habría recobrado su estatus, reconocimiento y la

licencia, por parte a los médicos de base, para en ocasiones hablarles de tú sin que eso representara mayor problema.

La constatación de este fenómeno vino después, durante las entrevistas, las y los médicos o, por lo menos, un conjunto importante de ellas y ellos insistieron en dirigirse a mí en tercera persona mediante el uso del pronombre “usted” a lo cual yo respondí siempre en primera persona salvo en aquellas situaciones donde noté que esto generaba molestia o incomodidad.

Si bien, el uso de la tercera persona al momento de dirigirse a mí puede ser interpretado como una manifestación habitual y pre reflexiva de unas disposiciones comunicacionales adquiridas en el seno de la rigurosa formación médica, denotando así cierta cortesía o respecto para conmigo dada la diferencia de edad.

También es posible que el uso de este pronombre sea una táctica con doble finalidad: por un lado, colocar al interlocutor ante la necesidad de orientar su discurso hacia el respeto y formalidad, pero, sobre todo, al reconocimiento de la jerarquía y diferencia (entre profanos/as y sagrados/as) profesional: “si doctor/si doctora”, “dígame, doctor/dígame, doctora”, “soy doctora, no señorita²¹”; por el otro lado, el uso de dicho pronombre, por lo menos en el contexto de las y los entrevistados, puede remitir a la delimitación de cierto espacio impersonal, con una naturaleza objetivada frente al cual buscan no implicarse o, por lo menos, mantener cierta precaución y reserva dadas las posibles repercusiones que supone en ocasiones la divulgación de aspectos de la práctica médica que con frecuencia al

²¹ Las implicaciones de esta distinción en los actos comunicativos considero que puede ser importante, toda vez que implica cierto desplazamiento y diferenciación entre el discurso médico, investido en un halo de autoridad y el discurso del o la paciente, que frente a la enfermedad pierde, por lo menos de manera potencial, la capacidad de agencia, para devenir, objetivamente como parte de una realidad impersonal constituida fundamentalmente por las variaciones en el estado de salud y no por los síntomas y la subjetividad del o la paciente. Lo anterior es correlativo con la *performatividad* del reconocimiento profesional, las y los médicos, buscan, también mediante cierta forma de usar el lenguaje una expresión y reconocimiento de su subjetividad profesional, la cual se actualiza a cada momento que sus interlocutores reconocen y actúan en consecuencia con dicho reconocimiento tanto de la autoridad profesional como de su propio saber.

ser vulgarizados son interpretados o mal interpretados, sacados de contexto y utilizados como instrumento de pugna y condena a la profesión.

Lo anterior se hizo más claro cuando indagué sobre temas “delicados” como el acoso, los castigos y maltrato recibido durante la formación hospitalaria, así como la discriminación y la violencia de género que sufren las doctoras a lo largo de su trayectoria. Frente a estos temas, en no pocas ocasiones recibí respuestas escuetas, lugares comunes o simplemente respuestas evasivas que siempre, en concordancia con “las buenas maneras” que debe mostrar un o una profesional, evitara comprometerlas o comprometerlos personalmente.

Ejemplo de ello fueron las respuestas a el cuestionamiento sobre los castigos dirigidos a los internos y los residentes, las cuales fueron casi siempre de condena o desaprobación en las etapas iniciales de la entrevista (y de su trayectoria) pero detallada y rigurosamente justificados cuando la entrevista estaba más avanzada. Es posible que las respuestas políticamente correctas sobre los castigos fueran expresadas al inicio, cuando la situación de entrevista apenas comenzaba a definirse, sin embargo, una vez que la interacción generó cierto nivel de confianza esto cambió, también sirvió re frasear y situar el cuestionamiento hacia un momento de su trayectoria en el que ellas y ellos debían administrar dichos castigos.

En todo caso, el puro hecho de la persistencia del uso de la tercera persona nos indica que la comunicación con mis informantes siempre estuvo mediada por una relación de poder, ya sea de ellos hacia mi o de mi persona hacia ellos (Bourdieu, 2010). Desconozco el alcance de este fenómeno, quiero suponer que al final desarrollé cierto *rapport* con mis entrevistadas o entrevistados y que esto ayudó a que ellas y ellos “bajaran la guardia” y me hubiesen transmitido relatos lo más sincero posibles.

Aun así, estoy consciente de que este fenómeno responde también a ciertos “factores estructurales”: cierto grado de reserva profesional, recelo de clase e incluso cierta desconfianza de género, al final, mis entrevistadas y entrevistados son actores competentes que ponen en práctica cierta posición social o clase, quienes por medio de una estrategia

profesional buscan legitimizar y garantizar su propia posición en el espacio social, además, son representantes y responsables de cierto patrimonio profesional, también, cierto poder simbólico específico, sobre los cuales deben mantener el debido recelo frente al cuestionamiento e injerencia de otras ocupaciones (Bourdieu, 2008c; Freidson, 1978).

Algo similar ocurre con mis entrevistas a mujeres, quienes por diversos factores no buscan ser incomodadas, cuestionadas o revictimizadas por alguien que muy difícilmente podría captar el sentido y las implicaciones de la violencia a la que se enfrentan sistemáticamente durante su formación como médicas.

En resumen, todas y todos ellos tienen sus propios intereses, sus puntos de vista, su opinión profesional y todos estos también son defendidos, puestos en juego, durante la entrevista en busca de ser reconocidos y legitimados, por quien también es representante de, de una clase, de otra profesión, de una institución como “El Colegio de México”, etc., quien busca, entre otras cosas, re-objetivar la actividad de dichos profesionales para imponerles un saber, una cierta verdad, que no es la de ellas y ellos.

Por lo tanto, él o la lectora debe tener en cuenta que esta investigación se construyó sobre unos relatos que tienen, inherente y consustancialmente, cierto sesgo, característica que no es posible suprimir del todo mediante artefactos metodológicos y que ocurre naturalmente en todo acto de investigación sociológica.

Conclusiones

En este capítulo he mostrado el esbozo de algunas consideraciones de naturaleza metodológica que fue necesario atender de cara al desarrollo de mi investigación, en su mayoría intentan responder al reto de asumir una sociología de las prácticas como punto de partida de la investigación.

Estoy convencido de que al situar mi objeto de investigación en la dimensión práctica se hace necesario ajustar los diferentes instrumentos metodológicos existentes, algunos más

que otros, toda vez que esta intuición ha permanecido latente incluso desde los planteamientos realizados por los autores clásicos de nuestra disciplina.

Así, nuestra mirada debe desplazarse, sin perderlo de vista, de lo explícito y lo narrado a lo implícito y lo tácito, de aquellos conocimientos codificados a saberes asentados en habilidades y disposiciones prácticas, en los acervos de conocimiento informal, en los marcos de significado, en las competencias prácticas en los marcos contextuales y en las situaciones.

He intentado mostrar también cómo la temporalidad juega un papel determinante en la manera como comprendemos la identidad de las y los médicos, no sólo porque esta se construye inherentemente en el trascurso del tiempo sino porque ella misma es el producto de la inercia de una trayectoria que coloca a una habitualidad frente a nuevas situaciones que le exigen reconstruirse y transformarse constantemente.

Por último, he intentado mostrar cómo en este campo de investigación debe existir también una mirada reflexiva que dé cuenta no sólo del contrabando de criterios de interpretación, aspecto que en la sociología más académica se pierde de vista casi por completo (a diferencia de otras disciplinas como la etnografía o los estudios de género, incluso la filosofía) pero también porque tiene profundas implicaciones en la calidad de la investigación.

3. El campo médico y algunas de sus transformaciones recientes

Introducción

Este capítulo tiene por objetivo hacer un análisis exploratorio de las principales características de la profesión médica, particularmente de sus condiciones ocupacionales. Si bien esta investigación parte de una postura metodológica que da una importancia mayor a la emergencia inductiva de observaciones de naturaleza teórica dicho ejercicio no puede limitarse exclusivamente a un acercamiento cualitativo al fenómeno.

De hecho, un análisis estadístico básico de naturaleza exploratoria también nos permite observar patrones en el comportamiento de los datos a partir de los cuales se posible inferir un conjunto de cuestionamientos e hipótesis pertinentes. Muestra de ello, como veremos, son las suposiciones y conjeturas que he realizado sobre el posible impacto de la feminización de la profesión.

A lo anterior se suma, que el análisis estadístico exploratorio, por más sencillo que este sea, nos permite realizar determinadas rupturas con un conjunto de preconiciones y supuestos relativos a la naturaleza de nuestro fenómeno y que, con frecuencia, asumimos como dados. En este sentido, este capítulo busca responder a interrogantes muy sencillas relativas a la estructura interna de la profesión: busca saber las proporciones de médicas y médicos, de

médicos generales y de especialistas, de igual forma busca saber dónde trabajan, si se desempeñan profesionalmente en el ámbito privado o en el ámbito público, etc....

Antes de continuar quisiera llamar la atención sobre la carencia de conocimiento y de fuentes abiertas de estadísticas oficiales relativas a la profesión médica. Sobre el primer punto, puedo decir que existe apenas un puñado de investigaciones que analizan la profesión, sus condiciones y problemáticas desde una perspectiva estadística. En este sentido son notables los trabajos realizados por un conjunto de investigadores que han publicado en coautoría con Gustavo Nigenda (2016; 2010) sobre las principales características de los “recursos humanos” asociados a los servicios de salud en México. De igual forma son puntuales las investigaciones que se abocan desde esta perspectiva al estudio de las principales problemáticas que enfrenta la profesión médica, así resaltan investigaciones que han indagado sobre los impactos del Examen Nacional de Residencias Médicas (Ramiro-H et al., 2017) en el proceso de especialización de la profesión, y alguna otra investigación que ha intentado dar cuenta de la precarización y flexibilización que enfrenta la profesión en años recientes (Gálvez Santillán, 2016).

Sobre el segundo punto quisiera decir que es necesario resaltar la carencia de fuentes abiertas de información estadística oficial sobre la profesión médica, y en todo caso, cuando esta existe, dicha información carece de una calidad suficiente para inquirir más allá de ciertos aspectos muy básicos. Lo anterior es relevante no sólo por un interés académico sino por la relevancia pública que debería tener el conocimiento de las condiciones institucionales por medio de las cuales se atiende el derecho a la salud de la población.

La citada carencia de información me llevó a recurrir a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo como un medio indirecto para conocer las principales características de la profesión, sin embargo, y a pesar de que dicha herramienta me ofreció algunos datos de utilidad tenemos que reconocer que esta vía de acercamiento no es la mejor, toda vez que sus estimaciones son muy imprecisas. Recordemos que esta encuesta no está diseñada para captar a representantes específicos de ocupaciones específicas y mucho menos para conocer con el debido detalle las características singulares de sus actividades

ocupacionales. En fin, el o la lectora, debe tener esto en consideración en la revisión del material aquí presentado.

3.1 La feminización y especialización de la profesión médica

En la Tabla 1 se pueden analizar los porcentajes desagregados por grupos de edad, nivel de especialización y sexo. Como puede apreciarse, en general las proporciones entre hombres y mujeres son muy similares al interior de cada nivel de especialización, las cuales varían en torno al 40.4 % de mujeres 59.6 % para los hombres. Sin embargo, cuando se analizan estos porcentajes desagregados por grupos de edad se hacen evidentes posibles efectos del género y/o de diversas características asociadas a los propios grupos de edad.

Tabla 1. Porcentajes de médicos por grupos de edad, sexo y nivel de especialización

Grupos de edad	% Médicos mujeres	% Médicos hombres	Proporción relativa de mujeres*	% Médicos generales y familiares mujeres	% Médicos generales y especialistas familiares hombres	% Médicos especialistas mujeres	% Médicos especialistas hombres
De 20 a 24 años	68.3	31.7	1.69	65.6	34.4	100	
De 25 a 29 años	35.3	64.7	0.87	38.0	62.0	22.7	77.3
De 30 a 34 años	57.4	42.6	1.42	56.0	44.0	62.9	37.1
De 35 a 39 años	42.2	57.8	1.05	37.7	62.3	51.5	48.5
De 40 a 44 años	41.2	58.8	1.02	46.1	53.9	28.2	71.8
De 45 a 49 años	60.1	39.9	1.49	30.4	69.6	71.1	28.9
De 50 a 54 años	27.8	72.2	0.69	40.2	59.8	21.9	78.1
De 55 a 59 años	19.8	80.2	0.49	21.7	78.3	15.4	84.6
De 60 a 64 años	35.9	64.1	0.89	40.6	59.4	17.0	83.0
De 65 a 69 años	10.4	89.6	0.26	15.7	84.3		100
De 70 a 74 años		100.0	0.00		100		100
De 75 años y más		100.0	0.00		100		100
No especificado	100.0			100			
Total	40.38	59.62	1.00	40.40	59.60	40.36	59.64

Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo,

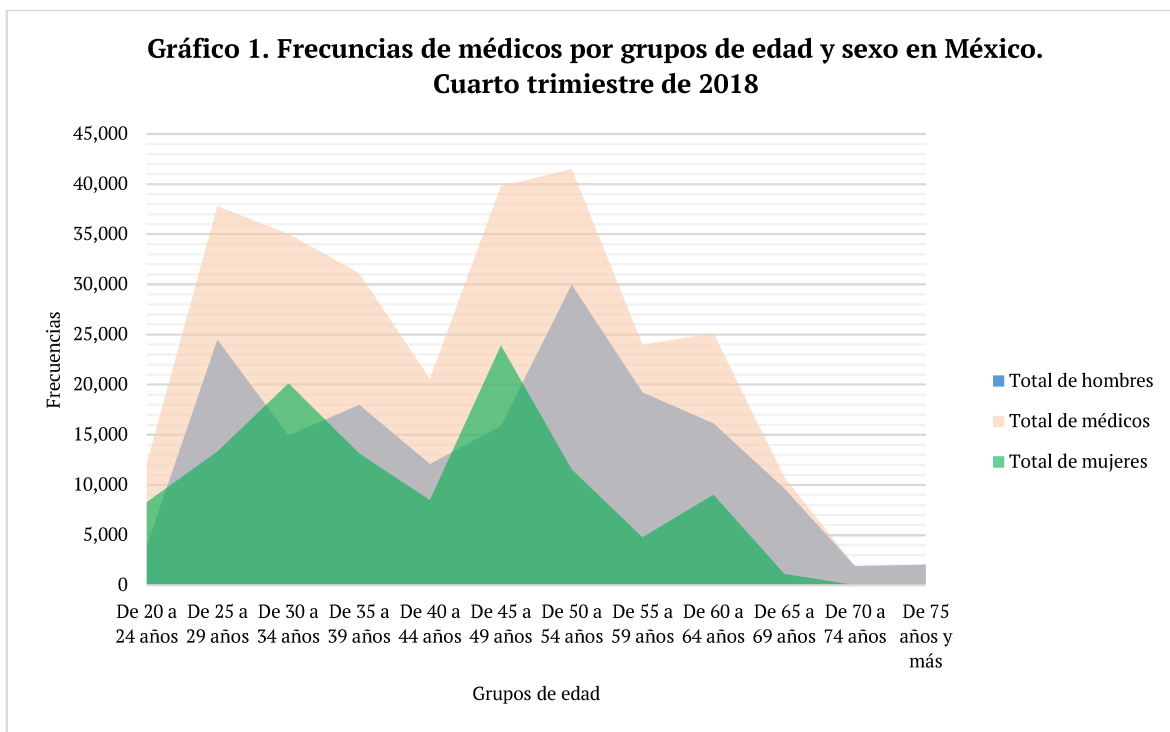
INEGI, 4to trimestre de 2018

Como se puede apreciar en el Gráfico 1, la estructura poblacional estimada de médicos muestra dos grupos que contienen a la mayor proporción de dichos profesionales, el primero comprendido en el rango de edad que va de los 25 a los 34 años, siendo el segundo

el grupo referido a aquellos que están entre los 45 y 54 años. Este patrón se puede observar también cuando desagregamos a la población por sexo, sin embargo, vale la pena decir que, si bien la semejanza de dicha estrategia se mantiene de forma general, se muestran comportamientos diferenciados en casi todos los intervalos de edad. Así, se puede observar una mayor proporción de mujeres que se identifican como médicas en el intervalo que va de los 20 a 24, (68.3 %), invirtiéndose la proporción mayoritaria en relación con médicos hombres de manera aguda en el intervalo de 25 a 29 (64.7%).

Por su parte, en el intervalo que va de los 30 a 34 años se puede ver un aumento considerable en la proporción de mujeres para después mostrar un descenso continuado hasta el intervalo que va de los 40 a los 44 años. Llama la atención que en el caso de los hombres exista una proporción menor (42.6 %) con respecto a la proporción de mujeres (57.4 %) en el rango de edad de los 30 a los 34 años para recuperarse en el rango de los 35 a los 39 años (57.8 %), pero para disminuir el volumen global de médicos tanto mujeres y hombres en el rango de edad de los 40 a 44 años.

Para ambos sexos se aprecia un patrón ascendente (¿una recuperación?) a partir del rango de edad de los 45 a 49 años. Vale la pena decir que, aunque los dos grupos muestran un comportamiento ascendente, la proporción de mujeres en este grupo de edad es marcadamente mayor (60.1 % contra 39.9 % por parte de los hombres). Llama la atención que esta proporción mayoritaria de las mujeres desciende de manera muy drástica a partir de los 50 años (27.8 % de mujeres contra 72.2% de hombres) recuperándose marginalmente en el rango de edad que va de los 60 a 64 años para caer definitivamente a partir de los 65 años (10.4 % contra 89.6 % en el caso de los hombres), llegando al grado de que posterior a los 70 años no se observan mujeres médicas ocupadas.

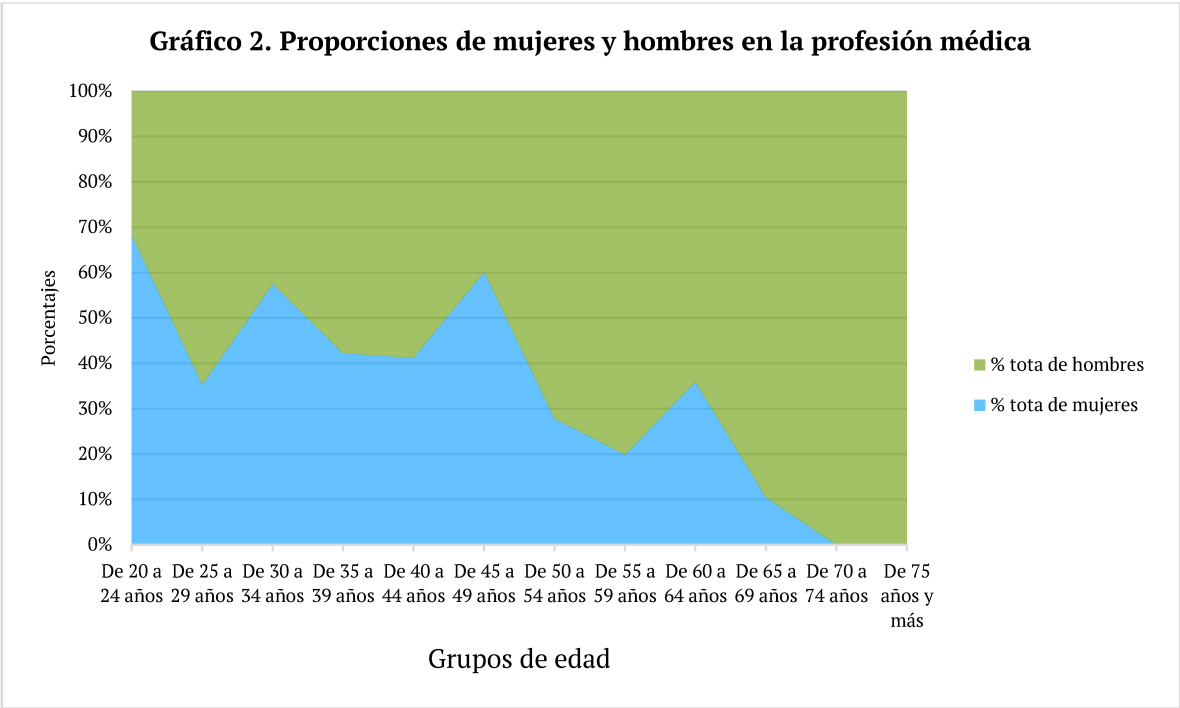


Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI, 4to trimestre de 2018

A partir del análisis de esta gráfica general se pueden adelantar algunas conjeturas reveladoras: que hay una proporción mayoritaria de mujeres jóvenes en el rango de edad de los 20 a 24 años (68.3 % contra 31.7% en el caso de los hombres, que implica una diferencia de 120% a favor de las mujeres) que se identifican como médicas ocupadas. Lo anterior podría interpretarse como una temprana incorporación de las mujeres al mercado de trabajo o que, en los últimos años, se hubiese registrado un marcado descenso en la formación y/o incorporación de jóvenes médicos hombres al mercado de trabajo, reforzando una posible tendencia hacia la feminización de la profesión.

Esta última idea puede verse matizada cuando se considera la diferencia de proporciones en el siguiente rango de edad, esto es, de 25 a 29 años, en donde los hombres representan el 64.7% contra 35.3% de mujeres, esto es una diferencia de 80% a favor de los hombres.

Si bien la contrastante diferencia entre grupos de edad tan cercanos podría sugerir un influjo en la variación de las proporciones por factores no sistemáticos (o contingentes), la tendencia de aumento de la proporción de mujeres en el conjunto de grupos de edad me lleva a suponer que estamos, en efecto, frente a una feminización de la profesión. Esto puede observarse en el Gráfico 2.



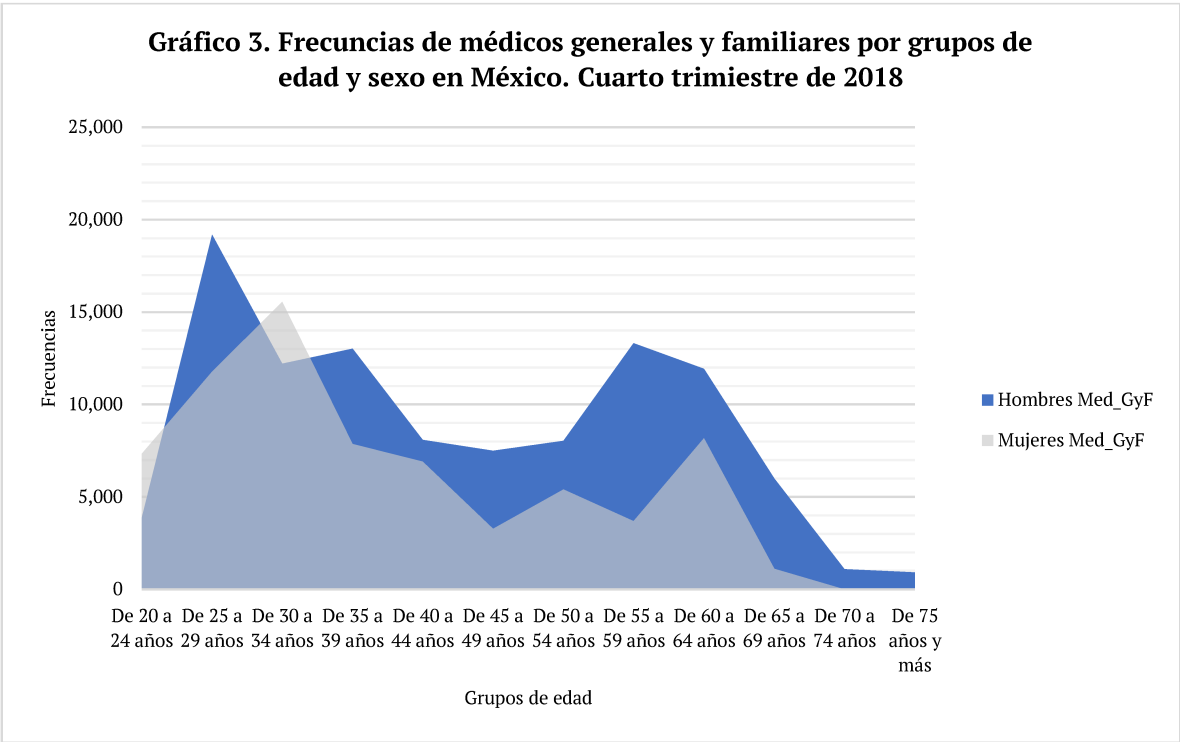
Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI, 4to trimestre de 2018

Un factor que no se puede descartar (también asociado al género) para explicar esta tendencia decreciente en la proporción de mujeres en las cohortes más viejas puede remitir a que éstas últimas se retiren del mercado de trabajo a edades más tempranas en comparación con los hombres²².

²²Es conocido que en el caso de las mujeres ocupadas y, particularmente, en el caso de las profesionistas, se presenta un abandono del mercado laboral debido a la maternidad y el cuidado de los hijos; si este factor afecta a las médicas se podría explicar hasta cierto punto el por qué descienden las proporciones de mujeres en el rango de edades antes señalado. Asociado a lo anterior se puede suponer el emparejamiento como otro factor que mantenga a las médicas fuera del mercado

Por otro lado, el examen del Gráfico 1 genera una serie de dudas sobre la baja cantidad de médicos, tanto mujeres como hombres en el rango de edad de 40 a 44 años, ¿se trata acaso de un comportamiento típico de la profesión? o ¿este nivel tan bajo de médicos es producto de factores histórico-contextuales?, si esto es así, es posible que nos encontremos frente a un fenómeno que pudo haber afectado a la propia estructura del campo médico durante los últimos años del siglo pasado y los primeros años del presente.

Ahora analicemos el caso de los médicos generales y familiares. Como se ha indicado antes existe el riesgo de inferir conclusiones incorrectas debido a que en esta clasificación se captan tanto a médicos familiares como posiblemente a médicos especialistas en medicina familiar. Habiendo aclarado lo anterior, se pueden observar en el Gráfico 3 las frecuencias de médicos generales y familiares estimadas para el año 2018.



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI, 4to trimestre de 2018

de trabajo. Si esto fuera así, podríamos ver en esta gráfica que la proporción de mujeres tiene un peso aun mayor de lo estimado para la composición poblacional de la profesión médica.

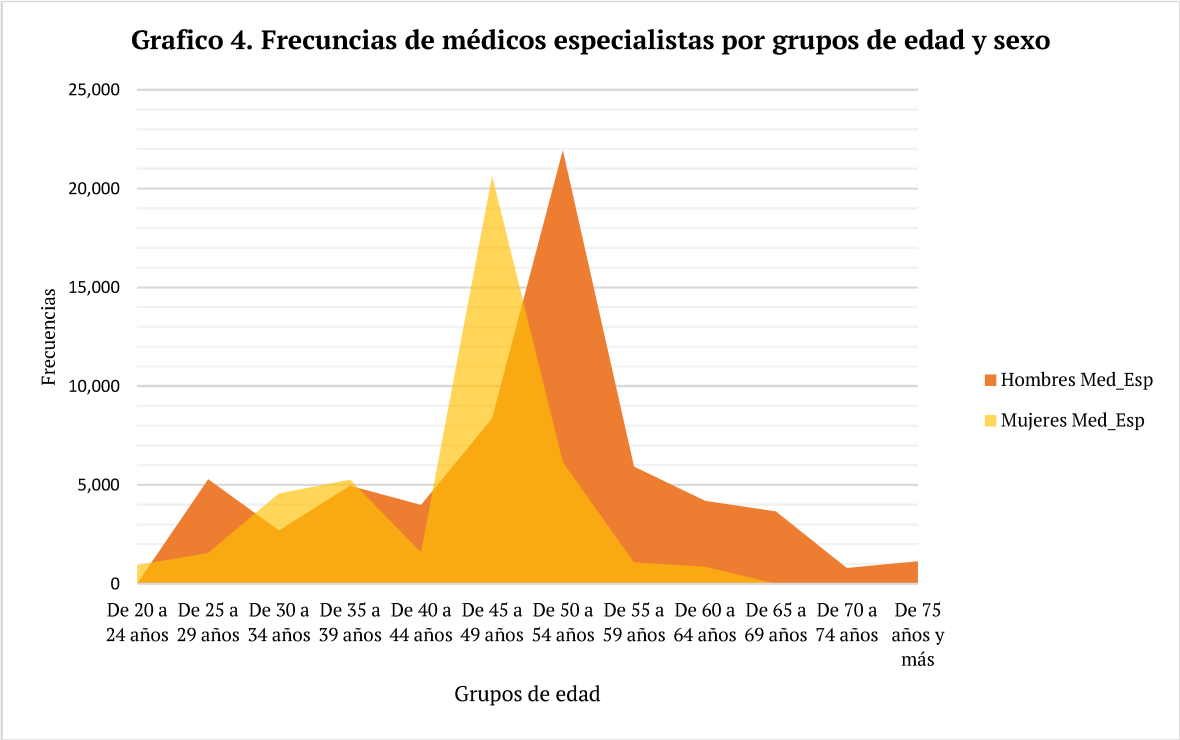
Según dicho gráfico, se puede apreciar que la población de médicos generales se encuentra concentrada entre las cohortes más jóvenes (de 24 a 39 años) y en algunas de las más viejas (de 55 a 59 años), las que en su conjunto agrupan al 72.5% de los médicos generales y familiares. En cuanto a las proporciones por sexo se puede apreciar que salvo en los grupos de edad de 20 a 24 años y de 30 a 34 años, en su mayor parte, los médicos generales y familiares presentan una proporción mayor a la de las mujeres. Proporciones particularmente altas de hombres se pueden observar en los rangos de 25 a 29 (62.0 % de hombres vs 38.0 % de mujeres) años y entre los 55 y 64 años (78.3 de hombres vs 21.7 % de mujeres en el rango de 55 a 59 años).

Al igual que en el Gráfico 1, en el Gráfico 3 se puede apreciar el mismo patrón descendente en la cantidad general de médicos comprendidos entre los 40 y 54 años (22.2 % del total de médicos generales y familiares), aunque en este caso la cantidad de médicos hombres se recupera drásticamente en el rango de 55 a 59 años aumentando por ello también la proporción de médicos generales y familiares hombres contra las mujeres (78.3 % contra 21.7 % respectivamente). La amplia diferencia de proporciones se matiza hasta el rango de edad de los 60 a los 64 años (40.6 % mujeres contra 59.4 % hombres) para después descender definitivamente tanto para hombres como para mujeres.

Ahora bien, en el Gráfico 4 se puede observar el caso de los médicos especialistas; resalta en primera instancia la propia forma de la estructura poblacional de este grupo, la cual muestra un patrón inverso al de los médicos familiares. Mientras que en ese último grupo los médicos se concentraban en las cohortes de edad más jóvenes y más viejas, en el caso de las y los especialistas, estos se concentran entre los 45 y los 54 años en el caso de las mujeres y entre los 50 y 59 en el de los hombres, las cuales, en su conjunto agrupan al 60.7% de todos los médicos especialistas.

En parte esto puede explicarse porque es menos probable encontrar especialistas en edades tempranas dada la larga duración del ciclo formativo de algunas de las especialidades y subespecialidades, lo que conlleva la posible tardía incorporación plena de los especialistas al mercado de trabajo. En este sentido, llama la atención que las mujeres representen una

cantidad muy importante de especialistas en un rango de edad anterior al que lo hacen los hombres (45 a 49 años contra 50 a 54 años en el caso de los hombres), adicionalmente, también en este gráfico se registra un agudo descenso en la proporción de las mujeres en el rango de edad que va de los 40 a los 44 años.

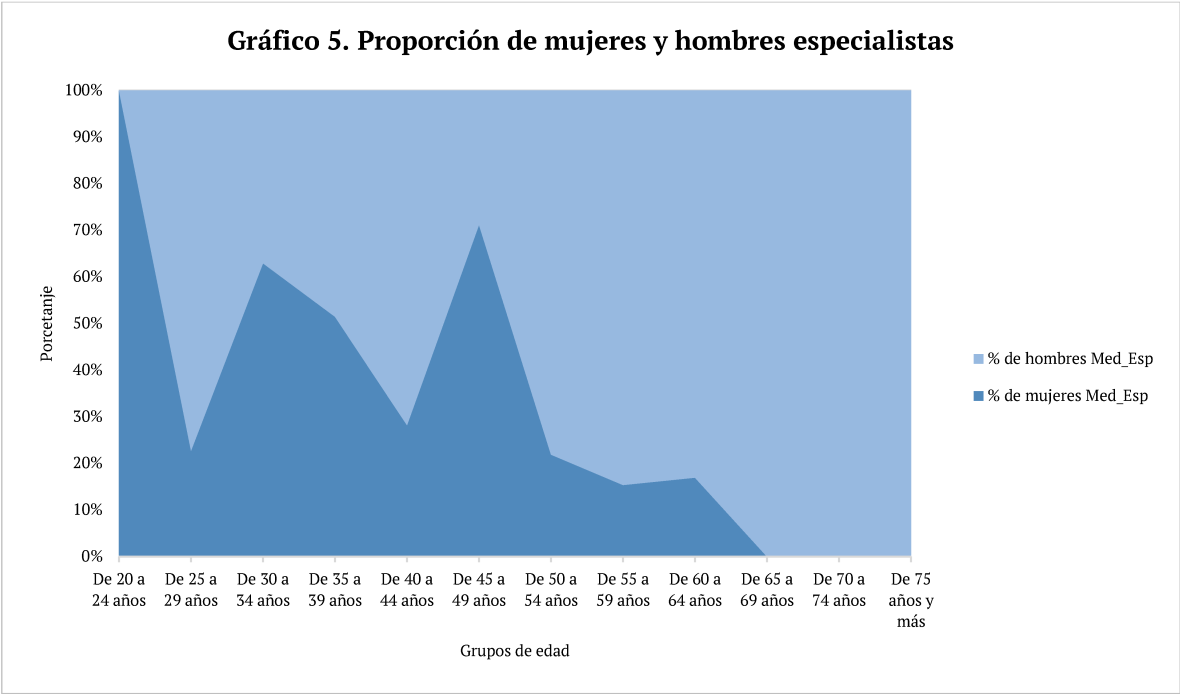


Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI, 4to trimestre de 2018

En cuanto a los rangos de edad que van de los 50 años en adelante se puede decir que existe un drástico descenso tanto en la cantidad como en las proporciones por sexo, particularmente entre las mujeres con edades comprendidas en los rangos posteriores a los 55 años. Así, estos rangos apenas comprenden al 5.5% de todas las mujeres especialistas mientras que en el caso de los hombres este porcentaje para los mismos rangos asciende al 24.9 % de todos los especialistas varones.

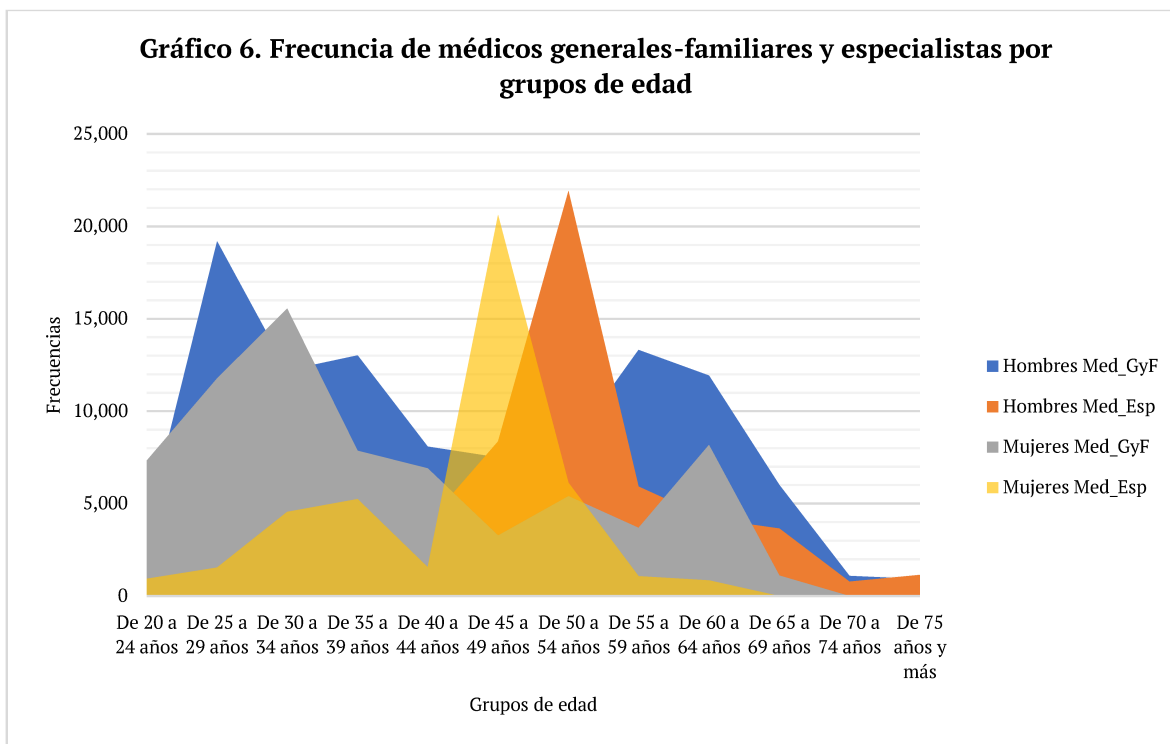
En términos generales es posible decir que la proporción de mujeres que participan en el mercado de trabajo como especialistas muestra una tendencia creciente en las cohortes intermedias, pero también en algunas de las cohortes más jóvenes. En el Gráfico 5 se puede

apreciar mejor esta tendencia. Si bien en este gráfico se muestra una mayor variación en cuanto a la proporción de mujeres por grupos de edad también muestra que en las cohortes de edad más viejas no se reporta a ninguna mujer.



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI, 4to trimestre de 2018

Por último, cuando se desagregan estas categorías y se muestran de manera conjunta (Gráfico 6), se puede apreciar la distribución por grupos de edad y sexo de la población de médicos en México. Según este gráfico los médicos generales y familiares se agrupan tanto en las cohortes más jóvenes como en las más viejas, mientras que los especialistas se concentran en las cohortes intermedias.



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI, 4to trimestre de 2018

Omitiendo el posible efecto del retiro y la jubilación entre las cohortes más viejas, el abrupto incremento en la cantidad de médicos especialistas entre las cohortes intermedias, asociado a la disminución en la cantidad de médicos generales en las mismas cohortes, puede indicarnos una transformación importante en la estructura poblacional de la profesión, transformación que sugiere una tendencia hacia la especialización entre los médicos, o por lo menos entre los que se encuentran en dichas cohortes.

Un posible cuestionamiento que surge sobre dicha tendencia es la marcada disminución en el rango de edad de 40 a 44 años, ¿acaso se trata de un segundo cambio que revirtió la especialización entre los médicos? En términos generales, podría responderse afirmativamente a este cuestionamiento, aunque como se señala en el análisis del Gráfico 1 no se trata de una afectación que hubiese impactado solo a los médicos especialistas sino a todos los médicos en general, aunque parece ser evidente que a los especialistas los afectó en mayor medida.

Un segundo cuestionamiento remite a si esta tendencia hacia la especialización se mantiene en el tiempo. Tanto el descenso en la cantidad de médicos especialistas en el rango de edad de 40 a 44 años como la moderada recuperación en las cohortes de edad que van de los 30 a los 39 años parecen decir lo contrario. Sin embargo, la propia dinámica formativa de los especialistas pudiera alterar estas estimaciones. Aun así, se puede hipotetizar una reducción de la formación y/o del mercado de trabajo de los especialistas en años recientes.

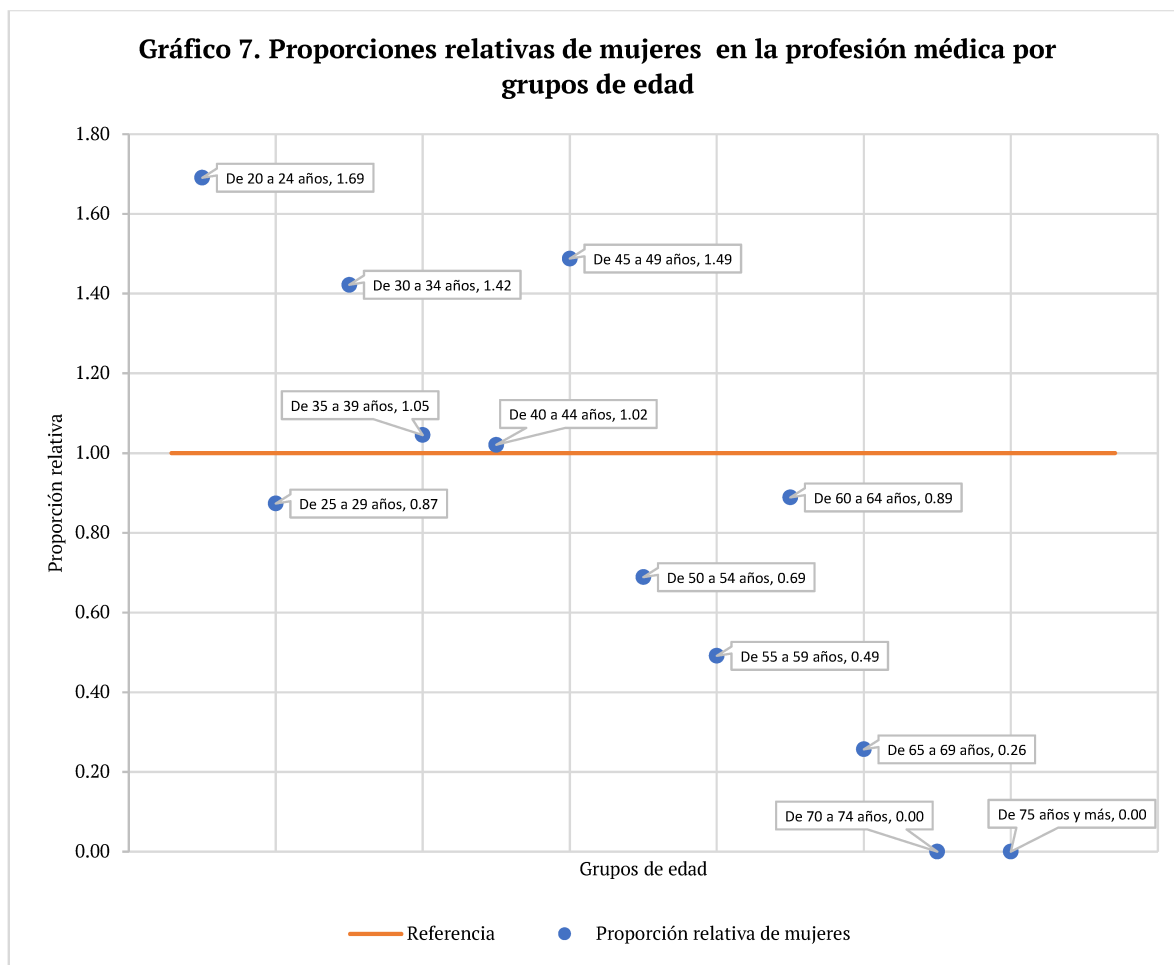
Por último, y como se pudo ver especialmente en los Gráficos 2 y 5 es posible observar una tendencia hacia la feminización de la profesión particularmente en las cohortes más jóvenes, un indicador que refuerza este argumento es el comportamiento que presenta la *proporción relativa* indicada en la Tabla 1. Esta medida se calcula dividiendo el porcentaje de mujeres por grupo de edad entre el porcentaje total de participación de las mujeres en la profesión que, en este caso, es de casi el 40.4 %.

Así, valores superiores a 1 sugieren la proporción en que aumenta el porcentaje de cada grupo de edad con respecto al porcentaje total. Así, por ejemplo, en el grupo de edad de 20 a 24 años (donde el porcentaje de mujeres es de 68.3 %) el valor de la proporción relativa es 1.69, esto quiere decir que el porcentaje de este grupo de edad es .69 veces mayor al valor del porcentaje total (40.4%), lo que equivale a 69% por ciento más de mujeres en este grupo de edad que en el porcentaje total.

En sentido contrario, valores inferiores a 1 sugieren la proporción en que decrece el porcentaje del grupo de edad con respecto al porcentaje general, aunque lo hace por medio de su diferencia. En el caso del rango de edad de 65 a 69 años el valor de la proporción relativa es de 0.26, lo que sugiere que el porcentaje de este rango (10.4%) es .74 (restando $1 - .26 = .74$) veces menor, o lo que es lo mismo, es 74% menor al 40.4% del porcentaje total.

Donde los valores son iguales a 1.0 significa que el valor del porcentaje del rango es igual al porcentaje total y donde los valores son iguales a 0 (mayores de a 70 años, por ejemplo) significa que el valor del rango es 100% inferior al porcentaje total, lo mismo sucede con hipotéticos valores de 2.0 o superiores, donde significarían porcentajes mayores al 100%.

Una interesante visualización de este indicador se puede ver en el Gráfico 7:



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI, 4to trimestre de 2018

En este gráfico (Gráfico 7) se pueden observar distribuidos los valores de la proporción relativa para cada grupo de edad. En la línea horizontal fijada en el nivel 1.00 del eje X se representa al valor del porcentaje total de mujeres médicas (40.4%); los puntos por arriba de esta línea son rangos de edad donde la proporción de mujeres ocupadas supera al 40.4% del porcentaje total, valores por debajo de la línea son rangos donde el porcentaje es menor al del porcentaje total de mujeres ocupadas. Es evidente que, en los valores más bajos, o sea, la menor ocupación de mujeres, se concentran entre las cohortes más viejas mientras que en las cohortes jóvenes, casi en todos los rangos de edad, el porcentaje de edad supera al porcentaje total.

3.2 La distribución de las y los médicos en la profesión

Una segunda característica estructurante de la profesión médica y en particular de la forma en que se articula la práctica y la identidad de los médicos es el propio espacio o contexto ocupacional en el que se encuentran. Con base en los datos de la ENOE 2018, en la Tabla 2 se muestra que las y los médicos están distribuidos entre dos espacios diferenciados principales, el 46.7 % de ellos se desempeña laboralmente en hospitales o instituciones públicas, siguiendo, en segundo lugar, la práctica privada independiente con un 35.3 %, mientras que quienes laboran en hospitales privados ascienden al 9.2 %.

Antes de continuar, es necesario mencionar que las estimaciones sobre este punto tienen la peculiaridad de que sólo nos dan una idea aproximada del papel que cada subsector o tipo de institución tiene en la práctica médica. Lo anterior es debido a que sólo se refieren a la cantidad de médicos que declaran su ocupación principal. En este sentido no muestra aquellas observaciones (bastante frecuentes en la profesión) donde los médicos laboran en más de una sola institución o consultorio.

A pesar de lo anterior, los datos que se muestran en la Tabla 2 pueden ser un indicador sobre la distribución aproximada de los médicos por tipos de espacio laboral o sector, sea este público o privado.

Tabla 2. Porcentaje de médicos por tipo de institución, sexo y nivel de especialización

Tipo de institución de trabajo	% Total de médicos	% Médicos generales y familiares mujeres	% Médicos generales y familiares hombres	Proporción de mujeres médicas generales y familiares	% Médicos especialistas mujeres	% Médicos especialistas hombres	Proporción de mujeres especialistas
Hopital de dependencia pública	46.7	57.5	43.7	0.47	45.4	40.2	0.43
Empresa Paraestatal	0.5	1.3	0.4	0.69			
Otras dependencias de gobierno	2.2	3.0	3.2	0.39	0.3	1.2	0.17
Hopital de dependencia privada	9.2	3.8	14.8	0.15	4.4	9.2	0.24
Universidad Autónoma	0.4	0.1	1.1	0.04			
Sociedad civil	0.6	1.9	0.2	0.89		0.1	
Privado independiente	35.3	24.7	31.0	0.35	48.9	45.5	0.42
Compañía Privada	5.1	7.7	5.7	0.48	0.9	3.8	0.13
Ninguno de los anteriores					0.2		1.00
Total	100	100	100	0.40	100	100	0.40

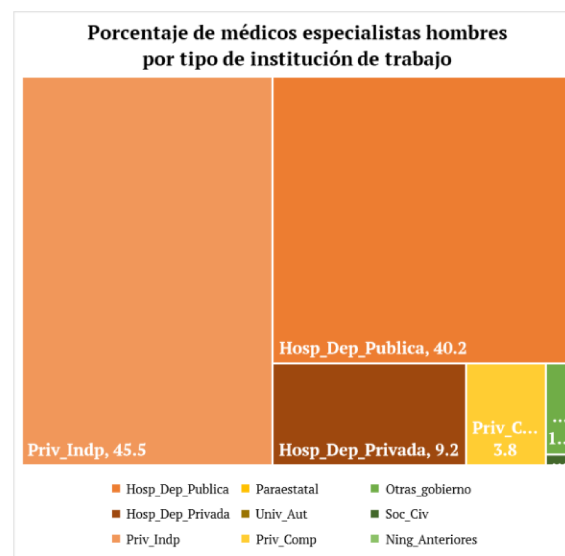
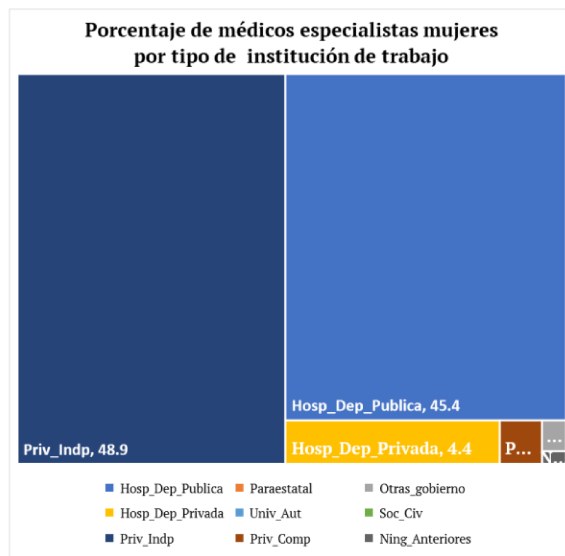
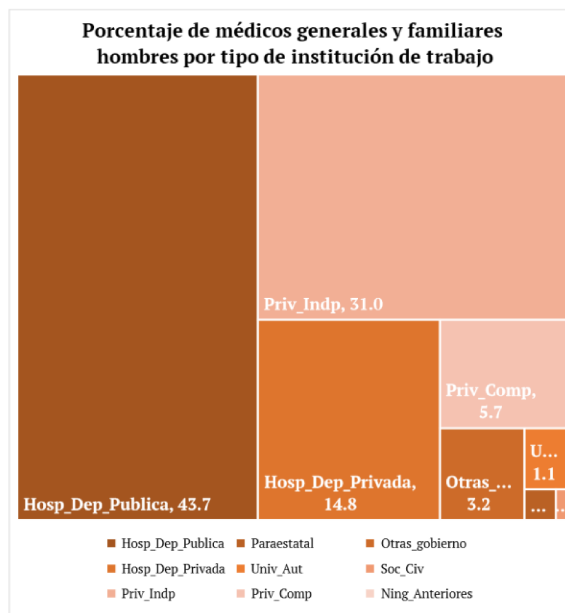
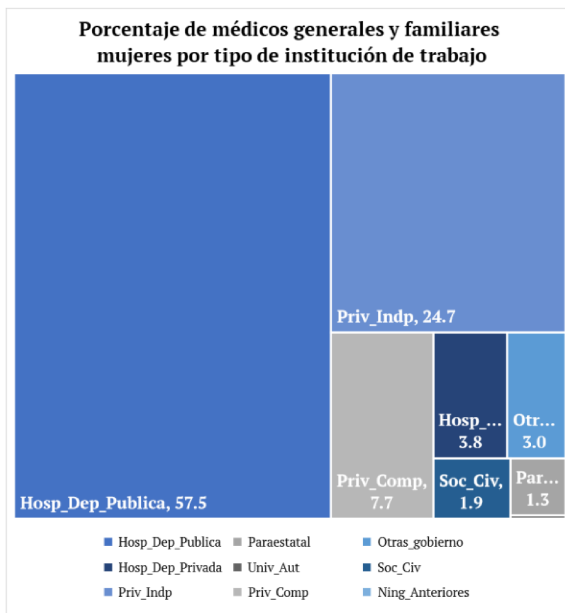
Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI, 4to trimestre de 2018

Variaciones importantes se pueden observar cuando se desagregan los datos entre médicos generales y familiares, especialistas y por sexo.

En el caso de las y los médicos generales y familiares resalta que las mujeres se encuentren fundamentalmente adscritas a instituciones públicas (hospitales públicos: 57.5 %), dejando en segundo lugar la práctica privada independiente con 24.7 % y, en tercer lugar, con una participación mínima, en hospitales privados con un 3.8 %. Esta última cifra es reveladora cuando se la compara con el porcentaje de los hombres en el mismo espacio laboral (14.8 %).

Por su parte, los médicos generales y familiares varones tienen una mayor presencia en el sector privado, 31.0% de ellos como privados independientes y 14.8 % en hospitales privados, sumando 45.8% en su conjunto, esta última cifra es contrastante contra el 28.5 % de las mujeres (mujeres en hospitales privados + práctica privada independiente).

Gráfico 8. Porcentajes de médicos por tipo de instituciones de trabajo y niveles de especialidad



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI, 4to trimestre de 2018

En el caso de las y los médicos especialistas se puede observar que, en ambos casos, tanto mujeres como hombres, se ocupan principalmente como independientes privados con un 48.9 % y 45.5% respectivamente, siendo ligeramente menor el porcentaje de las mujeres. En segundo lugar, tanto para mujeres como para hombres, se encuentra la práctica adscrita a hospitales públicos, 45.4 % y 40.2 % respectivamente. Sin embargo, si sumamos a quienes laboran en la práctica privada independiente y quienes lo hacen en hospitales privados

suman 55.3% en el caso de las mujeres y 54.7% de los hombres. Así, se puede decir que las y los médicos especialistas se concentran en su mayoría en el sector privado.

Un tercer rasgo importante remite a la proporción de mujeres en cada uno de estos contextos ocupacionales, en el caso de quienes laboran en hospitales públicos la proporción es muy similar entre médicos generales y familiares y especialistas .47 contra .43 respectivamente. Quienes laboran de manera independiente muestran proporciones también similares .35 contra .42. Por su parte, en el caso de quienes laboran en hospitales privados es notoria una diferencia, entre el .15 de mujeres médicas generales y familiares contra .24 de las especialistas.

En resumen, las médicas generales y familiares trabajan en su mayor parte en instituciones públicas donde la participación femenina es más equilibrada. Los médicos generales y familiares (varones) laboran en su mayor parte en instituciones privadas donde además la participación femenina es baja. En el caso de las especialistas, ellas trabajan mayoritariamente de manera independiente, donde la proporción de mujeres es equilibrada, lo mismo ocurre con las especialistas que trabajan en hospitales públicos.

Caso contrario y revelador es el de los especialistas varones, quienes, si bien también trabajan en mayor proporción de manera independiente, un buen porcentaje (9.2 %) de ellos lo hacen en hospitales privados donde la participación femenina es muy baja (apenas el 24% de todos los especialistas que laboran en hospitales privados son mujeres). ¿Acaso la clausura profesional de la medicina se actualiza y redefine su ámbito de pertinencia entre los especialista varones del subsector privado, y más específicamente, entre quienes laboran en hospitales privados²³?

De tal suerte que puedo decir que la práctica médica en instituciones públicas e independiente concentra a la mayor cantidad de mujeres y en condiciones de participación

²³ Un indicador quizá anecdótico de esta clausura es que los especialistas varones fueron quienes menos disposición o interés mostraron al momento de pedirles una entrevista.

más igualitaria mientras que la práctica en hospitales privados se encuentra marcadamente constituida por hombres y en condiciones de participación desventajosa para las mujeres.

3.3 Nota sobre la fuente de datos

Actualmente cuento con algunos datos generales sobre la profesión médica provenientes, por un lado, de la Encuesta Nacional de Ocupación Nacional de Empleo (ENOE) -último trimestre de 2018- así como de diversos registros institucionales que nos pueden ofrecer una caracterización sumaria y general sobre la población de médicos en México. Vale la pena puntualizar que en el caso de la ENOE existe un probable problema en la clasificación de los médicos, toda vez que dicha encuesta distingue²⁴ entre “Médicos y generales y familiares” por un lado y “Médicos especialistas” por el otro.

Esta clasificación corre el riesgo de sobreestimar el número de médicos generales toda vez que se pudiera estar captando además de médicos generales también a médicos especializados en el campo de la Medicina familiar. Y lo mismo en sentido inverso, toda vez que esta encuesta pudiera arrojar estimadores que subestimen la cantidad de especialistas. Lamentablemente, el nivel de caracterización de esta encuesta hace prácticamente imposible conocer la magnitud de estos errores de estimación.

A pesar de lo anterior, es posible utilizar los datos de la ENOE para hacernos cierta idea de algunas de las características generales de quienes se identifican como profesionales de la medicina en México. Según esta encuesta, se estima el número total de médicos ocupados en México en 281,746 de los cuales 113,775 (40.4 %) son mujeres y 167,971 (59.6 %) son hombres, de igual forma, de este total, 176,367 (62.6 %) son Médicos generales y familiares y 105,379 (37,4 %) son Médicos especialistas.

²⁴ En realidad, este “error” deviene de las inconsistencias propias de los clasificadores de ocupaciones utilizados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Conclusiones

En este capítulo he intentado profundizar en una caracterización global de las condiciones que enfrenta la profesión médica en México. Un primer hallazgo de suma relevancia es la creciente incorporación de las mujeres a la profesión médica, si bien la proporción de hombres sigue siendo mayoritaria en lo general, me fue posible identificar un patrón que tiende hacia una incorporación cada vez mayor de mujeres en las cohortes de edad más recientes. Así, con cierto nivel de certeza es posible hablar de un claro proceso de feminización de una profesión que históricamente había estado caracterizada por una presencia predominantemente masculina.

Un primer cuestionamiento relativo a dicha feminización remite a las posibles implicaciones que supone para la profesión la incorporación de las mujeres tanto a la profesión como a su mercado de trabajo específico. Así, podemos preguntarnos, en primera instancia, si la feminización de la profesión ha contribuido al aumento de una sobreoferta de mano de obra calificada, fenómeno que, asociado al aumento de la matrícula universitaria, pudiese haber contribuido a cierta devaluación de las credenciales profesionales de la medicina o, por lo menos, de ciertos segmentos a su interior, como lo es la Medicina general.

Esta posible devaluación de la medicina general está caracterizada, entre otras cosas, porque reduce su capacidad para garantizar cierto estatus social, particularmente porque el título de médico o médica general ya no garantiza la adquisición de una posición en el mercado de trabajo y, cuando lo hace, por lo menos en las grandes zonas metropolitanas del país, supone el acceso a condiciones laborales flexibilizadas y precarizadas, reduciendo así las posibilidades para una cierta movilidad social, motivo que es perseguido por buena parte de las y los médicos así como por sus familias.

Es posible que esta devaluación haya contribuido por lo menos parcialmente a que las y los médicos busquen en las especialidades el acceso a un mercado de trabajo menos saturado que les pueda garantizar las condiciones de estatus que ellos y ellas desean como resultado

de su estrategia profesional. Esto explicaría, en parte, el porqué del impulso al proceso de especialización señalado anteriormente.

Por otro lado, el registro de dicha feminización de la profesión médica supone una serie amplia de interrogantes sobre el tipo de experiencias y situaciones que las médicas enfrentan ya sea en su incorporación al proceso formativo como en su ingreso al mercado de trabajo, así como a otros espacios sobre los que la profesión mantiene una clausura relativa. No sería de extrañar que dichas situaciones sean altamente problemáticas dado el tradicional predominio de una dominación masculina de esta profesión, el cual persiste hoy en día en diversos segmentos de esta.

Un segundo hallazgo remite a una marcada tendencia hacia la especialización de la profesión, como vimos antes, en las cohortes menores de 55 años se puede apreciar un aumento considerable en la cantidad de médicos especialistas, la magnitud e intensidad del cambio pueden ser un indicador relativo a una transformación abrupta de la estructura y morfología de la profesión médica registrada en los últimos decenios y que se ha ido consolidando gradualmente. Dicha transformación dio pie a la emergencia de una profesión que no sólo se articula a partir del perfil profesional de las y los médicos generales sino también y, posiblemente con mayor peso, sobre el perfil profesional de médicas y médicos especialistas.

Un tercer hallazgo de esta caracterización general de la población de médicas y médicos, remite al tipo de consulta médica en la cual se desempeñan profesionalmente, si bien estos datos pueden no ser del todo precisos, nos dan una idea aproximada sobre la distribución de las y los médicos al interior de un conjunto heterogéneo de condiciones de trabajo. Como vimos, las y los médicos se distribuyen en proporciones similares entre la medicina privada y la medicina pública, ahora bien, algunos patrones interesantes emergen cuando se desagrega esta categoría por tipo de médicos y género: entre médicos y médicas generales y médicos y médicas especialistas. Según el análisis realizado, los médicos especialistas varones tienen una mayor presencia en la medicina privada, particularmente al interior de sus instituciones hospitalarias. Si bien los datos con los que cuento no me permiten ir más

allá, la presencia mayoritaria de médicos especialistas varones en la medicina privada hospitalaria (no solo en la práctica privada independiente) puede ser un indicador relativo de la existencia de ciertos nichos en la profesión médica en los que posiblemente se ha mantenido una cierta clausura profesional, basada en criterios de género. En este sentido, no resultaría extraño que estos nichos se encuentren en el ámbito privado, sobre todo, en los espacios hospitalarios pues son estos los que podrían garantizar un mejor acceso a un conjunto de privilegios y dentro de estos últimos el acceso a altos niveles de capital económico.

Más allá de que estas suposiciones puedan ser corroboradas o no, la pura constatación de una serie de transformaciones al interior de la profesión y del campo médico, las cuales tienden, sobre todo, hacia la heterogeneidad de las condiciones en las que los médicos y médicas se forman y llevan a cabo sus actividades, supone por sí mismo un motivo para la actualización del conocimiento que tenemos sobre dicha profesión. Como he dicho antes, buena parte del conocimiento que tenemos sobre la profesión médica parte de un conjunto de supuestos sobre la naturaleza de esta profesión que ya no se verifican, particularmente en lo tocante a la creciente feminización y especialización de esta.

De igual forma y como también he dado cuenta en líneas anteriores, lo que sabemos de la profesión médica pasa por alto la diversidad de condiciones en las que se forman y laboran las y los médicos, se asume de facto, que esta variabilidad en dichas condiciones y en otros factores carece de relevancia explicativa para dar cuenta de la profesión, así como de los procesos de profesionalización e identificación profesional de las y los médicos. Los datos analizados en este capítulo apuntan a que debemos tomar en cuenta esta diversidad de condiciones.

4. Las estrategias de reproducción social

Introducción

El objetivo de este capítulo es ofrecer una solución a una inquietud que ha estado presente desde el inicio de esta investigación, a saber, la manera cómo las condiciones socioeconómicas vinculadas al origen social de las y los médicos inciden en su proceso de identificación profesional.

Si bien el camino para encontrar una respuesta a dicha inquietud pudiera ser hasta cierto punto intuitivo, por decir, evidenciando, a través de contrastes, las diversas formas como se configuran las trayectorias de las y los médicos dada la presencia o ausencia (o en su caso la variación) de aquellos indicios que hubiésemos elegido para medir el efecto de eso que hemos denominado origen social, se corre el riesgo de que dicha respuesta sea parcialmente cierta.

La intención de mi investigación no era sólo conocer el efecto “objetivo” de aquellos indicadores típicamente asociados a las condiciones en que se manifiesta el origen social sino dar cuenta de la forma como dichos indicadores son traducidos al plano significativo en el cual se sitúa la experiencia de las y los agentes que conforman mi objeto de

investigación, comprender el sentido vivenciado que anima el comportamiento de las variables con las que se puede explicar mi fenómeno.

Para dar cuenta de esta inquietud decidí remitirme al concepto de *estrategias de reproducción social* desarrollado por Pierre Bourdieu (Bourdieu, 2007a, 2011), la noción de *estrategia* es utilizada por este autor como una forma de ruptura tanto con lo que él denomina el objetivismo propio del estructuralismo francés como con el subjetivismo característico de ciertas versiones de la filosofía fenomenológica y que también está presente en la teoría de la elección racional.

“[La estrategia] es el producto del sentido práctico como sentido del juego, de un juego social particular, históricamente definido que se adquiere desde la infancia al participar en las actividades sociales” (Bourdieu, 2007a, p. 70)

Así, Bourdieu busca “reintroducir al agente socializado (y no el sujeto, ni la consciencia individual) y las estrategias más o menos “automáticas” del sentido práctico (y no los proyectos o los cálculos de una conciencia)”, utiliza dicha noción para sustentar las elecciones de los agentes en el *sentido práctico*, en este *sentido del juego* o de la situación. rechazando con ello, de manera simultánea, que sean producto tanto de una *regla* o un “programa inconsciente” como de un “cálculo consciente y racional”.

Para Bourdieu, las y los agentes saben y comprenden de manera práctica (no consciente y no instrumental) lo que sucede en las diversas situaciones similares a aquellas otras a las que han estado expuestos durante su proceso de socialización, de hecho, es gracias a su experiencia acumulada que las y los agentes dominan y adquieren este sentido del juego, habilidad o pericia que los habilita como agentes competentes.

Así, la noción de estrategia me permite incorporar simultáneamente dos aspectos necesarios para la comprensión sociológica del fenómeno que deseo explicar, por un lado, captar el sentido subjetivo -socializado- que orienta a la conducta de las y los agentes, al tiempo que me permite identificar aquellos patrones objetivos que articulan a dicho sentido.

Con ello, considero que puedo llevar a estatuto teórico el sentido y el interés que ordena las conductas de las y los médicos, introduciendo de esta manera las categorías que como parte del sentido común orientan las prácticas de las y los agentes sin que ello suponga la renuncia a un análisis objetivo del fenómeno. En este capítulo, auxiliado de la noción de *estrategia educativa* he podido dar cuenta de que el sentido ordenador de las prácticas de las familias y de los y las médicas deviene del interés de dichos agentes por lograr una posición en el mercado de trabajo. Por su parte, he podido dar cuenta de que este sentido se puede clasificar en función de la posición que las familias tienen en el espacio social.

Ahora bien, como acabo de señalar, he utilizado el concepto de *estrategias de reproducción social* y más precisamente *sistema de estrategias de reproducción social* para dar cuenta de cómo la trayectoria profesional de los médicos está profundamente influenciada por la propia inercia asociada a la persistencia y continuidad de las disposiciones adquiridas (*conatus*) en forma de *habitus*.

“Las estrategias de reproducción tienen por principio, no una intención consciente y racional, sino las disposiciones del *habitus* que espontáneamente tiende a reproducir las condiciones de su propia producción. Ya que dependen de las condiciones sociales cuyo producto es el *habitus* –es decir, en las sociedades diferenciadas, del volumen y de la estructura del capital poseído por la familia (y de su evolución en el tiempo), tienden a perpetuar su identidad, que se diferencia, manteniendo brechas, distancias, relaciones de orden; así, contribuyen a la práctica de la reproducción del sistema completo de diferencias constitutivas del orden social.” (Bourdieu, 2011, p. 37)

Así, las trayectorias de las y los médicos están íntimamente estructuradas por una “intención” práctica que orienta tanto a las familias como a sus hijos e hijas, los médicos en formación, a garantizar la continuidad de las disposiciones y los principios de visión y de división del mundo. Se trata de una búsqueda por la continuidad de las condiciones o, mejor dicho, de la experiencia en el marco de dichas condiciones.

Ahora bien, algunas de las prestaciones que esta noción me otorga durante el análisis remiten a la posibilidad de visualizar el conjunto de apuestas que se ponen en juego al

momento de delimitar las citadas estrategias de reproducción, en el que las estrategias educativas, materia de esa investigación sólo son una entre otras posibles.

“Las estrategias de reproducción constituyen un sistema y, por ello, se ubican en el origen de los remplazos funcionales y efectos compensatorios ligados a la unidad de función: por ejemplo, las estrategias matrimoniales pueden suplir las fallas de las estrategias de fecundidad.” (Bourdieu, 2011, p. 38)

Pensar en sistemas de estrategias de reproducción nos permite observar como la definición de una estrategia educativa (destinadas a asegurar la consecución de capitales cultural y económico, además de ciertas retribuciones simbólicas) puede entrar en una relación de tensión o balance con otros tipos de estrategias, como pudieran ser las estrategias económicas o las estrategias sucesorias²⁵, etc...

Como veremos en este capítulo las familias consideran activamente distintas alternativas de estrategias al momento de definir la forma concreta que tomará la apuesta educativa de sus hijos e hijas, incluso se puede sostener, como veremos a lo largo de esta investigación, que la mera existencia de dichas alternativas tales como las estrategias matrimoniales son opciones que someten a una tensión existencial significativa a buena parte de las y los agentes involucrados en este proceso de formación profesional.

Otra de las ventajas que nos ofrece el uso de esta noción, la cual se encuentra íntimamente vinculada con su propia naturaleza práctica, es que remite como su objeto a entramados de vínculos sociales y no a individuos, particularmente aquellos que son la condición de la experiencia socializada por medio de la cual se gesta la experiencia e identidad individual, en este caso las familias.

Esta característica nos permite descentrar al individuo como objeto de investigación para situar nuestro objeto de estudio en el entrecruzamiento de una estructura de relaciones (de posiciones) que hacen posible la subjetividad individual.

²⁵ De acuerdo con Bourdieu (2011), las *estrategias económicas* se encuentran destinadas a perpetuar el aumento de capitales mientras que las *estrategias sucesorias* son aquellas destinadas a garantizar la transmisión o del patrimonio material.

4.1 El costo de la educación médica

Quizá el principal factor restrictivo que enfrentan las familias al momento de pretender que sus hijas e hijos se formen profesionalmente como médicos es el costo inherente a la educación universitaria²⁶, dicho costo remite a un conjunto diverso de elementos que van más allá de la dimensión llanamente económica, aunque hay que enfatizar que es este último factor el que más peso tiene al momento de definir las propias trayectorias formativas.

Entre los diversos elementos que componen este costo destacan el conjunto de inversiones acumuladas durante los años de formación educativa preuniversitaria (*capital cultural acumulado*), así, por ejemplo, es ampliamente conocido por quienes aspiran a ser médicos, que se requiere de cierta acumulación de signos que denoten la posesión de buen rendimiento académico, signos que pueden ser las notas o como comúnmente se conocen: “las buenas calificaciones”, etc...

En el mismo sentido, aunque con un impacto mucho más acotado, destaca el efecto que puede tener la posesión de cierto tipo específico de *diplomas (capital cultural objetivado)* que, junto con otros capitales, han sido establecidos como criterios de acceso a algunos de los espacios de formación profesional más prestigiados en el país. Tal es el caso de los Institutos Nacionales de Investigación a cargo de la Secretaría de Salud del Gobierno de México cuyo acceso supone de manera informal y posiblemente velada que quienes ahí ingresen cumplan con cierto tipo de perfil (incluido el de clase), siendo, uno de los más importantes, la posesión de credenciales provenientes de universidades específicas.

²⁶ Costo que puede variar si es que se trata de universidades públicas o privadas, y dentro de cada subgrupo, en función de cada universidad. Hay universidades públicas que tienen costos muy bajos o nulos por concepto de colegiatura y otras que cobran cantidades variables por este mismo concepto. Por su parte, las universidades privadas también se distribuyen en una escala muy variada de costos, desde aquellas que son relativamente accesibles hasta otras que suponen inversiones muy importantes por parte de las familias. Vale la pena decir que en el caso de las universidades privadas existe una correlación entre el prestigio y el costo, no ocurriendo lo mismo en las universidades públicas, donde universidades muy prestigiosas como la UNAM se abstienen de cobrar algún monto por concepto de colegiatura.

En los relatos he podido dar cuenta²⁷ de que la posibilidad de acceso a dichos espacios se encuentra favorecida no sólo por la dotación suficiente de cierto capital económico (dado el perfil de las universidades de las cuales egresan las y los médicos que son admitidos en dichas instituciones) sino también por la posesión específica de cierto tipo de capital cultural, *capital simbólico* y *capital social*, etc., dándose preferencia a los *diplomas* o *credenciales* que emiten ciertas universidades tradicionalmente vinculadas a dichos institutos, tal es el caso de la UNAM y, cada vez en mayor medida, universidades privadas de la Ciudad de México y de otros estados del país como pueden ser, por ejemplo, la Universidad La Salle o el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.

Aunque cabe hacer el señalamiento de que, para el caso de aquellos alumnos y egresados de la UNAM, no es suficiente con poseer las credenciales que emite dicha institución sino también se requiere haber egresado del Programa de Alta Exigencia Académica (PAEA), el cual fue implementado por la Facultad de Medicina desde la última década del siglo pasado. Dicho programa opera mediante la segmentación y diferenciación de grupos de “alto rendimiento” entre sus estudiantes para ofrecerles una formación específica, supuestamente de mayor calidad, exigencia orientada fundamentalmente hacia la investigación.

A juicio de las y los entrevistados, el ingreso a dichos grupos es favorecido para aquellos y aquellas estudiantes que provienen de bachilleratos privados, por lo que se puede inferir nuevamente que el peso del capital económico es determinante en la consecución de estos capitales cultural y simbólico asociados al hecho de egresar de dichos grupos, además del capital social que las y los alumnos adquieren por su acceso privilegiado a la formación (durante sus rotaciones clínicas) en estas instituciones.

Retomando el argumento, otro conjunto de elementos que componen al citado costo y que no dejan de ser de suma importancia para las familias, aunque se ponderan de manera diferida, es aquel asociado a la suspensión o retraso (una especie de *costo de oportunidad*)

²⁷ Aunque no ha sido el objeto de mi investigación.

por parte de los y las estudiantes a una integración temprana al mercado de trabajo. Estos estudiantes aplazan considerablemente y, a expensas de la propia economía familiar, el obtener un empleo que contribuya tanto al mantenimiento del hogar como al establecimiento de las condiciones para que las y los hijos formen una familia propia.

En este mismo sentido, aunque particularmente explicitado y disciplinariamente recordado a las mujeres, se suman el costo de retrasar la formación de la unión conyugal, de la posible salida del hogar y del inicio de la maternidad o la paternidad, según sea el caso.

La composición variada y compleja de estos costos deviene en la principal barrea de acceso a la educación profesional frente a la cual las familias establecen estrategias diversas que les permiten, en función de los distintos recursos que detentan, hacer frente a las restricciones de acceso a la educación universitaria al tiempo que buscan garantizar el posicionamiento más aventajado posible de sus hijos e hijas en el mercado de trabajo.

Es necesario dejar en claro desde ahora que la variabilidad en que se manifiestan de manera concreta estas estrategias familiares depende fundamentalmente de las condiciones asociadas a la posición que las familias ocupan en el espacio social en general. Esta posición a su vez está determinada por la posesión o carencia de diversos capitales, siendo los principales el capital económico y el cultural.

Ahora bien, también es pertinente enfatizar que la naturaleza de dichas estrategias es bastante compleja, comenzando porque no necesariamente se supone la existencia de un cálculo consciente (Bourdieu, 2007b, 2007a) o de la realización de un balance en el que se expliciten los costos y los beneficios o en el que se conozcan plenamente las condiciones sobre las que opera la anticipación del cálculo mencionado²⁸.

²⁸ En realidad, el uso analógico de ciertos términos del pensamiento económico tiene como finalidad evidenciar un modelo teórico que dote de coherencia lógica y de inteligibilidad al fenómeno, pagando con ello el precio de no lograr captar todas aquellas complejidades propias de las prácticas. Lo anterior no quiere decir que el uso de este modelo analógico sea arbitrario, todo lo contrario, pensar en estrategias, costos y beneficios evidencia que el mundo social es una construcción en la que los agentes están comprometidos plenamente mediante la búsqueda activa de sus intereses.

Buena parte de dichas estrategias tiene una naturaleza práctica y está más emparentada con la anticipación casi automática de quien domina las regularidades y el sentido de un juego (producto de la prolongada exposición y socialización), o en este caso, de quién domina el sentido y las reglas de un determinado orden social, que con un cálculo consciente y explícito. Dicho de otra manera, las estrategias son generadas constantemente por los sistemas de disposiciones, visiones división y clasificación que componen al *habitus*.

Así, las estrategias educativas o por lo menos una parte de ellas remiten a una suerte de anticipación de los resultados esperados, esta anticipación está basada en el conocimiento práctico que se tiene de un conjunto reiterado y persistente de experiencias previas, experiencias delimitadas y restringidas por la socialización acotada a unas determinadas condiciones sociales, casi siempre, las condiciones características de la posición que las familias ocupan en el espacio social, o dicho de otra manera, *la condición de clase* (Bourdieu, 1973, 2012, p. 113 y ss.) en la que se inscriben las familias.

En este sentido, es que en parte se pueden comprender las estrategias que orientan a las familias de los y las estudiantes (que pueden hacerlo) a mantenerlas en el mismo tipo de instituciones educativas por las que han recorrido su trayectoria formativa previa aun cuando existen otras opciones a su disposición, por ejemplo, entre quienes continúan y buscan continuar sus estudios universitarios en escuelas privadas aun cuando existan opciones públicas que ofrecen una formación equivalente. Por el contrario, se pueden citar los descabros sociales que enfrentan las y los estudiantes cuando cambian de tipo de escuela, de privada a pública o viceversa.

En estos ejemplos, la continuidad entre el tipo de instituciones educativas no sólo es una cuestión de costumbre, familiaridad o afinidad con el pasado (que también impacta y mucho) sino que supone una proyección de las experiencias de “éxito” previas (también presentes en el imaginario). Las familias que pueden acceder a escuelas privadas de alto prestigio “saben” que estas son las que dictan las reglas del juego, dado su interés en garantizar cierto “éxito” en dicho juego. Lo tienen claro, porque en el pasado son este tipo de escuelas las que les han garantizado, “calidad”, “excelencia”, “prestigio” y “privilegio”,

en el marco de la actitud natural de la vida cotidiana: no habría por qué dudar de estas definiciones si hasta ahora han funcionado.

Este patrón adquiere riqueza y complejidad cuando se indaga en los relatos y en las expresiones discursivas que las y los agentes ofrecen sobre las razones de la elección de estas universidades, sobresaliendo narrativas que remiten al *gusto*, o a la coherencia entre *estilos de vida*, esto es, apuntan a la búsqueda de cierta continuidad de las condiciones materiales y simbólicas a las que están habituados, o cuando no, simplemente se remite expresiones que denotan una naturalidad no problemática (Schutz, 1962) de la elección: “me seguí derecho”.

Algo similar ocurre en el caso de familias que se encuentran en el extremo contrario de la distribución de capitales, ahí donde las familias dejan de problematizar la elección de universidades para ceñirse (por un sentido de realidad y no por elección) hacia aquellas opciones acordes con la limitación de recursos propios de las condiciones asociadas a su posición en el espacio social y, donde incluso el cuestionamiento del investigador sobre si había considerado estudiar en universidades privadas, es tomado como una especie de extraño capricho exotista que se niega a apreciar aquello que debería ser evidente (gesto que a la brevedad es normalizado cuando se cae en cuenta de la singularidad de la intención investigativa que guía dicha relación de entrevista, cuando no lo fue desde el establecimiento de la propia situación).

Caso singular sucede entre aquellas familias que por algún motivo se encuentran en una situación o son parte de un proceso que las ha llevado a romper o a transformar la inercia propia de las condiciones asociadas a su posición en el espacio social, un ejemplo típico de este fenómeno es el efecto de la movilidad social intergeneracional de los padres, toda vez que las familias desean aunque no siempre con los medios suficientes, perpetuar o incluso mejorar la posición social de sus hijas e hijos.

Dichas situaciones de ruptura o cambio en las condiciones que dan origen al habitus son más comunes de lo que podría suponerse, por ejemplo, las rupturas producidas por el propio

tránsito y exposición a lo largo del itinerario de vida, las y los agentes se ven expuestos al afecto de una diversidad (cada vez mayor) de espacios sociales, *campos*, que les imponen una multiplicidad de reglas y lógicas prácticas que tendencialmente favorecen la emergencia de espacios de incertidumbre e indeterminación (Bourdieu, 1999, 2007c; Silva, 2016), lo que coloca a las y los agentes (en ocasiones de manera angustiante) ante la necesidad de actuar de manera reflexiva (Garfinkel, 1967; Giddens, 1976, 1990).

De hecho, estas últimas líneas remiten a un fenómeno que Georg Simmel (2014) denominó *entrecruzamiento de círculos sociales*, idea que orienta e inspira buena parte de la tesis fuerte de esta investigación y que se hará particularmente patente en el siguiente capítulo. Por el momento, quedémonos con la idea de que ciertas situaciones de ruptura o cambio en las condiciones sociales sobre las que se sustentan las disposiciones sociales y los principios de visión y división pueden dar pie a un debilitamiento de la eficacia del habitus dejando en su lugar un vacío que las familias y los agentes en particular se ven orillados a saturar de manera reflexiva.

Este principio general, con sus propios matices y en el marco de las particularidades del caso, puede observarse en distintas fracciones de las clases medias, sobre todo aquellas que han llegado recientemente a la posición que detentan en el espacio social.

Esto por ningún motivo quiere decir que las clases medias sean más reflexivas por sí mismas, por el contrario, sólo remite al hecho de que su posición y condiciones de vida, por lo menos en México y en otras sociedades que también han experimentado intensos procesos de movilidad intergeneracional en las últimas décadas (Solis & Boado, 2016), es el producto de un proceso de cambio y de transformación en las condiciones que dan pie a la integración de sus habitus así como a la dotación y composición de sus acervos de capitales, por lo que, ciertas fracciones de las clases medias llegan a ser particularmente reflexivas dada la posición que ocupan en este proceso de transformación.

Es por esta misma posición adquirida en el marco del proceso de movilidad que dichas fracciones se encuentran expuestas simultáneamente a una serie de habilitaciones y

privilegios al tiempo que sufren de restricciones y condicionamientos (Bourdieu, 2012). Es dicha posición, hasta cierto punto contradictoria, la que define buena parte del sentido y la lógica de las estrategias educativas de ciertas familias de las clases medias, habilitadas y abocadas a sus aspiraciones por mantener o mejorar sus condiciones, pero limitadas por la disposición de sus recursos.

4.2 Las estrategias educativas de las familias de estudiantes de medicina: “es un trabajo que te permite vivir bien”

En términos generales se puede sostener que la forma concreta en que se configuran las estrategias educativas de las familias varía en función de la posición que estas ocupan en el *espacio social*, o, en otras palabras, de acuerdo con la distribución de *capitales* que estas posean, siendo los principales el *capital económico* y el *capital cultural*²⁹.

A estos *recursos* se suman otros cuya presencia no se encuentra generalizada y su efecto se manifiesta en situaciones concretas, tal es el caso del *capital social* que puede ayudar a las familias a superar las restricciones que les impone a las y los jóvenes médicos él no contar con universidades u hospitales cercanos a su localidad de origen, esto ocurre, por ejemplo, cuando las familias cuentan con familiares o conocidos de confianza que puedan alojar a las y los hijos en ciudades distintas de sus comunidades de origen³⁰.

²⁹ Hay que mencionar que, aunque en esta relación el peso que tienen el factor capital económico es de suma importancia no debe orillarnos a suponer que el capital cultural es secundario. En realidad, una buena parte de la forma concreta como se configuran estas estrategias se encuentra estructurada por el capital cultural, tanto en su forma general como en su variante específica, esto es, el conocimiento o experiencia sobre el campo médico.

³⁰ En esta investigación, la observación del capital económico se hizo fundamentalmente por medio de conocer la ocupación de los padres, el ingreso familiar promedio cuando las y los estudiantes comenzaron su trayectoria universitaria y por otro conjunto de indicadores indirectos relativos a la propia percepción de la situación económica de la familia. El capital cultural fue medido por el nivel de estudios de las ocupaciones de los padres, si es que se trataba de profesionistas con estudios universitarios o con algún otro nivel educativo; la frecuencia con la que las familias realizaban actividades culturales y el número de libros no escolares en casa al momento de iniciar la formación universitaria, de igual forma se tomaron en cuenta otros indicadores indirectos. Otro recurso importante, es la experiencia y conocimiento que las familias pueden tener en y sobre el campo médico, dicha experiencia es una variación del capital cultural incorporado y es el producto de que

También se suman recursos como el *capital simbólico* o en su caso la experiencia o conocimiento del campo médico, el cual es una variación incorporada del capital cultural derivado de la experiencia acumulada de padres, familiares médicos o médicas (o de cualquier otra ocupación relacionada con el cuidado profesional de la salud) que puede incidir de manera determinante en la configuración específica de las estrategias educativas de las familias.

Según el principio antes señalado, las familias de las clases altas normalmente favorecen el que sus hijos e hijas se formen en universidades privadas o en aquellas que consideren como buenas universidades, buscando que estas opciones educativas sean aquellas que cuentan con mayor prestigio.

Un patrón similar se puede identificar entre aquellas familias que cuentan con restricciones económicas relativas, esto es entre aquellas que provienen de las clases medias. Dichas familias buscan acceder a las que para ellas son mejores universidades que pueden adecuarse a los recursos a su disposición. Vale la pena acotar que, si bien una parte importante de dichas familias desean que sus hijos e hijas se formen en las universidades privadas de mayor prestigio, en buena medida se ven forzadas a adecuar sus aspiraciones y expectativas orientándolos a estudiar en las que a su juicio son las mejores universidades públicas o, en su defecto, en aquellas universidades privadas (quizá no tan prestigiosas) que se encuentran en el rango de sus capacidades económicas (aunque hay de decir que en no pocas ocasiones, el deseo de acceder a las universidades privadas de mayor prestigio/costo empuja a las familias a realizar complejas operaciones de financiamiento, desde la obtención de becas, apoyos económicos familiares o incluso recurriendo al endeudamiento).

la madre, padre o algún familiar sea profesional de la medicina o de alguna otra ocupación vinculada al cuidado de la salud. El conocimiento o la familiaridad con el orden y reglas del campo médico puede orientar desde el inicio de la formación universitaria de los y las hijas, así como a lo largo de su trayectoria las posibles elecciones tanto de universidades como instancias hospitalarias por las que las y los médicos articulan su propia trayectoria.

Por último, las familias de las clases bajas o populares ven notoriamente acotadas sus opciones, debiéndose conformar con las universidades que les garanticen a sus hijos e hijas la oportunidad de estudiar con el menor costo posible y particularmente en la proximidad del domicilio familiar.

En todas estas variaciones, la lógica que les otorga sentido y que, a su vez, deviene en el *interés* específico de la *apuesta* que se *pone en juego* con las *estrategias educativas* remite a que las familias busquen acceder a las universidades que consideran como las mejores opciones formativas, las cuales, al menos potencialmente, deberían permitir a sus hijos e hijas la obtención de aquellas *credenciales* (capital cultural objetivado) necesarias para el acceso a una posición favorable en el mercado de trabajo médico, “*a un trabajo digno*”, y que, a la larga, les brinde la oportunidad de alcanzar una buena remuneración y el prestigio asociado a dicha actividad profesional, con lo cual, en última instancia, se lograría la permanencia o mejoramiento de la posición social ocupada originalmente por la familia.

Así, más adelante profundizaré en la forma como la “elección” de la carrera médica se encuentra en apariencia menos ceñida u orientada por los padres ahí donde las familias tienen mayor capital cultural al tiempo que, en las familias donde la presencia de este capital es menor, la elección de la profesión médica es explícitamente un asunto de economía familiar, en el sentido fuerte del término. Un caso similar ocurre ahí donde los familiares o los padres son médicos, toda vez que al estar familiarizados con los principios de visión que ordenan la experiencia al interior campo médico pueden influir en la orientación de “las mejores” apuestas educativas, así, por ejemplo, las y los hijos de médicos con frecuencia saben con cierta naturalidad cuáles son las opciones universitarias que maximizan las probabilidades de ingreso a determinada especialidad o institución hospitalaria.

Por último, hay que mencionar que la identificación de dicho sentido o de la lógica que anima la relación entre posición (capitales) y la forma como se configuran las estrategias educativas es una objetivación más o menos esquemática que tiende hacia el reduccionismo y cuya finalidad no es otra que el facilitar al o a la lectora ciertos indicios que les permitan

orientar la mirada hacia cierta interpretación de los relatos que sustentan estas afirmaciones. La manifestación concreta de estas estrategias es un fenómeno mucho más complejo y en ocasiones elusivo. En su conformación se hacen presentes infinidad de otros intereses, motivaciones y circunstancias específicas, aunque no por ello deja de estar presente de manera práctica y difusa el apremiante interés por garantizar un lugar en el ejercicio de la profesión y con ello su existencia en el espacio social.

Así, captar el principal interés a partir del cual delimitamos cierta lógica de la citada relación nos permite ordenar y hacer inteligible la heterogeneidad de elementos que intervienen en la vida cotidiana de las familias cuando definen el mejor camino para que sus hijos e hijas puedan lograr una formación profesional.

4.2.1 Las clases en los extremos

4.2.1.1 La suspensión de la urgencia: “no gracias, voy a sufrir, y no quiero sufrir”

Las familias que no cuentan con restricciones, particularmente económicas, favorecen el que sus hijos e hijas se formen en universidades privadas o en aquellas que consideren como buenas universidades, buscando que estas opciones educativas sean aquellas que les brinden la mejor educación posible, dando por sentado, que el estudiar en dichas universidades les garantizará cierto éxito en el acceso al mercado de trabajo, y, particularmente, a aquellas especialidades mejor posicionadas en el ejercicio de esta profesión.

En el relato de Abigail, egresada de Anestesiología y del Tec de Monterrey e hija de dos profesionistas, un ingeniero mecánico-electricista y una administradora de empresas [muy alto capital económico, capital cultural medio-alto] se puede identificar la relativa facilidad con la que las familias eligen entre un conjunto de opciones disponibles, incluso algunas fuera del país. En este sentido, destaca también la ventaja de contar con cierto monto de capital social que en combinación con la disponibilidad de recursos económicos permite sortear la limitación de oportunidades universitarias en su localidad de origen.

Néstor: ¿cómo llegaste a medicina?

Abigail: de hecho, yo entré a la prepa y yo no sabía, o sea si fue como ah pues a ver... y en mi prepa había una clase de... como que te hacen exámenes, de a ver a qué área te vas y luego te hacen ir a tres pláticas, o sea tu escoges por ejemplo... “ah, ya hiciste tu examen, pues tú vas más como para el área de ingeniería” y tú dices: “ah, pues si me gusta, ok” entonces te hacían ir a tres pláticas dependiendo de esa área, de las carreras que se relacionan al área que te salió, entonces ibas a las pláticas.. y cuando yo hice esa cosa, a mí me salió ingeniería, si me gustaba, pero ya en prepa como que, “ah, a mí me gustaría ser abogado” que no me salió en el examencito, en el examencito me salió ingeniería porque siempre se me ha hecho muy fácil mate y física y esas cosas... o sea se me hacen fácil, no me esfuerza tanto, siempre me iba bien, mi papá era ingeniero, era como lo lógico, pero pues no... como que no me veía yo después, o sea ok, ya acabé la carrera ¿y luego?, estar en una oficina o en un trabajo o en un lo que sea, como que eso es lo que se me hacía de muy de hueva... entonces, se me hacía muy de hueva y pues no, la verdad como que no me motivaba, entonces, este, después pues sí me gustaba medicina pero por el hecho de que siempre había estado yo en un hospital por alguna razón, o sea porque a mi papá lo operaban, a mi mamá la operaban o le iban a hacer estudios o a mí... entonces en prepa retomé eso de medicina y mi papá: “por qué no estudias medicina” y yo pues como que: “igual y...”

Fui a la plática esa y dije pues no está mal, igual y podría ser pero pues a ver... o sea no me convence y fui a la de abogado y era así como wow que padre, pero era nada más como un gusto porque no sabía de nadie, no conozco a nadie que sea abogado, entonces era como lo que veo en la tele, y lo que ves en la tele es como si yo te dijera que quiero estudiar medicina porque veo Grey’s Anatomy, pues no, nada que ver entonces pues ya hice el examen... yo estaba en el Tec y yo quería entrar al Tec, para entrar a cualquier carrera del Tec que no sea medicina es pase directo si ya estás en la prepa, si estas en la prepa del Tec y quieres entrar a medicina del Tec, no importa, tienes que hacer el examen y vuelves a competir con toda la gente... y dije pues no importa, e hice el examen y fui a la entrevista... y en la entrevista para entrar a medicina me tocó un pediatra que se me hizo muy mala

onda... me entrevista, lo mismo que te preguntan en todas las entrevistas: “¿por qué tal?” y yo: “no pues me gusta, que mire...”, “qué otras carreras tienes en mente” y dije a pues “de abogado” a pues de abogado se parece mucho a medicina no sé qué.. y yo: “ok, pero no quiero”, bueno pues... “¿tus papás son médicos?” y yo “no”... no sé por qué pero como que mucha gente allá en Monterrey usa mucho el “ah, tus papás son médicos, entonces tú vas a medicina”, y ellos, “tus papás no son médicos, hijole, tache” entonces así fue como “ah, ¿no son médicos?, entonces cara fea, y yo: “va, bueno gracias” y luego pues ya, al final de su entrevista me dijo “no pues no estás hecha para estudiar medicina” y yo así como que “what?, o sea ¿qué le pasa?” por eso lo odié y ya, “nosotros te avisamos, bye”... y yo “ok gracias” y obviamente salí llorando, le hablé a mi papá y le dije “es que ese señor...” y él: “no le hagas caso” y no sé qué...

Llegó la lista de quienes entraron y evidentemente no entré yo y dije “ah, no pues bye, pues ya ni modo”, se me cerró el mundo un poco y luego duró cerrado por media hora y dije “bueno, a ver, ¿si quieres hacer medicina, si o no, o me voy a otra carrera y ya ni modo, igual y esto es una señal de que esto no es para ti” y dije no “pues la neta si quiero, las otras carreras no me llaman la atención, entonces pues no voy a abdicar, ¿qué tan malo puede ser?”

Y mi papá que siempre había querido que me fuera a San Antonio me dijo “¿por qué no aplicas en San Antonio” y yo “tengo un primo que justo se había ido a San Antonio” y dije “si, ¿cuál es el problema?”, investigué, mandé mails y todo y me dijeron “ah sí, manda tu curriculum, tus calificaciones, todas esas cosas y ya con eso vamos iniciando el proceso y no sé qué” y dije “no pues bye”

Ahora, ¿por qué no otra escuela en Monterrey? pues ¿hay otras?, porque la otra que hay es la UDEM y es muy religiosa y la neta, que hueva, como que se me hace muy... como que no se me hace buena medicina, la otra es la “uni” [Universidad Autónoma de Nuevo León] que es la pública, entran ochocientas mil personas ahí y salen como veinte y el ambiente es muy pesado y la verdad yo soy muy niña para esas cosas y dije “no gracias, voy a sufrir y no quiero sufrir” y la otra está en Monte Morelos y entonces está muy lejos por eso esa no...

Entonces un día llegué a mi casa y mi mamá me dijo “oye qué crees, hablaron del Tec, tienen un propuesta para irte a medicina en un campus nuevo que van a abrir”, yo sabía que el Tec tenía campus México, campus Guadalajara estaba como en proceso, creo que todavía no estaba y ya... el campus Monterrey, ahora en ese entonces, campus México no tenía la carrera completa, entonces tenías que venir aquí [CDMX] a hacer tres semestres y luego ya te regresabas a acabar la carrera, siempre tenías que acabar en Monterrey, entonces abrieron ese mismo sistema en Chihuahua.

Ahora, back ground sobre Chihuahua, toda mi familia es de Chihuahua, toda, mis papás eran de allá, se casaron y se fueron a vivir a Monterrey, para mi Chihuahua era el peor lugar del mundo porque siempre era, vacaciones: Chihuahua y nunca había nada que hacer y yo odiaba ir a Chihuahua entonces cuando salió esto pues yo: “ah, sí claro, al Tec, si tres semestres y me regreso a mi casa, claro, perfecto”, “pero es en Chihuahua” y yo: “aggh, pero ¿es en serio?, de todas las posibilidades habidas y por haber..., no pues lo voy a pensar, la ventaja es que no me va a pesar tanto el cambio por estar con familia, cualquier cosa pues agarro un vuelo y me vengo a mi casa y ya...” entonces acepté y me fui a Chihuahua...

Si bien la solvencia económica les permite a estas familias sobrepasar con facilidad el obstáculo del coste de la educación universitaria, hay otro conjunto de razones que las motivan a optar por ciertas universidades privadas y a rechazar, en el relato de Abigail, una opción pública, la cual es categorizada por ella como una universidad con sobrepoblación y “un ambiente muy pesado”, el cual ella considera no tener la capacidad de afrontar.

En algunos casos, la elección de las universidades se ve motivada por garantizar una continuidad con la educación preuniversitaria, continuidad relativa al disfrute de unas determinadas condiciones, a *estilos de vida*, así como una supuesta calidad educativa a las que las y los alumnos están habituados.

Esto se puede observar en el relato de Emiliano egresado del Tec de Monterrey, residente de Geriatria, hijo de un administrador de empresas y una contadora avecindados en Oaxaca

capital [alto capital económico y alto capital cultural] y cuya familia facilitó que él migrara a Monterrey para acceder a sus estudios universitarios.

Néstor: cuéntame, cuando tú estabas en la prepa, ¿ya estabas en el Tec en ese momento?

Emiliano: No, no, yo estudié en Oaxaca, nada más que estudié en una escuela que tenía primaria, secundaria y prepa, entonces desde que mis papás me metieron a la primera pues simplemente seguí derecho y acabé en esa misma escuela la prepa.

[...]

Néstor: ¿tus padres de alguna manera influyeron en que te fueras a esta área o fueras pensando en la carrera?

Emiliano: no, no

Néstor: cuando pasaste a la universidad, ¿cómo fue la elección, qué papel jugaron tus padres?

Emiliano : para escoger universidad hubo dos factores importantes, por decirlo de cierta forma, el primero fue que mi mamá tenía la ilusión de que sus hijos estudiaran en el Tec, entonces esa fue una, y la otra fue que la prepa tenía convenio con el Tec, entonces nos aplicaron el examen de admisión ahí directamente en mi prepa, entonces pues la verdad es que ellos fueron a la prepa, nos aplicaron el examen y pues pasé y ya no tuve que buscar ninguna otra y mi mamá dijo obviamente pues que “si, está bien”, y pues ya me quedé en el Tec.

Néstor: desde tu perspectiva ¿qué crees tú que motivaba la ilusión de tu mamá sobre el Tec?

Emiliano: pues es una de las mejores si es que no la mejor escuela del país.

Néstor: ok, y ¿tenían alguna preferencia por medicina?

Emiliano: no

Néstor: cuando entraste a la universidad ya sabías que ibas a medicina, me imagino

Emiliano: ah bueno si, o sea, pero digamos en la prepa yo todavía no había pensado qué estudiar y ya hasta el final fue que dije “bueno, voy a aplicar para medicina” y pues apliqué para medicina.

Uno de elementos que resulta interesante notar en los relatos de las y los hijos de estas familias, particularmente de aquellas donde los padres son profesionistas (lo que supondría cierto nivel de capital cultural incorporado y objetivado), es que se les ofrece cierta libertad de elegir la profesión... esta idea podría ser contraintuitiva con el concepto de estrategia de reproducción que he sostenido en esta investigación, en particular con el hecho de que dichas estrategias van más allá de una consideración individual. En realidad, creo que es todo lo contrario, ahí donde existe la libertad de elección es donde en mayor medida se puede observar la operación del sentido práctico, el asociado a las condiciones sociales propias de la posición que ocupa la familia en el espacio social.

En el relato de Diego, residente de una alta especialidad en Cardiología, Medicina Interna, egresado del Tec de Monterrey e hijo de dos médicos especialistas [alto capital económico, alto capital cultural y experiencia en el campo médico], se puede apreciar esta idea.

Néstor: cuéntame sobre cómo elegiste estudiar medicina

Diego: pues no sabía muy bien qué hacer, no tenía ninguna vocación al terminar la preparatoria, y decidí ingresar a ingeniería civil como un medio estrictamente práctico o pragmático para alcanzar un nivel de vida aceptable, pero una vez allí no me sentí cómodo y entonces decidí cambiar a algo más clínico, más humanista, que yo pensaría que iba a ser más satisfactorio a nivel personal y pues me cambié a medicina después de un semestre.

Néstor: ¿qué sabías de esta profesión?

Diego: muy poco, una idea pues fantástica o idealizada de la vida de los médicos, no sabía mucho a pesar de que mis padres son médicos...

Néstor: tus padres nunca te dijeron nada, o quisieron que tu estudiaras medicina

Diego: no me lo dijeron específicamente, aunque ellos yo creo que, sí lo deseaban, pero no hubo una recomendación explícita

Néstor: sobre medicina, y sobre ingeniería, qué te comentaban

Diego: a ellos les parecía muy bien cualquier decisión que yo tomara entonces apoyaron una y luego apoyaron la siguiente.

[...]

Néstor: ¿dónde decidiste estudiar medicina, en qué universidad?

Diego: en el Tec de Monterrey...

Néstor: ¿por qué en esa universidad?

Diego: porque, uno, era lo más sencillo, ya estaba yo ahí, en el instituto de ingeniería civil y porque evaluando las escuelas de medicina de México está entre las primeras tres... es decir, por su alto nivel académico, en teoría, en medicina....

Néstor: tus padres te comentaron algo al respecto de esa escuela o les hubiera gustado alguna otra...

Diego: no, ellos me dejaron hacer lo que yo quisiera, pero yo creo que su recomendación hubiera sido la misma...

Esta relativa libertad al momento de elegir una determinada educación profesional no es otra cosa que el efecto del propio habitus adquirido por las y los estudiantes desde la infancia y, por lo tanto, es un indicio más de la eficacia de dichas estrategias, en particular, de la capacidad de aquel sentido del juego que puede desplegarse sin contratiempos ahí donde las condiciones y los recursos son más o menos estables, ahí donde las disposiciones no sufren de condicionamientos o transformaciones severas.

A quienes han interiorizado y naturalizado desde sus contextos de socialización el principio de que el camino correcto y deseado a seguir es por medio de la educación universitaria, los

padres no tienen que presionar a los hijos e hijas, ellos mismos se encuentran motivados y orientados a reproducir el orden y la naturaleza incuestionada de las cosas (Garfinkel, 1967). Incluso, como se puede observar en el relato de Diego, las y los hijos pueden dar cuenta narrativamente, si se les cuestiona, de los deseos e intereses de los padres.

4.2.1.2 El efecto del capital cultural, el mundo parcialmente al revés

En el relato de Adrián, egresado de la UNAM-CU, residente de Medicina familiar, hijo de dos profesores y altos funcionarios universitarios, se puede apreciar una variación de esta lógica, se trata de en una familia con alto capital económico, muy alto capital cultural, y particularmente de cierta experiencia o incluso tradición (capital simbólico) en el campo médico.

Néstor: ¿Cómo llegaste a la UNAM?

Adrián: Pues, mis padres los dos estudiaron en la UNAM, mi padre da (inaudible) en la UNAM, tuvo puestos administrativos ahí cuando yo estaba creciendo y la verdad como que en mi casa siempre se dio como por sentado que tanto mi hermano como yo estudiaríamos en la UNAM, era como que cualquier otra cosa habría sido lo anómalo en mi casa. Bueno, no sé, quizá si hubiéramos dicho que queríamos estudiar alguna carrera que no esté tan bien vista en la UNAM, que esté mejor en otro lugar, como, no sé si relaciones internacionales o alguna cosa así, quizá se nos habría dicho esa carrera está mejor... pero cuando yo dije “Medicina” este, pues, así como que había consenso en mi círculo que el mejor lugar para estudiar era la UNAM entonces no había que cuestionar mucho.

Néstor: ¿Qué significa eso de “bien visto”? ¿Una carrera bien vista según tu familia o lo que tú crees?

Adrián: Mmm... pues, tiene que ver con el nivel académico y como con él, supongo que con la inserción laboral... digo, mi familia es muy Puma y que les digas que algo está mejor en otro lado, pues, está difícil que lo acepten, pero...

Néstor: ¿Intentaron incidir en la elección de tu carrera o en alguna otra carrera?

Adrián: No, no directamente pero también, la carrera de medicina no causó problemas, creo que indirectamente si hubiera decidido estudiar teatro les habría costado más trabajo aceptarlo y Medicina pues, no les cuestionaba nada.

Néstor: ¿Y tu hermano también estudia ahí?

Adrián: Mi hermano estudió en la UNAM, Física, sí, igual pues...

Este relato es relevante por varios motivos, el primero es que confirma la manera como la libertad de elección de las y los hijos en realidad opera de forma estructurada al interior de los márgenes del habitus, de los principios de visión y de división que son definidos por las condiciones asociadas a la posición que se ocupa en determinada posición del espacio social.

También nos muestra cómo esta elección, casi natural para esta familia, puede devenir en problemática (con el potencial de activar la intervención activa de los padres) cuando se sale de lo que se ha dado por sentado. O por decirlo de otra manera, de lo que se ha institucionalizado y *codificado* al interior de la familia, en este caso, el principio de que ciertas carreras como medicina y física son buenas opciones en la UNAM. Así, Adrián nos narra cómo su familia hubiera intervenido si la elección de la carrera que él hizo hubiera apuntado a alguna otra opción “no tan bien vista”.

Este relato nos permite observar adicionalmente cómo el peso relativo del capital cultural y de otros recursos al interior del conjunto de capitales acumulados por esta familia, invierte el orden de las preferencias o incluso “el orden del mundo”, claro, siempre y cuando no reduzca las probabilidades de cierto éxito en la entrada al mercado de trabajo y al campo médico en su conjunto.

Para esta familia, con una alta dotación de capital simbólico (cierto abolengo) y capital social al interior del campo médico, la UNAM deviene el espacio obligado para garantizar la entrada al campo, y más específicamente, para, a través de dicha institución, lograr el

acceso a aquellas instancias más cercanas a los diversos órganos del Estado. De hecho, como muchos otros y otras aspirantes que comparten una posición homóloga a la de Adrián, él mismo logró acceder sin mayor problema a los grupos de alto rendimiento (PAEA), esto es, a la élite en la formación médica al interior de esta universidad, pertenencia y reconocimiento que le hubieran, de haberlo hecho así, facilitado el acceso a los espacios dominantes del campo y, por qué no, a aquellos donde se puede incidir en la definición de las reglas del campo.

Este efecto del capital cultural y de otros asociados a él, en particular aquella variación que es la experiencia en el campo médico, que se moviliza a través de acervos de conocimiento que en buena medida operan de manera práctica, denota las distancias y profundas desigualdades que cruzan y estructuran este campo.

4.2.1.3 El sentido de la urgencia: siempre va a hacer falta un médico

Así, en el siguiente relato se puede observar cómo la carencia de capitales, y en particular de capital cultural, más allá de si este se manifiesta como experiencia en el campo médico, delimita la manera en que se configuran las estrategias, toda vez que acota y dirige el sentido de éstas.

Néstor: en la preparatoria ¿qué área escogiste?

Samantha: la dos, la que era biológicas y de la salud

Néstor: o sea, tú en ese momento ya más o menos sabías que querías estudiar medicina...

Samantha: no, en realidad creo que igual fue como difícil escoger la carrera, de hecho, me llamaba mucha ingeniería, entonces yo pensaba estudiar ingeniería, de hecho, creo que mi calificación más baja de la prepa fue incluso la de morfo fisiología que era justamente la más relacionada a la salud, entonces nada que ver, y siempre me encantó la docencia. Entonces, la verdad no sabía qué hacer, entonces fui a la que sentía que me sentía un poco más cómoda y que pues también la

mayoría de mis compañeros tomó, o sea por área si, por carrera ya cada quien escogió diferente, pero sí, ése fue mi camino.

Néstor: ok, ¿hubieras escogido otra área que no fuera ésta?

Samantha: si, hubo un momento en el que pensé en área uno, para ingeniería, en área tres, para derecho y en área cuatro por las artes, pero realmente no... mis padres preferían que tuviera una carrera primero formal que a que me dedicara a algo de las artes...

Néstor: antes de entrar a la universidad, ¿qué imagen tenías en general de la medicina?

Samantha: pues realmente... incluso recuerdo que me alegraba de que fueran seis años y medio porque en realidad me gustaba mucho adquirir conocimientos y todo, entonces sería que eso era una parte buena, no lo veía pesado porque estaba muy acostumbrada a estudiar y todo, sin embargo, pues cuando llegué, yo creo que en la prepa me sentía como bastante bien con mi nivel de conocimientos y cuando llegué a la universidad sí fue como de: wow, hay mucha gente, de todos los lugares y pues realmente la mayoría se ha ganado su lugar aquí, entonces sí fue bastante difícil...

Néstor: ¿qué sabías de la profesión?

Samantha: pues realmente yo la consideraba como una de las áreas más nobles, creo que en general, lo que si sabía, era que gustaba realmente ayudar a las personas pero la forma en la que yo pensaba que podía ayudar era como docente, siendo maestra o así, entonces pensaba que pues los médicos era gente muy noble que cuidaba por la salud de las personas que era una de las cosas más difíciles que había y que tenían que aprender muchísimo, muchísimo y pues también que, creo que por ser una profesión muy buena, esas eran mis expectativas...

Néstor: ¿tú cómo te veías a futuro en esta profesión?

Samantha: cuando estaba en la preparatoria yo creo que me quedé más en: “pues quiero como lo más difícil que haya” entonces ahí es donde voy a estar y pues en realidad pensaba que iba a ser como más tranquilo, o sea, que sí iba a estudiar como desde el primer año iba a

tener mucho contacto con pacientes, que pues la verdad pensaba que iba a ser más fácil y pues que en realidad no me lo iba a tomar como... no es que no me lo quisiera tomar tan en serio pero creo más bien no sabemos con qué nos estamos enfrentando, qué es la carga de responsabilidades que vamos a tener, entonces creo que eso como jamás pasó por mi mente cuando iba a la prepa y ya cuando llegué a la carrera sí, entonces mis expectativas sólo eran, bueno sí, voy a estudiar la carrera, va a ser relativamente fácil y pues ya y que se terminaba obviamente con terminar medicina y ya.

Néstor: ¿tus papás que pensaban de la carrera, qué te decían tus papás?

Samantha: pues en realidad creo que todo mundo estaba muy feliz con la carrera que escogí, creo que era lo que querían en parte y pues en general celebraron mucho, igual toda mi familia, pues creo que fui la primera que iba a tener una profesión y que fuera médico pues mucho mejor...

[...]

Néstor: hace un momento me decías que tu elección fue un poco por darle gusto a tu familia, ¿en qué sentido fue esto?

Samantha: pues porque a medicina se le considera una carrera segura, que es económicamente estable, y pues que siempre va a hacer falta un médico, y como no había médico en la familia pues entonces por esa razón

Néstor: ¿alguno de tus padres estaba particularmente interesado en que tu entraras a medicina?

Samantha: mi papá

Néstor: ¿Qué te decía?

Samantha: no tanto qué me decía, sino qué no me decía, entonces era como de “ah, quisiera ser esto”, era muy metida como de cosas de área cuatro, como pintura, como música, como canto y entonces era como: “no, primero una carrear formal, hay carreras muy buenas,

tengo un amigo que es abogado” o pues nos daba indirectas, entonces creía que era lo mejor en su momento...

En el relato de Samantha, médica general, egresada de la UNAM-CU, hija de un peluquero y una costurera [muy bajo capital económico y bajo capital cultural] se puede apreciar cómo la falta de capital cultural, en forma de acervos de conocimiento o experiencia, deviene en la formación de una imagen parcial del ejercicio de la profesión médica (ya que suponía que la profesión finalizaba con obtener el grado universitario, sin advertir que dicha profesión puede extenderse hasta la especialidad, sub especialidad o alta especialidad), imagen que puede afectar sustantivamente (y probablemente de manera negativa) tanto la propia definición de la estrategia educativa como el desempeño a lo largo de su trayectoria formativa.

Así, por ejemplo, pero en sentido contrario, entre aquellas familias que tienen cierta experiencia y conocimiento sobre el campo médico se pueden elaborar estrategias orientadas a garantizar el acceso a las especialidades médicas y, con base en ello, asegurar un mejor posicionamiento en el mercado de trabajo. Ahora bien, conviene precisar, como lo han señalado diversos entrevistados y entrevistadas, que incluso esta experiencia y conocimiento sobre el campo no siempre son del todo precisos o actualizados a los ojos de los y las hijas de dichas familias³¹.

³¹ Este es un fenómeno bastante complejo que merece la pena analizarse en profundidad, en principio, hay que mencionar que las visiones particulares sobre la naturaleza y el funcionamiento del campo médico están determinadas por la posición que las y los médicos ocupan en dicho campo, así como por la posición que estos agentes ocupan en el espacio social en general. Lo que a juicio de las y los hijos que estudian medicina pudiera parecer una distorsión en la visión de los padres, podría responder más bien a un cuestionamiento de dicha visión, cuestionamiento que es posible por el propio cambio en las condiciones y posiciones en el espacio social de las y los propios hijos. Distanciamiento que puede ser causado ya sea por el efecto tanto del cambio intergeneracional como por la propia evolución de la trayectoria social de las familias. Las y los hijos de médicos, en muchos casos comienzan sus propios itinerarios formativos, en una posición social disímil a la de sus padres. Esto podría explicar cómo, en el relato de Carlos, él decidiera estudiar en UNAM-CU y no en UNAM Zaragoza a pesar del interés del padre en este sentido, Carlos posee el conocimiento y entiende las reglas del campo precisamente porque su padre es médico, lo cual le da elementos para identificar las mejores opciones para su formación universitaria. Este tipo de rupturas en los contextos de socialización permite observar la emergencia de momentos de reflexividad, o *tomas de posición* que

En el relato de Carlos, médico general con maestría en investigación, egresado de UNAM-CU e hijo de un médico especialista y de una ama de casa [capital económico medio, alto capital cultural, experiencia en el campo médico], se puede apreciar con relevante claridad discursiva la manera en que las y los hijos de médicos tienen una idea quizá más acabada de las reglas del campo médico, o por lo menos una idea adecuada a su punto de vista, producto a su vez de su posición en el campo médico.

[Preguntándole al entrevistado sobre posibles conflictos con el padre por el hecho de que él hubiese elegido una maestría en lugar de una especialización tal cual lo deseaba el padre]

Néstor: ¿en algún momento te comentó algo, te dijo si deberías hacer esto o aquello?

Carlos: al principio sí se mostró muy renuente con la decisión de hacer investigación, típicamente el médico... bueno, en las escuelas de medicina de aquí nos inculcan que un médico se vuelve exitoso en el momento en que hace una especialidad y termina y ejerce ya como especialista o sub especialista, entonces ver que un médico se vuelca hacia la investigación y es que también en la carrera, en la escuela de medicina, siempre cuando no hace especialidad y se queda como médico general lo tachan de mediocre, “ay, ni ha de saber, no...” y normalmente es parte de este elitismo que hay entre los médicos, entonces al principio si se mostró muy renuente porque cuando yo entré a la carrera tenía la intención de hacer neurocirugía...

[...]

Entonces al principio si se mostró muy renuente, dijo: “no, como es posible, piénsalo bien, ¿de qué vas a vivir?”, “de la investigación, papá” y al final, terminó apoyando la decisión ya ahorita con todo esto que pasó de la maestría y todo lo que ha salido publicado pues está muy satisfecho

son posibles y adquieren su sentido específico en un marco relacional provisto por entramados de vínculos y entre ellos de relaciones de poder. Se podría decir así que las rupturas que dan pie a momentos de reflexividad no sólo devienen de situaciones de inestabilidad sino también de la existencia de conflicto, particularmente de conflicto de intereses.

[...]

Néstor: ¿qué escuela pediste? [Diego estudió el nivel bachillerato en una Preparatoria de la UNAM por lo que tenía derecho al “pase automático” a la Universidad]

Carlos: Ciudad Universitaria, Faculta de Medicina...

Néstor: ¿te quedaste ahí? ¿hubieras escogido otra?

Carlos: No, definitivamente no.

Néstor: ¿pensaste tú o tus padres en estudiar en una escuela privada?

Carlos: no

Néstor: ¿te recomendaron que fueras a CU o que fueras a Zaragoza [el papá es médico egresado de la FES Zaragoza de la UNAM]

Carlos: mi papá quería que me fuera a Zaragoza porque nos queda más cerca, pero le dije que no

Néstor: ¿por qué?

Carlos: porque en aquella época, cuando estaba en la preparatoria siempre decíamos que CU era como el Olimpo al que todo universitario aspiraba y si bien FES Zaragoza sigue perteneciendo a la Universidad, no te da esa sensación, no te inspira ese sentimiento de pertenencia, “estoy en Ciudad Universitaria en la Facultad de Medicina” y eso todavía me sigue emocionando cuando lo digo

Néstor: según tu experiencia, ¿quién va a una escuela privada de medicina?

Carlos: las personas que tienen recursos para poder ir... ah bueno, depende a qué escuela de medicina, porque tenemos escuelas de medicina que están con un nivel muy muy muy muy muy elevado como la Universidad Panamericana a la cual solo pueden ir personas que se pueden dar el beneplácito de pagarla, ahí esa escuela es muy cara pero la formación que te pueden dar, porque también depende mucho del alumno que explote todo el potencial que te puede dar la escuela es increíble, si usted hace un análisis de cuántos especialistas

egresados de Universidad Panamericana hay en Ciudad de México va a encontrar que son muy pocos y es que la gran mayoría los forman para que se vayan a ejercer a Estados Unidos, aquí hacemos el examen nacional de especialidades para acceder a una residencia, en Estados Unidos tienen su propio examen, las universidades públicas y la mayoría de las privadas nos preparan para pasar este examen, el nacional, la UP te prepara para pasar el que se hace en Estados Unidos

[...]

No recuerdo en cuanto está la colegiatura, pero tienen que ver con un punto de vista más capitalista, bueno si usted va a estudiar medicina pues véalo como una inversión, va a gastar mucho en la formación que le vamos a dar nosotros como universidad, pero si usted aprovecha todo lo que le damos en Estados Unidos va a recuperar esa inversión y va a ganar más...

Néstor: y el resto de las escuelas privadas...

Carlos: el resto de las escuelas privadas... hay escuelas que tienen muy buen nivel como el Tec de Monterrey, La Salle o la Universidad Anahuac y nuevamente ahí, a esas escuelas va quien las pueden costear las colegiaturas, son altas pero no tan altas como la Universidad Panamericana, y tenemos otro rango de escuelas de medicina como el Tominaga Makamoto o como la Universidad Saint Luke que tienen carreras de medicina pero el nivel no es tan bueno, entonces ahí terminan las personas que no tienen el puntaje o el promedio para acceder a Ciudad Universitaria o a cualquiera de la UNAM, a la UAM o al Poli pero tampoco tienen para pagarse las universidades top de paga...

Regresando al relato de Samantha, uno de los hallazgos interesantes y que es recurrente en médicos y médicas, hijos o hijas de familias posicionadas entre las clases populares, remite a que sus estrategias toman en cuenta el que la familia pueda garantizar el acceso directo al cuidado de la salud, preocupación que puede ser interpretada en un horizonte primordialmente económico, aunque también como parte de un muy fuerte influjo vinculado al rol de género el cual orienta a las mujeres hacia el cuidado como una actividad

obligada (Skeggs, 2011), rasgo que se puede reforzar, por lo menos en este relato, con el interés alternativo por la actividad docente.

Este patrón se puede identificar también en el relato de Carolina, residente de Medicina Familiar, egresada de la Universidad Veracruzana, hija de campesinos [muy bajo capital económico y muy bajo capital cultural]:

Néstor: ¿Por qué decidió estudiar medicina?

Carolina: Creo que desde pequeña tuve como esa incomodidad de ver a las personas más necesitadas y pues quizá en un afán de ayudar a otros pues me pareció que una buena opción era estudiar medicina. Quizá el impulso más importante era la salud de la familia, mantenerlos, tratar de mantenerlos, pero yo creo que fue más en el sentido de querer ayudar... y pues en cierta forma también el gusto por las ciencias biológicas... y a lo mejor yo creo que desde que iba a la primaria tenía ese gusto por las ciencias naturales, por el cuerpo humano, tratar de este, ayudar un poco a la gente más humilde, y durante el transcurso de la secundaria, la preparatoria a lo mejor tuve otras ideas quizá de hacer algo diferente pero se fue acentuando esa idea cada vez más y finalmente a eso decidí presentar mi examen y como lo aprobé pues seguí el camino

Néstor: Si no hubiera estudiado medicina ¿qué otra carrera hubiera estudiado?

Carolina: Me llamaba mucho la atención lo relacionado al cuidado del ambiente. Yo llevé una carrera en la preparatoria que se llamaba laboratorista ambiental, entonces en ese momento me gustaba mucho pues querer hacer algo por el medio ambiente, pero pues finalmente me dediqué a eso o bien biología también me gustaba mucho, más esa rama a la que me inclinaba...

Néstor: ¿Y usted tenía claro que quería dedicarse en sí a la medicina, ya sabía de qué se trataba, buscó información en el internet, no sé?

Carolina: En la preparatoria fue donde más lo reforcé, antes como que tenía la idea de ser médico... que bonito es mucha... hay que estudiar mucho hay que saber mucho del cuerpo humano, hay que saber

mucho de varias ciencias relacionadas a la química biología y demás, pero pues no tenía como que la idea de qué tan larga era la carrera que tan costosa era, qué tanto implicaba o sea que no nada más era estudiar, o sea, implica muchas otras cosas...

Por su parte, en las clases altas, los relatos sobre las estrategias educativas de las familias remiten discursivamente a una serie de intereses y motivaciones orientadas hacia garantizar una cierta calidad de la formación académica, el prestigio, la obtención de conocimiento o cierta continuidad de un estilo de vida; en los relatos de quienes provienen de las clases populares se puede apreciar de manera indirecta la apremiante presión que impone el satisfacer las necesidades básicas y entre ellas, el acceso a la salud.

Las condiciones (y los capitales) asociadas a la posición de las familias de las clases altas hacen posible la suspensión de la urgencia práctica que orienta a las personas a garantizar los medios de su subsistencia, dando pie quizá, por lo menos en ciertos aspectos de sus imaginarios y de sus dichos, a la emergencia de otros intereses.

El relato de Samantha nos permite observar cómo la presión de dicha urgencia se traduce, en el rechazo de opciones educativas con escaso potencial laboral, prefiriendo en su lugar otras opciones ocupacionales “formales” o productivas. En el caso de Samantha se hace evidente, al igual que en el caso de Adrián, cómo la orientación activa y reflexiva de los padres emerge ahí donde los y las hijas expresan una intención educativa que rompe con la continuidad y el sentido de las estrategias de la familia.

Esta idea se puede identificar también en el relato de Vanessa, residente de Medicina Familiar, egresada de UNAM-CU e hija de una maestra de manualidades y de un chofer [muy bajo capital económico y capital cultural bajo].

Néstor: ¿Por qué decidiste estudiar una carrera, no necesariamente medicina, sino un carrear en general?

Vanessa: Por motivación de mi mamá, por la situación en la que veíamos que en ocasiones no alcanzaba para la comida o para los

gastos, entonces más que nada para una superación, mi mamá decía que si estudiábamos íbamos a tener una mejor calidad de vida.

Néstor: ¿y tu papá no opinaba?

Vanessa: no, mi papá en ese sentido, él nos mandaba a trabajar desde que estábamos chicos, desde los doce años, catorce años, cuestión que mi mamá nunca permitió

Néstor: tu papá quería que trabajaras...

Vanessa: a mí me decía que para qué estudiaba si me iba a casar, eso fue como a los 12 años, ya no quería que estudiara la secundaria, la preparatoria ni la universidad y a mis hermanos les decía que se fueran de franeleros o que vendieran chicles en la esquina para sacar dinero...

Néstor: ¿pensaste en alguna otra carrera que no fuera medicina o estudiaste alguna otra carrera?

Vanessa: contabilidad, estudié técnico en contabilidad en el CCH, en la prepa y pensé en estudiar, contabilidad o biología y medicina... me decidí por medicina.

Néstor: ¿tus padres tuvieron algo que ver en que tu eligieras medicina?

Vanessa: no

[...]

Néstor: ¿Cómo te sentiste los primeros semestres en la facultad?

Vanessa: muy bien, feliz, tranquila, me daba paz saber que estaba logrando, o que estoy logrando lo que había querido.

Néstor: ¿Por qué te sentías feliz?

Vanessa: Cuestión de orgullo, demostrarle a mi papá el hecho de que podía lograr más de lo que él esperaba, lo que él quería, no sé, de por fin... en cierta forma, ya se me había dado el viajar sola desde

Ecatepec hasta acá, cierta forma de independencia, entonces, me sentía orgullosa del lugar donde estaba, por lo que había logrado...

Más arriba, he mencionado que los contextos de alteración de las regularidades pueden dar pie a una ruptura en las condiciones que hacen posible el habitus, favoreciendo con ello, la emergencia de ciertos momentos de reflexividad práctica (Bourdieu, 1999, p. 210 y ss.) donde los y las agentes se tienen que hacer cargo por sí mismas y por sí mismos de la orientación de sus acciones. El conflicto entre intereses divergentes también puede dar lugar a este tipo de rupturas e inestabilidad y, por lo tanto, también a la emergencia de cierta reflexividad.

Si bien la explicitación de conflictos por sí misma conlleva, en no pocas ocasiones, a una ruptura y a una problematización de la actitud natural con la cual se da por sentada cierta naturaleza típica del mundo, es en los conflictos de intereses donde se gestan las condiciones para la generación de ambigüedades que afectan la regularidad y la inercia sobre la que se sostienen los sistemas de disposiciones, así como los principios de visión y de división, que a su vez dan lugar al habitus, produciendo, por lo tanto, la emergencia de momentos de reflexividad.

Este fenómeno se registra en el relato de Vanessa. En esta familia no había una estrategia predominante o única, de hecho, los padres de esta doctora tenían visiones contradictorias y opuestas entre sí. Mientras que la madre favorecía el que Vanessa estudiara y adquiriera una formación universitaria, el padre favorecía lo contrario, prefiriendo que su hija llevara a cabo una estrategia de reproducción social basada en el matrimonio.

De dicho conflicto de intereses se puede deducir cierta confrontación e incongruencia en las condiciones y regularidades sobre las cuales se debería sustentar determinada estrategia familiar (dominante), más o menos unificada y más o menos coherente. Así, Vanessa se ve constreñida a tomar una decisión, aun sea esta el apegarse a los deseos de uno de los padres. Incluso, la narrativa de Vanessa nos muestra como este momento de reflexividad deviene en una afirmación de sí misma frente al padre, un momento (una toma de posición) de explicitación de la identidad personal de Vanessa.

Ahora bien, hay que decir que, así como la emergencia de dicha reflexividad es facilitada por ciertas condiciones y transformaciones estructurales también lo son las oportunidades por medio de las cuales dicha reflexividad influye en el devenir de las trayectorias. Esto quiere decir que la posible influencia que pudieran tener las decisiones o elecciones que las y los agentes realizan en este contexto de reflexividad, están posibilitadas y constreñidas por las condiciones del contexto.

En el relato de Vanessa, el que ella, dadas las condiciones asociadas a la posición social de su familia, hubiese logrado acceder a la educación universitaria y en particular a la formación médica (y que esta “elección” pudiera ser resignificada como una afirmación de sí misma frente a los intereses del padre) fue sólo posible por la existencia de ciertas condiciones, en este caso, el que tuviera acceso una relativamente amplia oferta universitaria (comparada con la que existe en otras entidades federativas) cuyos costos (por lo menos en términos de sus colegiaturas) son nulos o muy bajos.

4.2.1.4 El efecto de la oferta universitaria

Un par de hallazgos relevantes que impactan tanto a las estrategias educativas como a las propias trayectorias de las y los médicos es, por un lado, la disponibilidad de una oferta educativa o universitaria cercana o accesible a su lugar de residencia y, por el otro, la existencia de apoyos económicos o becas educativas que permiten superar algunas restricciones importantes en el acceso a la formación profesión médica.

Mientras que las grandes ciudades ofrecen una mayor oferta de opciones educativas, tanto públicas como privadas, ciertos estados o incluso regiones enteras del país ofrecen un número limitado de opciones a los aspirantes a médicos y médicas, colocándolos frente a la disyuntiva de elegir entre un número limitado de opciones, o incluso de verse obligados a estudiar en la única opción disponible dada la cercanía a sus localidades o la carencia de recursos que les permitan sortear dichas limitaciones geográficas.

Así, el efecto combinado de una escasez de capital económico y una limitada oferta educativa puede determinar las posibilidades de acceso a la universidad en la cual se

formarán los futuros médicos. La carencia de opciones universitarias acarrea importantes repercusiones en la estructuración particular de la trayectoria formativa de las y los médicos y por tanto en su identificación profesional. Este punto quedará más claro más adelante.

Ahora bien, es necesario mencionar que estas limitaciones en el acceso a la oferta formativa activan con frecuencia alternativas migratorias para aquellos que pueden permitírselas. En este sentido, algunos y algunas estudiantes, las más afortunadas, pueden cambiar su lugar de residencia en función de la universidad en la que desean estudiar, como puede verse más arriba en los relatos de Abigail y de Emiliano. En el caso de Abigail, adicionalmente es posible observar el efecto del *capital social* al contar con familiares cercanos a la universidad a la que ella desea asistir, aunque también nos muestra que cuenta con la capacidad de visitar a sus padres sin que esto último represente problemas sustantivos, particularmente en la esfera económica.

La posesión de este capital social puede ser determinante para aquellas familias con carencia de capital económico pues puede marcar la diferencia entre continuar o no con la educación y no solo con la educación universitaria. Esto se puede observar en el relato de Carolina, ya referenciado anteriormente:

Carolina: yo desde que tengo cinco años de edad me separé de mi familia, de mis papás, precisamente para poder seguir estudiando ya que de donde yo soy originaria, de nacimiento, pues era una comunidad muy pequeña y el acceso a la educación estaba a horas de camino, entonces, como teníamos familiares en la ciudad, eh... pues desde que empecé a estudiar me mudé con ellos...

Néstor: ¿con quién vivía?

Carolina: con tíos, las hermanas de mi padre.

Néstor: ¿quién la mantenía a usted?

Carolina: mis papás, o sea ellos siempre se hicieron cargo de mis gastos, sin embargo, ellos vivían en su domicilio rural y yo vivía con la familia de mi papá en la ciudad

Si bien es cierto que la opción migratoria es un recurso utilizado con frecuencia por los y las médicas para resolver la limitación de oferta universitaria hay que mencionar también que la percepción de la situación de violencia que ha enfrentado el país en los últimos años ha devenido en una reconsideración por parte de las familias que restringe y condiciona la puesta en práctica de esta alternativa.

De esta percepción de inseguridad deviene que las y los estudiantes acepten con mayor proclividad opciones universitarias que les permitan mantenerse en el hogar familiar y bajo el cuidado de sus padres, limitando así la potencialidad de las trayectorias formativas.

Aunque este criterio pudiera parecer hasta cierto punto coyuntural hay que decir que la dimensión de la seguridad es un factor que aparece de manera recurrente en los relatos de las médicas, indistintamente de la cohorte analizada.

Garantizar la seguridad personal es un criterio que para las médicas deviene en un elemento a tomar en cuenta no solo al momento de elegir una opción universitaria y, si fuera el caso, decidir si migra o no migra, sino que está presente de manera permanente en cada momento de la trayectoria formativa, al elegir determinada sede hospitalaria para realizar las prácticas clínicas, los servicios por los cuales rotar, el internado o el servicio social; incluso en la propia localidad, suele ser una argumento de gran peso al momento de configurar el itinerario.

Ahora bien, la disponibilidad en la oferta educativa, sobre todo aquella que es gratuita o de muy bajo costo, como lo son las universidades públicas en el Valle de México produce otro efecto que, de la mano con la existencia de becas escolares, permite establecer las condiciones de posibilidad para suspender la urgencia económica que determina las condiciones de las familias de clases populares, facilitando con ello que, en ocasiones, se puedan consolidar o impulsar ciertas rupturas con la propia inercia asociada a la posición social heredada. Esto permite, en el largo plazo, que las y los hijos de estas familias logren trasladarse a una posición distinta a la de su origen social, aun cuando en muchas ocasiones este movimiento sea modesto, no precisamente a las posiciones más restringidas o de

mayor prestigio. No me parece casual que este tipo de perfiles se encuentre con frecuencia entre aquellas y aquellos residentes de medicina familiar, por citar un ejemplo.

El que en esta investigación se puedan captar con cierta facilidad relatos de médicos con restricciones importantes en su dotación de capitales es fundamentalmente producto de la existencia de dichas becas, en el caso de Samantha, o por la mera existencia de una oferta amplia de escuelas que no representan costos importantes, como ocurrió en los casos de Estefanía, Patricia, Samantha, Esperanza y Vanessa.

4.2.2 Las clases medias

Al igual que las familias de las clases altas, las familias de las clases medias estructuran sus estrategias educativas buscando acceder a las universidades que, según sus criterios, les permitan a sus hijos e hijas asegurar el mejor lugar posible en el mercado de trabajo médico, al tiempo que, dichas instituciones les brindan la posibilidad de acceder a la supuesta calidad educativa que ofrecen, “hacer networking”, o simplemente de disfrutar de su *estilo de vida*.

A pesar de que estas puedan ser sus aspiraciones o deseos, es muy frecuente que las propias condiciones asociadas a su posición en el espacio social, particularmente la carencia de recursos económicos adecuados y suficientes, las orille a adecuar sus expectativas al tiempo que las orienta hacia la elección del tipo de educación universitaria que “pueden pagar”, generalmente, universidades públicas o universidades privadas de regular y bajo prestigio, aunque hay que decir que en no pocas ocasiones, el deseo de acceder a las universidades privadas de mayor prestigio/costo empuja a las familias a realizar complejas operaciones de financiamiento, desde la obtención de becas, apoyos económicos familiares o incluso recurriendo al endeudamiento.

Esta situación, coloca a las familias en una confrontación entre las habilitaciones y las restricciones, por un lado, cuentan con ciertos capitales económicos o culturales y, simultáneamente, tienen que encarar el hecho de que dichos capitales son insuficientes.

Estas familias cuentan con ciertos recursos acumulados, por un lado, poseen una dotación moderada y relativamente estable de capital económico el cual proviene de sus propias ocupaciones (que en muchos casos suponen ya la dotación de cierto capital cultural pues son profesionistas). A su vez, dicha posesión de capital económico les permite, entre otras cosas, suspender momentáneamente la urgencia de garantizar la subsistencia inmediata, y así, pueden hacer ciertas inversiones y mejoras en su estilo de vida, etc...

Por otro lado, esta estabilidad económica les permite dotarse de cierto capital cultural, envían a sus hijos e hijas a escuelas privadas y, como parte de la modificación de sus estilos de vida, obtienen acceso también a acervos de conocimiento o formas de ver el mundo a las que de otra forma no lo tendrían.

La presencia de estos elementos habilitadores está siempre acompañada de otros elementos restrictivos inherentes, entre otras cosas, el que la dotación de capitales se encuentra limitada por la propia naturaleza de la ocupación y por lo tanto a expensas de múltiples factores asociados al comportamiento del mercado de trabajo.

Así, las estrategias educativas de las familias de clase media se encuentran estructuradas por el conflicto de verse obligadas a garantizar las condiciones necesarias de su posibilidad, al igual que aquellas familias de las clases populares.

En el relato de Paulina, residente de Geriátrica e hija de una médica general y un ingeniero en sistemas, egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León [capital económico medio/alto y capital cultural medio/bajo] se puede observar el sentido de dicha urgencia.

Néstor: ¿cómo decidiste estudiar medicina? ¿tus papás tuvieron alguna influencia?

Paulina: Fue en parte de los dos, porque yo siempre..., al final de cuentas yo soy hija única, entonces ellos querían que la carrera que yo eligiera fuera algo de lo que yo fuera a sustentarme, porque ve, también algo importante, mis papás son ya adultos mayores y yo cuando era chiquita mi papá ya era mucho más grande entonces él siempre se imaginó que ya pronto iba a fallecer, entonces quería

dejarme como: “sabes que la carrera que tu estudies” sé que vas a vivir de eso, y el concepto de mis papás en ese entonces era, pues el médico gana bien, entonces fue por eso que “estudia medicina, porque siempre vas a tener un sustento” y fuera de eso, siempre me llamó la atención el poder ayudar los demás, entonces elegí medicina.

Lo mismo ocurre en el relato de Nicolás, residente de Medicina Interna, egresado de la Universidad Autónoma de Chihuahua, hijo de un funcionario de un congreso estatal y de una ama de casa [capital económico medio, capital cultural medio/bajo]. En su relato se puede apreciar que la estrategia familiar gira en torno a la explicitada inseguridad de la situación económica del padre y, en consecuencia, a la orientación hacia Nicolás por estudiar una carrera que le otorgue cierta solvencia y estabilidad económica.

Néstor: Cuando estabas en la preparatoria ¿ya sabías que querías estudiar medicina?

Nicolás: Ehh... Sí, estaba dentro de mis opciones, era una fuerte opción, sobre todo, estaba ya un poco más influenciado por mi papá, entonces este... si bien no tenía cien por cierto claro la... haciendo yo un análisis de por qué estudié medicina, está influenciado por mi papá bajo la idea de que como él es abogado y él trabaja en el congreso y ha trabajado mucho en la administración pública, con esto de los cambios de partido, de que llega uno y luego se va otro, este y eso cambia el personal mucho, él nos comentaba a mí y a mi hermano que la medicina te daba una carrera o una profesión un poco más estable alejado de ese cambio tan vertiginoso de la política, entonces, nos decía, sabes que, la medicina, la medicina, la medicina incluso llegó a decirme que si no era la medicina el chiste era que tenía que trabajar y estudiar porque era difícil, entonces lo intenté, intenté, ¿Cómo se llama? Entrar a la universidad y pues fue exitoso, ya después de eso supe que era lo mío... la medicina era lo mío, pero los primeros semestres en la prepa eran influenciados por mi papá ya después fue moldeándose un poco y fue aceptando la idea de que era una buena opción y cuando entro confirmo que sí, efectivamente me gusta...

La naturaleza de esta situación orilla a las familias a adaptar constantemente sus estrategias educativas, ponderando las diversas opciones disponibles, buscando siempre la posibilidad de acceder a aquellas universidades que según su criterio pueden garantizar una buena formación y a través de ella garantizar buenos resultados en el acceso al mercado de trabajo, de esta manera, tanto las familias como los hijos e hijas exploran alternativas como las becas, los financiamientos etc....

Así, es común que las familias de las y los médicos deban adaptar sus expectativas a opciones universitarias adecuadas a la disponibilidad de sus recursos, repitiendo nuevamente la búsqueda de las mejores opciones dentro de este grupo y ponderando no solo aspectos directamente asociados al costo económico de los estudios, sino también aspectos como la cercanía al hogar o las condiciones de seguridad.

Esto último se puede observar en el relato de Romina, residente de Geriátrica, egresada de la Universidad Autónoma de Baja California, quien es hija de dos profesores normalistas que por su situación laboral (directores de escuela) le habrían permitido mantener cierta solvencia y estabilidad económica [capital económico alto, capital cultural medio-alto], Romina relata las distintas adaptaciones que ella y su familia hicieron al momento de definir su apuesta educativa, adaptaciones tanto económicas como de residencia...

Romina: yo desde chica siempre quise estudiar en el Tec de Monterrey, desde que yo tenía como diez años me acuerdo que ese fue uno de los propósitos que pensé y me dije: yo quiero estudiar ahí la universidad... entonces pues una universidad muy cara, muy muy cara, entonces en la secundaria, me entero, investigo todo por internet y veo que hay una beca de excelencia que se da a los que se sacan el primer promedio de la prepa, entonces desde que yo entro a la prepa, día uno, me pongo ese propósito: “me quiero... necesito esa beca, si yo quiero irme para allá a estudiar pues necesito esa beca” porque es una universidad muy muy cara, aparte tendría que irme de la universidad y etc., etc.

Entonces trabajo en eso, este, pero a la mitad, más o menos ya al final, reconsidero, este, lo que durante siete años había sido un

hecho, que yo iba a estudiar, o sea yo iba a estudiar administración, pero ¿cómo lo explico? Si yo iba a estudiar administración yo iba a estudiar ahí, no iba a estudiar en ningún otro lado más, porque las conexiones que hagas en esa universidad, los conocimientos, las oportunidades que iba a abrir esa universidad, no la hay en ningún otro lado, y no quería estudiar administración y terminar como gerente de la pizzería, si me explico, realmente si yo iba a estudiar eso me iba a ir a lo grande, y me iba a ir a una universidad de ese tipo...

Entonces, reconsidero todo eso, veo qué tan viable es ir o no irme a Monterrey aunque yo sabía que yo tenía un buen promedio, no sabía si Monterrey iba a, porque eran ciertas preparatorias las que aceptan como para ese tipo de becas, o sea, no son todas, entonces no sabía si iban a aceptar a mi prepa como para ese tipo de beca, y empiezo a reconsiderar, a reconsiderar y creo que fue cuando hablé con la maestra: “es que yo tenía estos planes o sea, y este, y en el momento en el que ella me dice eso, es como realmente como un cambio de switch, lo que durante siete años me planteé y trabajé por ello toda la prepa, que si pude obtener muy buen promedio, pero al final nada no más fue por perseverancia no fue porque quisiera entrar al Tec... entonces fue en ese momento, no sé, me cambió el switch y empecé a irme por ese ámbito e investigar sobre estas otras universidades que me... en las que pudiera estudiar para medicina y fue así, la verdad es que fue algo muy repentino, fue algo muy muy repentino, fue hasta el último semestre de la prepa, este, y tal vez fue porque dije: “chance y no puedo obtener la beca”, entonces dije los semestres están carísimos, entonces no hay manera que sin beca yo me puede ir para allá, entonces como que reconsideré el hecho de que realmente pudiera obtener la beca y no quería quedarme con una beca de que cuarenta por ciento de beca y endeudarte por veinte años con tres millones de pesos, yo no quería eso, entonces la única manera era esa y como no estaba segura de que me fueran a avalar a la prepa en la que yo estaba me fui por el otro ámbito, entonces esa maestra me dice esto, realmente me abre los ojos de otra cosa que yo nunca había pensado...

Entonces yo empiezo a investigar y me doy cuenta de que, sí es algo que me gustaría, que es algo que va acorde a mi personalidad y estoy a

tiempo de solicitar los exámenes, entonces realmente fue algo muy repentino.

Néstor: en todo eso ¿qué es lo que tu mamá te decía?

Romina: lo que yo quería, siempre ha sido así, lo que tú quieras estudiar: “mamá me quiero ir a Monterrey”, “bueno entonces échale ganas, este trata de conseguir algún tipo de beca o algo y ya vemos como le hacemos... siempre era apoyarme, nunca era como, porque tengo compañeras y mamás de compañeros que he visto que es como: “no, está muy lejos, pobrecita, te va a pasar algo, te van a hacer algo”, no, para nada, mi mamá siempre fue: lo que tú quieras, trata de salir bien, siempre era lo mismo: trata de salir bien en la escuela para que podamos hallar algún tipo de beca y te apoyo en lo que tu necesites... y cuando le dije el cambio de carrera fue igual, entonces: ok, mijita, dónde te quieres ir, que es lo que quieres hacer, cuáles son los planes y así...

[...]

Néstor: y cuando decidiste estudiar medicina ¿no pensaste en alguna universidad privada?

Romina: no, porque si quería... el Tec era por administración, por las conexiones, por los programas, por ese tipo cosas y yo estaba en San Luis, cerca de mi estaba la UABC [Universidad Autónoma de Baja California], me pongo a leer una revista de las mejores universidades de México para medicina y UABC sale muy alta, recuerdo que era el lugar número cinco o algo así, entonces yo dije: achis... y esa universidad que tengo aquí a una hora está tan bien pues dije bueno... porque hice exámenes en tres lugares, hice uno en Mexicali, otro en la Autónoma de Sonora, en la Unison y otro que mi papá me obligó a hacer para la Normal, porque mis papás son maestros y mi papá si fue como que no mijita... ah, bueno, mi mamá siempre me apoyó en todo, mi papá siempre ha sido como que un poquito más miedosito de que no me fuera a pasar algo y así, entonces mi papá se quería ir a la segura conmigo, entonces de que vete a estudiar para ser maestra y nosotros te ponemos, te ayudamos con la plaza y con esto y lo otro, entonces ese examen lo hice para que mi papá estuviera tranquilo... pero neta verdad yo no me quería ir a Hermosillo, estaba muy lejos de

donde yo estaba creciendo, yo estaba creciendo en San Luis [Rio Colorado, Sonora], estamos hablando de ocho horas de distancia, entonces dije ay no, Mexicali me queda a una hora, estoy viendo, me informé y es una buena universidad... porque las privadas cerca de mi área no son buenas para medicina, está Xochicalco que es una muy mala universidad para medicina, es de las últimas, hasta la fecha, UVM no tenía medicina, UVM de Hermosillo tampoco me convencía, entonces de lo cercano que tenía, estaba en buen nivel era UABC y me quedé en UABC por eso...

Algunas de las grandes universidades públicas del país, y en particular del Valle de México, tales como la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional o la Universidad Autónoma Metropolitana devienen entre las mejores opciones para muchos estudiantes que carecen de los medios económicos para cubrir una colegiatura al tiempo que les otorgan la posibilidad de recibir una buena formación profesional, situación similar sucede con algunas de las universidades estatales que son percibidas como escuelas que pueden garantizar resultados equivalentes y en muchos casos superiores a los de buena parte de las universidades privadas en el país, tal es el caso de la Universidad Autónoma de San Luis, entre otras.

Este es el caso de Patricia, residente de Cirugía general, egresada de la UNAM-CU, hija de una enfermera y de un “empleado” [Capital económico medio-bajo, capital cultural medio].

Néstor: tu educación antes de estudiar la carrera había sido en escuelas...

Patricia: hasta la secundaria fue privada, ya la preparatoria y la universidad fue pública...

Néstor: ¿en qué preparatoria estabas?

Patricia: en la prepa nueva de la UNAM...

[...]

Patricia: pues es algo muy extraño porque desde chica yo sabía que quería ser médico, entonces mis papás me dijeron que para estudiar

medicina una universidad era muy caro, entonces que si quería estudiar en la UNAM que era la mejor para medicina... pues mejor asegurar el pase directo, entonces sí, fueron ellos los que me dijeron, sobre todo mi mamá.

A diferencia de las principales universidades públicas del Valle de México, buena parte de las universidades públicas estatales suponen un costo importante por concepto de colegiatura, los cuales aunque no se pueden comparar con los costos de algunas universidades privadas representan un obstáculo considerable para aquellos alumnos que carecen de los recursos económicos suficientes para cubrir dichos costos y otros asociados a su mantenimiento, los cuales se agudizan en muchas ocasiones dado que estudiar en dichas universidades supone un alejamiento del propio hogar familiar.

En esta misma lógica, pero en sentido contrario, para las familias que cuentan con una mejor capacidad económica, la elección de la universidad, mayoritariamente privada y, dentro de este subgrupo, las que cuenten con mayor prestigio y reconocimiento, busca garantizar el mismo criterio general, esto es, el acceso a las opciones que les permitan obtener una buena formación, así como acceso a las residencias médicas, incluso se replica el privilegiar opciones educativas que mantengan a los hijos en el ámbito cercano al hogar familiar.

En el caso de Alondra, egresada de Psiquiatría, que estudió en la Universidad del Noroeste y es hija de una maestra normalista [capital económico alto y capital cultural medio], su madre la induce a optar por una profesión que le permita mantener la situación económica pero que simultáneamente evite los inconvenientes de una profesión que la exponga a la inseguridad predominante en el estado de donde ella es originaria. Este caso es adicionalmente relevante porque para la madre de Alondra, quien según su relato puede incidir con cierta seguridad en que su hija obtenga un espacio laboral al interior del magisterio, la profesión médica es percibida como una opción profesional que le ofrece una estabilidad económica equivalente.

Néstor: ¿Qué carrera querías estudiar tú?

Alondra: Periodismo, quería estudiar periodismo, pero pues no era así como una buena opción para mi mamá, que era la de ingreso fuerte y pues me dio la alternativa de estudiar magisterio o medicina porque era así lo que podía dejarte un buen nivel económico, y pues yo no quería ser maestra porque mi mamá era maestra y me decanté por medicina

Néstor: ¿y qué te decía tu mamá en términos de..., o sea, me decías ahorita que era una cuestión en términos de garantizar un ingreso, ¿qué te decía tu mamá específicamente? ¿qué te comentaba ella de la medicina?

Alondra: nada, o sea en realidad ella como que me decía: “mira tienes esta opción que así o esta opción que es así, simplemente ella estaba preocupada porque pues creo que periodismo, sobre todo en Tamaulipas no es una alternativa muy buena, y nada más me decía: “o estudias o magisterio o medicina, cualquiera de las dos” y yo sabía lo que era el magisterio porque ella está en ese ambiente, y quería algo diferente...

4.3 El costo de la demora en la reproducción social (biológica)

Asociado al costo propio de la educación universitaria, sea esta pública o privada, las familias ponderan entre sus consideraciones la duración de la propia formación médica, pues implica, por un lado, el soporte económico de las y los estudiantes por largos periodos de tiempo, pero también una demora en su integración a la dinámica de reproducción social de las familias.

A diferencia de otras opciones profesionales que pueden ofrecer rendimientos similares sin implicar una dedicación tan extensiva e intensiva de tiempo, la formación médica supone una de las trayectorias educativas más prolongadas, llegando a tomar, en algunos casos, itinerarios que superan los quince años y, esto último, sólo considerando la formación profesional durante su fase universitaria y durante la residencia, a lo que habría que añadir los años que supone la educación previa al ingreso a la universidad.

Para algunas familias, el que las hijas y los hijos opten por una formación profesional que limite su participación en la reproducción económica y social de la unidad familiar supone un hecho de preocupación sobre el cual las madres y los padres buscan incidir activamente, no sólo por el costo propio de la formación sino también por la previsible suspensión (o incluso renuncia) que supone la integración tardía de las y los hijos al mercado laboral, la formación de la unión conyugal o el inicio de la maternidad o paternidad.

Nicolás, el residente de Medicina Interna e hijo de un funcionario del poder legislativo antes citado, comenta en este sentido:

Nicolás: Justo en los semestres anteriores o justo al tiempo anterior a entrar, tengo una plática con un tío y me dice: “¿cuáles son los planes, vas a estudiar medicina, y cuáles son los planes?”, le digo no, pues es estudiar la carrera y luego es estudiar la especialidad, y me dice mi tío: “¿y en cuánto tiempo planeas hacer eso?”, pues ahorita ya casi van diez años, en realidad una carrera con una sub especialidad pues son catorce años de estudio, entonces, cuando yo le dije eso entonces me tildaron de loco, entonces me dice: “quién va hacer catorce años” y todo mundo te decía: “¿y cuándo vas a trabajar y cuándo esto, pues la vocecita de mi papa era de: “síguele, síguele” y los demás te decían: “oye, si es muy exitoso y todo pero es muy matado”...

Es interesante notar que si bien las presiones y consideraciones por parte de los padres se ejercen tanto sobre hijos como sobre hijas, éstas se diferencian y particularizan por género tanto en la insistencia como en el objeto del cuestionamiento, así, a las médicas se les recuerda sobre las implicaciones que el estudiar una carrera profesional de esta naturaleza puede tener en la posibilidad de “casarse y tener hijos”, mientras que para los médicos estos cuestionamientos giran en torno al retraso de la integración al mercado de trabajo, así como el logro de una independencia económica y una cierta respetabilidad asociada a dicha independencia.

El relato de Sara, residente de Geriatría, egresada de la Universidad de Monterrey e hija de un contador y una ama de casa [alto capital económico, capital cultural medio] nos permite

comprender la manera en que las familias llaman la atención sobre aquellas oportunidades a las que se renuncia al estudiar esta carrera:

Néstor: ¿tu familia te comentó algo sobre la carrera, tus padres?

Sara: No, esta la verdad es que ellos siempre estuvieron como muy apoyándome en lo que me gustara, si estaban, así como que, pues me preguntaron qué es lo que quería estudiar y así, pero nunca me presionaron para irme sobre una carrera, incluso mi mamá, en alguna ocasión antes de entrar si me dijo: “piénsalo bien, ¿estás segura?, es una carrera que te exige mucho, muy difícil, que vas a perderte muchas cosas...” entonces si en alguna... no como muy negativa, no muy insistente, pero si me llegó a comentar en alguna o dos ocasiones eso..

Néstor: ¿a qué cosas crees tú que se refería tu mamá cuando ella te decía que vas a perderte muchas cosas?

Sara: pues en parte yo creo que... mi mamá es una persona muy social, entonces yo creo que se refería mucho a eso, a la típica idea de que vas a estar, de que no vas a tener vida social, que vas a estar ocupada y también yo creo que en parte yo creo que el hecho de que una carrera que te consume mucho tiempo y que a veces este pues... lo típico que se espera de una mujer ¿no?, o sea que te cases joven, que tengas hijos joven, y toda esta cuestión, yo creo que también le preocupaba un poco a ella...

Néstor: ok, en el caso de tu papá, ¿cómo fue, él tenía alguna opinión?

Sara: no, bueno pues cuando le dije se emocionó y siempre la verdad es que me ha apoyado mucho todo el tiempo, entonces, realmente solo me apoyó, dijo que en lo que yo estuviera cómoda, este que, era lo que él quería que yo hiciera...

Si bien en ambos relatos, los de Nicolás y Sara, se hace alusión de manera implícita y difusa a una supuesta dificultad propia de la formación médica como un elemento que debe ser considerado, en los relatos recolectados he podido dar cuenta de que esta alusión adquiere una forma explícita y reiterada con las médicas provenientes de familias de clases populares.

En el relato de Julia, residente de Reumatología, Medicina Interna, egresada de la UNAM [capital económico medio, capital cultural medio-alto] e hija de una ama de casa y de un “empleado”, se puede apreciar este fenómeno, aunque en este caso resalta el uso inhibitorio y el cuestionamiento sobre la capacidad y determinación de la entrevistada:

Julia: pues era lo que todo el mundo siempre me decía ¿no?, que era una carrera muy pesada que duraba mucho tiempo y de hecho pues mis tías y así la gente que me preguntaba: “y que quieres ser de grande”, pues siempre me decían: “¿y estás segura?, porque dicen que dura mucho y es muy pesado y que no cualquiera la aguanta” y yo siempre dije que sí, o sea nunca, en ningún momento a pesar de no digamos, obviamente de no entender al cien lo que era la carrera pues nunca me dio miedo, y de hecho esa era una pregunta que me hacían mucho, que si no me daba miedo y lo clásico: “¿y a poco no te da miedo la sangre?” y no realmente no, hasta la prepa ya fue cuando empecé a ver un poquito los planes de estudio para considerar otras opciones por si no me quedaba en la Facultad de Medicina como lo es Iztacala y ahí ya me fui adentrando un poquito más en los planes de estudio, pero pues como yo les digo a todos, pues realmente no sabes lo que es la carrera hasta que ya estás en ella...

Tentativamente, podría suponerse que estos esfuerzos familiares por alertar a sus hijas sobre las supuestas dificultades y renunciadas asociadas a la formación médica, sobre todo aquellos relativos a la formación de la unión conyugal o la maternidad/paternidad responden más a la persistencia de cierta visión sobre el rol tradicional de las mujeres que a una condición de clase.

Esto último resulta problemático dado el registro de una mayor presencia de mujeres en el mercado laboral y por lo tanto con la muy marcada tendencia hacia la feminización de la profesión médica.

De lo anterior se desprenden interrogantes para posibles líneas futuras de investigación, en particular para dar cuenta de la forma cómo las estudiantes de medicina lidian con esta contradicción de orientaciones, en esta investigación solo tocaré el tema de manera tangencial.

4.4 Tácticas: los acervos de conocimiento

Hasta este momento he utilizado el concepto bourdiano de estrategia para ordenar y otorgarle un sentido a los relatos de las y los médicos entrevistados, como ya he mencionado, dicho concepto busca dar cuenta de “cierto fundamento objetivo de las conductas regulares” (Bourdieu, 2007c). En este sentido he tratado de identificar patrones de regularidad entre los relatos que pudieran ser imputados a una serie de posiciones en el espacio social y más específicamente a sus condiciones.

El propio Bourdieu utiliza este concepto para dar cuenta de cómo las y los agentes por medio de su experiencia y exposición prolongada a las particularidades de sus condiciones, son capaces de dominar de manera práctica el sentido de dichas regularidades y de esta manera actuar de forma competente en situaciones similares o futuras. La intención de Bourdieu era facilitar un espacio para las prácticas espontáneas, de la generación adaptativa y la invención estructurada, aunque siempre en el margen interno del sentido.

A lo largo de este capítulo he llamado la atención sobre ciertos indicios que nos permiten identificar momentos de ruptura con las regularidades en las condiciones que ordenan y estructuran por medio del habitus las prácticas y conductas de las y los agentes. Nuevamente esta idea ha sido retomada del propio trabajo de Bourdieu.

Siguiendo a Garfinkel y a Giddens, he llamado la atención sobre cómo en estos momentos de ruptura las y los agentes deben echar mano, aún sea en el marco de la aflicción y la incertidumbre, de las *huellas de sentido* que les proporciona la experiencia para resolver reflexivamente las situaciones imprevistas.

Ahora, haré referencia al concepto de *táctica* de Michel de Certeau (de Certeau, 1999) quien, también siguiendo críticamente a estos autores, nos permite dar un paso más allá y observar la forma como esta reflexividad práctica es *usada* hábil y cotidianamente en el marco de los límites del sentido o, mejor dicho, *con* los límites del sentido garantizar cierto beneficio y la consecución de los intereses propios, para ganar en el juego, sin salirse del juego.

“... debido a su no lugar, la táctica depende del tiempo, atenta a “coger al vuelo” las posibilidades del provecho. Lo que gana no lo conserva. Necesita constantemente jugar con los acontecimientos para hacer de ellos “ocasiones”. Sin cesar, el débil debe sacar provecho de fuerzas que le resultan ajenas.” (de Certeau, 1999, p. L)

Así, la noción de táctica nos permitirá ver como en diversos momentos de sus itinerarios las y los médicos utilizan las propias regularidades y naturaleza pautada del juego, del sentido e interés del propio campo médico, para sacar provecho de éste en su beneficio.

Bajo esta idea, deseo llamar la atención del uso por parte de las y los médicos, así como de sus familias, de ciertos acervos de conocimiento que les permiten en ocasiones sobrepasar y sacar ventaja a las propias condiciones que estructuran al campo médico. Se trata del uso de *saberes sometidos* (Foucault, 1992), saberes paralelos y marginales, ingenuos, los cuales dotan de ciertas capacidades y habilitaciones prácticas (de cierta dotación de *poder*) a quienes los utilizan de manera cotidiana, para fines específicos y locales.

Como ya he dicho, es frecuente que los y las médicas, así como sus propias familias busquen el acceso a las que entre ellos y ellas se consideran como las “mejores universidades para estudiar la carrera de medicina”. En este momento preuniversitario, lo que es definido por las familias como una buena universidad puede variar de manera considerable, casi tanto como las propias circunstancias y posiciones de las familias.

A pesar de ello, en México las y los médicos hacen uso activa y reflexivamente de una serie de criterios más o menos institucionalizados en acervos de conocimiento informal que se transmiten de muy diversas formas, desde arreglos tradicionales, fundamentalmente *narrativas orales*, que jerarquizan las distintas universidades con base en su prestigio y reconocimiento, hasta “rankings” publicados en medios digitales y en “medios de comunicación tradicionales” que valoran y cuantifican diversas dimensiones para definir a las mejores opciones universitarias.

4.4.1 Los acervos tradicionales

Los acervos tradicionales remiten a diversas clasificaciones asentadas en el sentido común que rutinariamente se transmiten bajo la forma de consejos y recomendaciones de familiares o conocidos. Este tipo de clasificaciones con frecuencia agrupan de manera amplia a las universidades en categorías generales y difusas, organizándolas alrededor de conjuntos de oposiciones contrapuestas entre sí.

Dichos acervos califican a las instituciones con base en un supuesto prestigio y calidad asociados a las universidades en general y/o por atributos que no necesariamente corresponden a la formación médica o académica como tal.

Así, en estas narrativas con frecuencia se supone que en términos generales las universidades públicas son de mala calidad, existiendo muy notables excepciones³²,

³² Casos notables, por lo menos para las y los médicos del centro del país, es la controversia sobre la calidad de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, lo mismo que la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí para el norte del país y para la región el Bajío. En estos casos, del mismo modo que aquel criterio que asocia mayor calidad en la formación con las universidades privadas, la consideración sobre una supuesta calidad de la formación médica descansa más en el prestigio, tradición y abolengo, en cierto capital simbólico, de dichas universidades que en un conocimiento claro sobre la naturaleza de la formación médica en estas escuelas.

Por último, hay que enfatizar que los criterios que orientan las decisiones de las familias y de las y los estudiantes tienen una validez relativa, acotada a esta circunstancia y momento de la trayectoria formativa. Si bien hay ciertas valoraciones que trascienden a los distintos momentos de la trayectoria, como por ejemplo cierto sesgo que evalúa mejor a las instituciones privadas (sean escuelas u hospitales), es necesario enfatizar que dichas valoraciones pueden llegar a cambiar e incluso a contradecir tanto lo que piensan las familias sobre las escuelas, como lo que las y los estudiantes consideraban al inicio de su carrera.

Así, por ejemplo, médicos residentes o adscritos quienes ya se han expuesto a un largo proceso de práctica médica, matizan y valoran ciertos aspectos concretos de la formación médica en escuelas públicas al tiempo que resaltan otros de la formación privada, en estos últimos casos es donde ciertas universidades públicas, las cuales tienen una masa importante de capital social o institucional acumulado, cobran mayor relevancia, incluso por sobre la formación privada (supuestamente más teórica y “basada en evidencias”) toda vez que dicho capital institucional les permite a sus alumnos acceder con cierta ventaja relativa a hospitales o institutos donde se obtiene algún tipo de formación o experiencia clínica particularmente valorada.

mientras se asume que las universidades privadas garantizan cierta calidad en la formación y, por lo tanto, mayores posibilidades de asegurar un mejor futuro profesional.

Estas narrativas se materializan de forma concreta en distintos medios, desde consejos y recomendaciones informales que pueden circular entre los integrantes de las familias y amigos hasta la influencia de la publicidad o de los medios de comunicación en general.

En el relato de Julia, la residente de Reumatología, citada anteriormente, se puede apreciar este fenómeno:

Néstor: cuéntame sobre cómo elegiste el área en la Prepa...

Julia: Pues, realmente en mi mente siempre había estado ser médico, de hecho, pues suena medio trillado luego cuando nos presentamos ahí en las clases: “¿Por qué elegiste medicina y demás?”, pero realmente desde que tengo memoria yo le decía a mi mamá que quería ser doctora y pues no sé, me llamaba la atención todo lo del cuerpo humano y precisamente por eso me metí a esa prepa, a la Prepa 9. Pues como mi mamá vio tanta insistencia de ser médico, desde que estaba en la primaria, en la secundaria, pues ella misma también como que empezó a informarse de cuál era la mejor escuela de medicina y pues todo el mundo siempre decía que era la UNAM y, para medicina, pues más, tenía más prestigio. Entonces le comentaban eso a mi mamá, que para que yo entrara a la Facultad de Medicina, que lo ideal era que entrara a algún bachillerato que fuera de la UNAM, ya sea el CCH o las prepas, entonces, por eso tomamos la decisión de ir primero a esa Prepa y pues como realmente fue mi idea desde un principio no tuve ningún problema en elegir el Área 2 que, pues es todo lo relacionado con salud y ciencias biológicas, porque realmente mi objetivo ya estaba marcado desde mucho antes...

[...]

Néstor: me decías que tu mamá sabía de tu interés, ¿ella cómo se informó de esta cuestión sobre la universidad y sobre la preparatoria?

Julia: pues de lo que me acuerdo, y es algo que ya no he hablado con ella después de eso, pero yo recuerdo que lo decía con sus amigas, así,

como con su círculo social y con las mamás de mis compañeros y así que se juntan las mamás, pues comentaban entre ellas los intereses que manejaban pues todos los niños y así entre que una mamá le decía esto y que una conocía a fulanito que su hijo se había ido a medicina, entonces en varias de esas pláticas con sus amigas pues surgió lo de Facultad de Medicina de la UNAM. Y pues realmente también pues porque mis papás son del Politécnico, entonces ellos pues tienen esa idea de que realmente pues tanto UNAM y Poli pues es lo ideal para estudiar cualquier carrera que tú quieras.

En este mismo sentido, destacan de manera particular las opiniones que pueden tener familiares o conocidos, profesionales del cuidado de la salud (no necesariamente médicas o médicos), que pueden orientar la definición de “la mejor opción” con base en sus propias experiencias o criterios.

Esto último se puede observar en el relato de Angélica, residente de Oftalmología, Cirugía general, hija de dos médicos avecindados en la capital de Oaxaca, siendo el padre urólogo quirúrgico y la madre médica general. Angélica estudió medicina en la Universidad Autónoma de Guadalajara, una universidad privada que su familia y, en particular su padre le orientó a elegir.

Néstor: ¿en qué universidad estudiaste?

Angélica: en la Universidad Autónoma de Guadalajara

Néstor: ¿Por qué esa universidad si vivías en Oaxaca?

Angélica: porque nos gustó esa universidad y apliqué ahí

Néstor: ¿tus papás habían estudiado en esa universidad?

Angélica: no, no estudiaron ahí

Néstor: ¿por qué les gustó [a ella y a su familia] esa universidad?

Angélica: porque tenía un buen programa académico, había mucho orden, disciplina y varios de los colegas de mi papá habían estudiado en esa universidad y siempre la habían recomendado y ya...

Si bien en este fragmento de relato se puede apreciar que la definición de la estrategia educativa recurre, al igual que entre aquellas familias que no tienen cercanía con el campo médico, a consejos, opiniones y, en general, narrativas informales que circulan entre los vínculos sociales de la familia en cuestión, también es posible dar cuenta de que incide otro conjunto de criterios que sin ser meramente médicos resultan estructurantes para la práctica de esta profesión.

Para la familia de Angélica, así como para los colegas del padre, resultaba igualmente importante el que en esta escuela de medicina hubiera “orden” y “disciplina”, aspectos que han sido asociados a la dimensión práctica (no siempre explícita) de esta profesión (Clavreul, 1983; Foucault, 1978b, 2006, 2009, 2017b), y que como veremos más adelante, resultan cruciales para la socialización médica.

4.4.2 Los “rankings” y los acervos de conocimiento digital

En los últimos años, las familias de las y los médicos hacen cada vez mayor uso de distintas fuentes de información disponibles en los medios de comunicación, tales como revistas y periódicos, para orientar sus decisiones o, por lo menos, para tener una imagen más amplia sobre el panorama universitario. De esta forma son bastante conocidas las clasificaciones de las *Mejores universidades* publicadas por el periódico *El universal* en sendos “dossiers”.

Por su parte, las y los jóvenes aspirantes remiten en mayor medida a fuentes electrónicas, ya sean páginas de internet o las redes sociales donde circulan todo tipo de clasificaciones tanto formales como informales, recomendaciones y experiencias de otras y otros médicos en formación.

En el caso de las clasificaciones relativamente más formales destacan algunos rankings en los que se clasifican y ordenan a las universidades en función de diferentes criterios o indicadores, siendo uno de sus principales componentes, si no es el que más importante, los resultados anuales del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), así, en estos rankings se ordena a las universidades según la calificación promedio que sus

egresados alcanzaron en el examen, así como el porcentaje de sustentantes seleccionados y/o algunos otros indicadores.

Ranking de las 10 mejores universidades para estudiar medicina en México según el sitio web Saludiaro (Rojas, 2020)

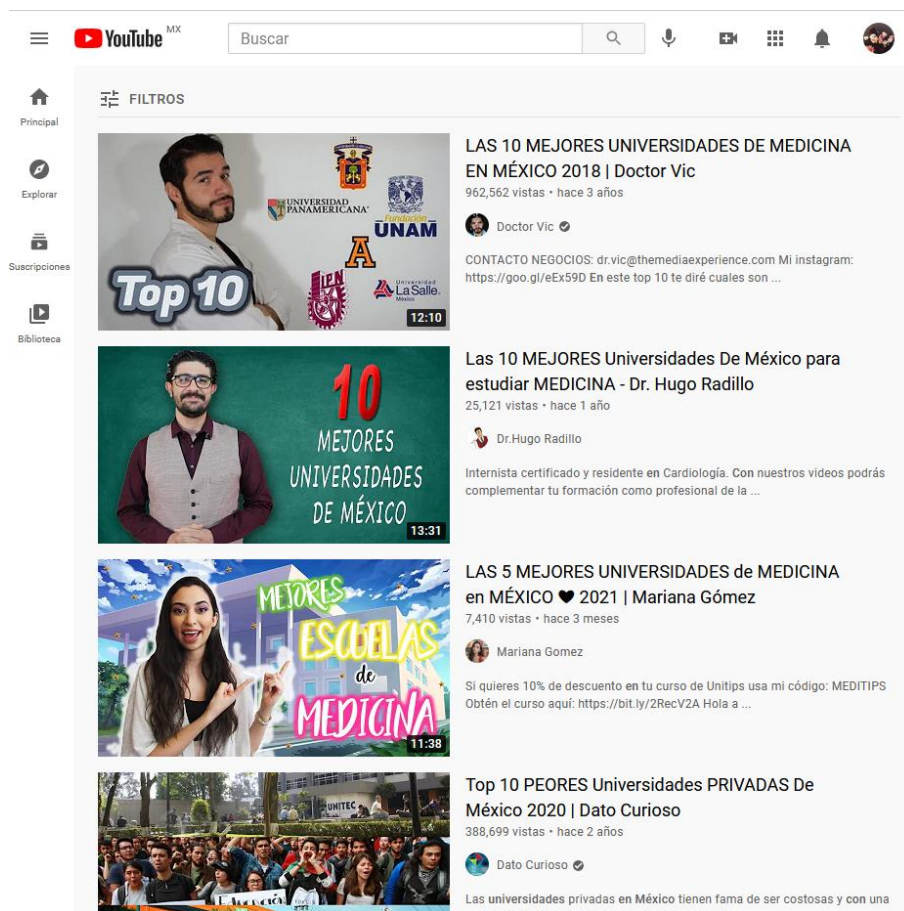
The screenshot shows the Saludiaro website interface. At the top, there is a navigation menu with categories: MARKETING, LEGAL, TECNOLOGÍA, ESPECIALIDADES MÉDICAS, and COLUMNISTAS. The main content area features the article title "Las 10 mejores universidades para estudiar Medicina en México en este 2020" by Rodrigo Rojas, dated 05/20/2020, with 5596 views. The article text discusses the importance of choosing a medical career and lists five general aspects for comparison: 1. Fomento adecuado de investigación desde etapas tempranas de la carrera. 2. Clases impartidas por los profesores y no por los mismos estudiantes. 3. Colaboraciones con universidades extranjeras para realizar intercambio de estudiantes. 4. Promedio general de estudiantes graduados en el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). 5. Satisfacción de alumnos egresados. 6. Opinión de otros especialistas y residentes acerca de la universidad. On the right side, there is a registration form for a newsletter, a section titled "LO MÁS RECIENTE" with two recent articles: "Las 5 vacunas contra la Covid-19 aprobadas por la OMS ordenadas por su eficacia" and "El consumo de bebidas azucaradas duplica el riesgo de cáncer colorrectal".

Es de resaltar que la creación y actualización de estas clasificaciones y, en general, de estos acervos de conocimiento digital son un fenómeno que se replica a lo largo de la trayectoria formativa de los estudiantes de medicina. Así, se pueden identificar fuentes de información en las distintas redes sociales donde las y los médicos comparten no solo sus experiencias en dichas universidades sino también en las diversas sedes hospitalarias por las que ellas y ellos deberán “rotar” a lo largo de su carrera como parte de su formación clínica.

Más allá de si estas clasificaciones reflejan de manera objetiva la calidad de la formación ofrecida en estas universidades considero que logran evidenciar y objetivar de manera clara

los principios de ordenación operantes en el campo. Según dichos principios, por lo menos en lo tocante a los intereses, las mejores opciones universitarias son aquellas que potencien las posibilidades de acceso a las residencias médicas, lo cual hasta cierto punto nos da algunos indicios de uno de los *intereses* que dotan de sentido y estructuran al campo médico.

Videos sobre las mejores universidades de medicina en YouTube



The screenshot shows a YouTube search results page for the query 'LAS 10 MEJORES UNIVERSIDADES DE MEDICINA EN MÉXICO'. The page displays four video thumbnails with their respective titles, view counts, and upload dates. The first video, 'LAS 10 MEJORES UNIVERSIDADES DE MEDICINA EN MÉXICO 2018 | Doctor Vic', has 962,562 views and was uploaded 3 years ago. The second video, 'Las 10 MEJORES Universidades De México para estudiar MEDICINA - Dr. Hugo Radillo', has 25,121 views and was uploaded 1 year ago. The third video, 'LAS 5 MEJORES UNIVERSIDADES de MEDICINA en MÉXICO ♥ 2021 | Mariana Gómez', has 7,410 views and was uploaded 3 months ago. The fourth video, 'Top 10 PEORES Universidades PRIVADAS De México 2020 | Dato Curioso', has 388,699 views and was uploaded 2 years ago. The page also shows a search bar, navigation icons, and a sidebar with options like 'Principal', 'Explorar', 'Suscripciones', and 'Biblioteca'.

Es de resaltar que en dichas clasificaciones destaquen como las mejores opciones un conjunto de universidades privadas y solo algunas universidades públicas, lo cual reproduce nuevamente los criterios que de manera informal circulan en el campo médico.

En todo caso, hay que decir que estos conocimientos paralelos, irregulares y hasta cierto punto subordinados son saberes que, aunque reproducen criterios dominantes, son utilizados activamente por las y los jóvenes médicos y sus familias para mejorar o incluso diseñar los esbozos de sus estrategias educativas.

4.4.2.1 La hipótesis sobre el ENARM

Se podría decir, de forma hipotética, que estas clasificaciones e incluso la creencia prevaleciente entre las y los médicos sobre la calidad de las universidades en buena medida es el producto concreto de la existencia y operación del examen nacional de residencias médicas (aunque podría argumentarse que en última instancia son el reflejo del entendimiento práctico de cómo opera el juego de la demanda y la oferta de las especialidades médicas, las cuales a su vez son los medios para acceder a las posiciones dominantes del campo médico).

La importancia de dicho examen, entendido como la institucionalización de un mecanismo de selección y restricción social (principio de *numerus clausus*) impuesto por el campo y/o por la profesión a las especialidades, ha tenido tal impacto en el reordenamiento del espacio y la dinámica de las universidades, que buena parte de ellas, sobre todo las privadas, han orientado sus esfuerzos no sólo a formar buenos médicos, sino también a preparar a las y los estudiantes para acreditar el examen y garantizar con ello una posición en las residencias médicas.

El impacto de la existencia e institucionalización de este examen es tal que las y los médicos, una vez que han logrado el acceso a sus universidades, comienzan a modificar sus estrategias y sus tácticas de tal modo que puedan maximizar sus oportunidades para adquirir más y más conocimientos, particularmente teóricos, en detrimento de la adquisición de otras habilidades prácticas necesarias para desempeñar su formación.

De esta forma, algunas universidades en colaboración con los hospitales (principalmente los privados) buscan que sus alumnos reciban la mayor cantidad posible de “enseñanza”, o sea, de conocimientos teórico/clínicos, al tiempo que cumplen con los requerimientos mínimos de adquisición de habilidades práctico/clínicas.

Algunos y algunas estudiantes buscan, ahí cuando las condiciones formativas no lo permiten (sobre todo cuando se es estudiante de universidad pública y se rota por hospitales públicos), la manera de maximizar las oportunidades de adquirir una mayor y mejor

enseñanza, por ejemplo, evitando ciertas sedes hospitalarias (las que más demanda de trabajo práctico requieren) o evadiendo ciertos tipos de servicio social como la práctica médica en comunidades apartadas.

Es común también que las familias de las y los médicos con frecuencia destinen una cantidad importante de recursos para financiar cursos de preparación para el examen, aunque también existe todo un abanico de opciones para la preparación autodidacta por parte de los estudiantes que desean acceder a las residencias médicas.

Conclusiones

En este capítulo he intentado mostrar la forma específica en que las familias de los y las médicas eligen aquellas universidades que según sus propios criterios son las más adecuadas para la formación profesional de sus hijos e hijas. Según lo expuesto hasta ahora, dicha forma varía en función de la posición que las familias ocupan en el espacio social y, en particular, según la posesión o carencia de un conjunto diverso de capitales tales como el económico, el cultural, el simbólico y de manera especial, la experiencia en el campo médico.

Un hallazgo importante de este capítulo remite al efecto que la disponibilidad o la restricción de oferta educativa tiene en la estructuración de la trayectoria formativa y profesional de las y los médicos. Que las y los estudiantes tengan opciones universitarias en sus localidades de origen puede jugar un papel determinante (sobre todo si se carece de una buena dotación de recursos) en la manera en que ellas y ellos aprenden el oficio de la medicina y, en última instancia, en el proceso de identificación profesional. Como veremos más adelante las implicaciones de este fenómeno se pueden trasladar de manera análoga a la oferta hospitalaria a disposición de los y las estudiantes, con efectos igual o más importantes incluso que aquellos atribuidos al tipo de universidad a la cual se tiene acceso.

Otro resultado relevante es el papel que juegan los acervos de conocimiento en la manera en que las familias definen su apuesta educativa. Hemos visto que las familias, así como sus

hijos e hijas utilizan distintas fuentes de conocimientos a modo de tácticas que les permiten sacar ventaja de las diversas situaciones que enfrentan a lo largo de su trayectoria. Veremos más adelante que esta idea es de suma importancia para comprender la manera en que las y los agentes producen y reproducen de manera reflexiva aquellos contextos estructurales que dotan de sentido a sus prácticas cotidianas en el marco de su ejercicio profesional al interior del campo médico y, por lo tanto, bajo y con las reglas de dicho campo.

He mostrado también como estas familias estructuran estrategias educativas cuyo principal interés es garantizar un posicionamiento favorable en el mercado de trabajo y con ello, en el largo plazo, sentar las bases de su propia reproducción social, entendida esta última como una búsqueda por mantener o mejorar la posición que originalmente ocupaban en el espacio social.

Desde ahora conviene mencionar que este interés específico es el que anima a las estrategias educativas concebidas en el seno familiar y no necesariamente será este mismo el que oriente las prácticas de las y los médicos durante resto de la trayectoria formativa y profesional.

Una de las hipótesis que sostengo en esta investigación, la cual será explorada en los próximos capítulos, es que los intereses que estructuran a las estrategias y a las prácticas de los agentes en general van cambiando en la misma medida en que las y los jóvenes médicos van ocupando nuevas posiciones durante su itinerario formativo y profesional.

Esta redefinición de intereses puede ser explicada por un reposicionamiento de las y los médicos en espacios y circunstancias que operan con sus propias reglas y marcos de significado y por lo tanto con sus propios intereses específicos.

Esta hipótesis busca contribuir, por lo menos en parte, a responder a la inquietud indicada en la introducción de este capítulo, cuestionamiento que remite a la indagación sobre la forma cómo el origen social influye en las trayectorias formativas de los médicos. Como veremos después, el reposicionamiento correlativo al ingreso al campo médico supone también un cambio o, recurriendo a una analogía, una *traducción* de los efectos del origen

social, traducción que implica por sí misma una transformación en relación con las propias reglas de dicho campo.

Ahora bien, esta traducción, no representa una ruptura radical o total con el efecto que tienen el origen social sobre las y los médicos, de hecho, se mantiene una especie de inercia que es articulada y reordenada precisamente por el tipo de universidad elegida durante el diseño de las estrategias educativas. Así, las universidades, por lo menos en lo tocante a las trayectorias de las y los médicos son instancias de reconversión de capitales y de intereses.

La elección del tipo de universidad o incluso el campus o plantel específico supone, a posteriori y a modo de una consecuencia no buscada intencionalmente, el aprendizaje e interiorización de cierto *estilo de práctica médica*³³ característico tanto de las escuelas como de los hospitales entre los que transcurre el proceso formativo de las y los médicos.

Registrándose así, a muy grandes e imprecisos rasgos, una correspondencia entre determinados estilos de medicina y las diversas formas como se pudieran clasificar las condiciones asociadas a la posición en el espacio social. Ahora bien, hay que decir que no se trata de una traducción automática en la que la correspondencia entre posiciones y estilos sea unívoca, diversos factores operan para que esto no sea así.

³³ Si bien esta noción quedará gradualmente esclarecida en secciones y capítulos subsecuentes, puedo decir por el momento que me he inspirado en la obra de Max Weber y en la recuperación que de este autor hacen sociólogos como Anthony Giddens, Pierre Bourdieu y Richard Jenkins para denotar patrones observables de prácticas sociales (Jenkins, 1983, p. 41 y ss.), patrones cuyo origen y distinguibilidad pueden ser explicados por condiciones situacionales específicas o por ciertos atributos compartidos, así se puede hablar, por ejemplo, de que quienes ocupan una posición común en el espacio social despliegan un conjunto de prácticas, preferencias y puntos de vista similares y en ocasiones compartido. En el caso de los estilos de práctica médica se puede decir de manera general que todas y todos los médicos por compartir una formación profesional más o menos común y celosamente estandarizada desarrollan un cierto estilo de práctica profesional que los distingue del resto de las ocupaciones. Lo mismo ocurre al interior de esta profesión, cada especialidad posee cierto estilo, siendo posible especificar el nivel de observación para denotar patrones distinguibles entre tipos de institución: públicas/privadas, y así dentro de las públicas, por ejemplo, se puede distinguir el estilo de las y los médicos del IMSS vs los hospitales de la Secretaría de Salud federal, llegando incluso a distinguir dentro de una institución y especialidad estilos propios de un hospital singular en contraposición con otro.

Tampoco se debe suponer que dada esta traducción se genera una separación tal que impida la influencia de un espacio sobre el otro, en realidad se trata de una autonomía relativa, en la que en no pocas ocasiones se registra la influencia sobre todo del origen social, esto es, de la disponibilidad de capitales, sobre la posición que se adquiere al interior del campo médico.

Un ejemplo muy claro de este fenómeno puede ser el impacto que un conjunto de privilegios o privaciones acumuladas tiene sobre las y los estudiantes al momento de comenzar la carrera universitaria, en donde se marcan grandes distancias entre quienes saben inglés y quienes no, toda vez que supone una diferencia estructurante no solo en el nivel de comprensión que se tiene de los contenidos de aprendizaje sino también por las implicaciones que tiene en la economía y la gestión de los tiempos de estudio, otro ejemplo rotundo, por su materialidad y por el impacto profundo que tiene, en la adquisición de disposiciones corporales es el acceso a instrumentos de trabajo básicos como lo puede ser determinado tipo de estetoscopio; poseer un estetoscopio Littman (significativo por su costo y calidad) puede representar (sobre todo para quienes comienzan con la formación) la diferencia entre escuchar o no escuchar al momento de la exploración clínica y todo lo que ello implica para el desarrollo, en el largo plazo, de las habilidades de diagnóstico clínico y, por lo tanto, en la vida y la calidad de la atención médica de las y los pacientes.

Estas últimas ideas representan una parte de la justificación de por qué extender el análisis del proceso de identificación profesional hasta las instancias familiares cuando convencionalmente en la bibliografía especializada solo se considera ya sea la educación universitaria o la formación hospitalaria. Si no comprendemos el efecto del origen social y en particular las apuestas que están en juego, corremos el riesgo de no comprender el sentido y la lógica que anima a este orden social con el que se enfrentan las y los jóvenes médicos a lo largo de su trayectoria formativa.

5. Primeros años de la formación del médico y la médica general

Introducción

Este capítulo tiene por objetivo dar cuenta de los primeros años de la formación profesional de las y los médicos, los cuales, como veremos, se encuentran caracterizados por un conjunto de desplazamientos que llevan a las y los estudiantes a abandonar el ámbito familiar para acceder al espacio universitario primero y, posteriormente, ingresar de manera parcial al espacio hospitalario. De esta forma, este capítulo busca responder a una serie de cuestionamientos relativos al efecto que tiene sobre el proceso de identificación profesional la asimilación de dos hipotéticos acervos de sentido: el conocimiento médico especializado y los acervos de saberes, habilidades y disposiciones que las y los estudiantes comienzan a adquirir por medio de sus experiencias al interior del ámbito hospitalario.

En este sentido, este capítulo busca dar cuenta también de las implicaciones que suponen los desplazamientos por sí mismos. Sostengo, que la trayectoria formativa de las y los médicos se encuentra estructurada alrededor de una serie de transiciones entre etapas más o menos institucionalizadas (Hughes, 1971a), momentos de la trayectoria marcados por condiciones y lógicas en ocasiones muy diferenciadas entre sí que obligan a las y los médicos a realizar un trabajo constante de adaptación y asimilación a dichas condiciones y por lo tanto a desarrollar una cierta identificación (no necesariamente consciente).

El paso por cada una de estas etapas supone para las y los médicos la necesidad de interiorizar una serie de conocimientos, habilidades y acervos de disposiciones sobre los cuales se estructura la propia identificación personal y, posteriormente, profesional de las y los médicos, toda vez que es gracias al dominio práctico de estos acervos que las personas pueden distinguir de manera práctica quiénes son y el lugar que ocupan en determinado espacio social y, por lo tanto, actuar de manera competente frente a las diversas situaciones a las que las personas se enfrentan en su día a día.

Hay que decir que dicha interiorización en no pocas ocasiones ocurre de manera problemática toda vez que supone sendas dislocaciones de los marcos de sentido a los que las y los médicos se han habituado en momentos previos de su trayectoria, generando así profundas *crisis de sentido* (Berger & Luckmann, 1997) que pueden generar incluso serios cuestionamientos a su identidad personal (Giddens, 1997, p. 51 y ss.), así como un cuestionamiento reflexivo de sus proyectos, intenciones y razones.

De esta forma, en este capítulo me he enfocado en analizar algunos de los *puntos de giro* por los que transcurren las trayectorias formativas y profesionales de las y los médicos. Analizar dichos puntos de giro tiene una relevancia particular, por un lado, como ya he dicho, nos permite observar el efecto la duración y cambio de un conjunto de *etapas* o *ciclos* institucionalizados de la biografía de las personas (Hughes, 1971a) y, como tal, dicha transición y cambio en los patrones de vida puede ser una ocasión especial interesante para *problematizar* la naturaleza de ese orden institucionalizado que se da por sentado en otros momentos del itinerario biográfico, así, podemos ver a las personas en una circunstancia que las coloca ante necesidad de aprender y dominar una nueva *forma de vida*, condición que no en pocos casos requiere del despliegue de la reflexividad de los individuos para definición y negociación de la naturaleza de la *situación*, para la toma de decisiones (Négroni, 2012). Ahora bien, una característica aún más interesante de los puntos de giro es que dichos puntos de giro permiten identificar rupturas y discontinuidades en los procesos (Abbott, 2001, p. 140 ss.), más precisamente, cambios que son pueden implicar a bifurcaciones de impredecibles resultados en las trayectorias vitales de las personas.

Enfatizo que he mostrado sólo algunos de estos puntos de giro, aunque en realidad, en el itinerario de estos profesionales este es un rasgo que aparece de manera constante. En este sentido, puedo decir que elegí mostrar dos puntos de giro especialmente relevantes, porque cada uno de ellos supone un paso necesario sin los cuales no puede existir una integración al campo y la profesión médica.

Los médicos, para ser reconocidos como médicos profesionales, deben demostrar que han interiorizado, primero, un conjunto de conocimientos especializados sobre los cuales se desarrolla un punto de vista médico que los hace técnicamente competentes y después un conjunto de habilidades clínicas que sólo se pueden adquirir mediante la experiencia práctica del trabajo al interior de los hospitales. De ahí la relevancia de rescatar estas transiciones.

5.1 La experiencia universitaria

Los primeros años de la formación profesional médica, con relativa independencia del tipo de escuela médica donde ésta se reciba, están caracterizados por una formación escolar intensiva (universitaria) en la que los y las estudiantes son expuestos a un conjunto abstracto de conocimientos básicos que a juicio de este grupo profesional son el fundamento y núcleo necesario de su práctica profesional.

Típicamente, se trata de aspectos de conocimiento que van desde áreas más o menos generales hasta áreas que, aunque siguen siendo bastante teóricas y abstractas, se encuentran más vinculadas con la práctica clínica de esta profesión, así se pueden encontrar asignaturas tales como Biología celular, Histología y Genética molecular o como la Bioquímica, Anatomía, Embriología, Fisiología, Farmacología y Toxicología, Salud pública y comunitaria, Promoción de la salud, Nutrición, Psicología y Propedéutica médica, entre varias más.

Néstor: decidiste entonces irte a la UABC, ¿cómo está estructurado el plan de estudios de esta universidad?

Romina: Son siete años, cinco años de universidad escuela, un año internado, un año de servicio social. Estos cinco años, los primeros cinco meses es etapa básica que son materias básicas: microbiología, fisiología, química, bioquímica, ese tipo de cosas, etapas clínicas: que son los últimos dos años y medio que es este ya clínico, derma, radiología, ya especialidades, por así decirlo, desde el segundo año empiezas a ir a la escuela en la mañana a tomar clases normales de químicas y cosas así más básicas, y en la tarde vas a clínicas, a los hospitales cercanos, IMSS, ISSSTE, Salubridad, a consulta, básicamente como de medicina familiar ya entrando a la etapa disciplinaria que es la etapa clínica tienes clase de derma en la mañana y tienes clínica de derma en la tarde, tienes clases de cardiología, tienes clínica de cardiología en la tarde, después de la etapa disciplinaria llevas materia y llevas la clínica en un hospital con un cardiólogo y así es hasta décimo semestre...

Aunque es posible identificar algunas variaciones en la forma como se transmite este conocimiento³⁴, en general, se trata de un momento en la trayectoria formativa de las y los

³⁴ Son conocidas y simbólicamente relevantes las diferencias que se establecen entre las y los médicos que provienen de escuelas de medicina que han optado por modelos de enseñanza alternativos. Diferencias que son calificadas casi siempre de manera negativa entre las distintas facciones que componen a este grupo profesional, afectando así a quienes se han formado en programas como, para el caso del Valle de México, los que ofrecen la Universidad Autónoma Metropolitana en Xochimilco, o la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, los cuales tienen una estructuración curricular “modular” y no “por asignaturas” como el resto de las escuelas de medicina del país; dicha estructuración modular, expone a las y los alumnos a una experiencia de aprendizaje fundamentalmente clínica (práctica), en “el primer nivel de atención”, desde etapas muy tempranas de la formación profesional. Un caso extremo, aunque por motivos parcialmente distintos, ocurre con la formación que reciben los médicos cirujanos homeópatas de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional (Fernández, 2002).

Otro ámbito en el cual, a juicio de las y los médicos entrevistados, difiere la formación médica universitaria es la forma concreta en que se configura dicha formación, la ausencia o presencia de ciertos recursos didácticos (como por ejemplo, cierto tipo de espacios de *simulación clínica* donde las y los jóvenes pueden practicar la atención a “pacientes” inanimados), puede modificar la manera como son entrenados, lo mismo ocurre con la forma específica en que se imparten ciertas áreas de conocimiento tales como la anatomía, ya sea mediante la disección de cadáveres o por medio de medios indirectos.

Por último, un ámbito en el cual varía ampliamente la estructuración de “planes de estudio” es el entramado de materias optativas o suplementarias, que incluye desde cursos de “investigación biomédica” y “desarrollo de habilidades docentes en medicina” hasta “cultura de la calidad”, “liderazgo” y “antropología teológica”. No ha sido parte de mi objetivo atender con detenimiento al

médicos que interiorizan un conjunto de acervos de conocimiento especializado³⁵, marcos de significado y de experiencias comunes que influyen de manera importante en el proceso de identificación profesional de los y las médicas. Se trata así, de una base común para la identidad profesional.

Néstor: cuéntame un poco de los primeros semestres de la universidad.

Diana: la carrera dura nueve semestres, bueno, en mi escuela dura nueve, y los primeros cuatro se llaman ciencias básicas, ahí aprendes todo lo relacionado con histología, embriología, fisiología, anatomía, o sea todos los pilares de la medicina, biología, procesos moleculares, cosas más de libro, no ves pacientes, o sea, el chiste es que tú aprendas todo sobre cómo funciona normalmente y de dónde viene para que tú lo puedas aplicar en los siguientes semestres que ya son clínicos y pues esos primeros semestres había cosas fáciles, no sé, fáciles de comprender y había otros que si decía ay, qué es esto, y si le tenía que dedicar más tiempo, por lo mismo, como ya era una carrera que tenía que leer mucho, tenía que... no solo memorizar, sino entender, porque algunos exámenes eran orales, etc...., y aparte, generalmente en medicina tú das la clase, entonces pues tienes que saber cómo expresarte, pues entender más, porque si no, de qué sirve que le des la clase a tus compañeros si tú tampoco estás entendiendo, entonces pues si le tenía que dedicar más tiempo y si, cuando le digo que pasé como un trance de... pues ya no salía tanto, ya no le

efecto conjunto de estas diferencias en la educación médica, sin embargo, considero que se deben tener en cuenta, tanto para comprender a cabalidad la experiencia y el momento universitario como el efecto de posibles sesgos en la interpretación. En este último sentido, yo doy por supuesto que estas variaciones tienen un efecto marginal, pues al final prevalece el efecto unificador e integrador del conjunto de conocimientos fundamentales de esta profesión.

³⁵ Vale la pena mencionar que este conocimiento especializado es un patrimonio sobre el cual la profesión médica sostiene un férreo monopolio. Para esta profesión, las *credenciales* escolares emitidas por las universidades certifican la posesión y la competencia en la visión del mundo médico, devienen en un requisito necesario para el ingreso al mercado de trabajo, el cual, por cierto también se encuentra controlado por la profesión médica (Freidson, 1978, p. 39 y ss. , 1988, p. 63 y ss.). El reconocimiento profesional de la posesión de la “mirada médica”, de este conocimiento especializado, deviene en un criterio social de *distinción* en la medida en que habilita a quienes son oficialmente reconocidos como sus poseedores para ejercer ocupacionalmente como parte de la profesión médica. Esta distinción, por sí misma, deviene en un elemento constituyente de la identidad médica, toda vez que define una forma particular de ser y estar en el mundo.

dedicaba el tiempo a otras actividades, o sea solamente era como de: estudiaba, iba al gimnasio, regresaba a hacer tarea y luego me dormía, pues tienes que llegar temprano a la escuela y así, la verdad es que era una rutina muy marcada...

La relevancia del conocimiento adquirido durante el momento escolar remite a que se trata de un código básico, a un lenguaje (con su propia gramática) que implica en sí mismo una forma de ver el mundo, una “mirada” (Foucault, 1978a; Menéndez, 2005), por medio médico de la cual, las y los médicos dotaran de un nuevo significado al mundo al así como su posición y actividad en él.

Este conocimiento crea un nuevo marco de entendimiento en cual se redefine y ajusta la naturaleza y funcionamiento del mundo, pero, sobre todo, delimita la manera como las y los médicos deben comprenderlo y actuar en él, en este caso, a partir de la atención de las enfermedades (Good, 1994, p. 65 y ss.).

“Desde la perspectiva biomédica las enfermedades son entendidas como anomalías biológicas o psicobiológicas que afectan las funciones o estructuras del organismo humano y que se expresan mediante signos y síntomas. Los signos son, según el propio aparato conceptual biomédico, aquellas evidencias objetivas de la enfermedad que son perceptibles por le profesional de la salud: eczemas, abultamiento de abdomen, tos, etc., o las represiones producidas tecnológicamente mediante analíticas o técnicas de imaginería (tomografía axial computarizada o TAC, resonancia magnética nuclear o RMN, etc.). Los síntomas, por su lado, consisten en aquellas expresiones del paciente que revelan, mediante su existencia, algún tipo de disconfort o malestar físico o psíquico. El objeto de la biomedicina es resolver los problemas de las anomalías restituyendo el equilibrio biológico de organismo o paliando, al menos, algunas de sus expresiones”. (Martínez, 2008, p. 50)

Esta *visión del mundo médico* crea gradualmente, en la medida en que las y los médicos se van incorporando en ella, sobre todo, a su forma objetivada, a los contextos prácticos de la actividad y conocimiento médico, una inteligibilidad que les permiten orientarse y actuar de manera competente al tiempo que dota de sentido a su proceder.

Néstor: Algunos médicos me han comentado que justamente en estos primeros semestres, tanto en el TEC como en otras escuelas y, en general, en la carrera de medicina, son muy abstractos, que no tienen sentido para ellos, que no le ven aplicabilidad... ¿Ese fue tu caso, o cómo fue? ¿Cómo fue a ti?

Emiliano: Pues, no sé cómo pueden decir eso [exclama airado]. O sea, obviamente, al inicio tienes que ver las bases de las cosas y, pues, lo que decíamos, la primera parte eran las bases, o sea, no puedes exigir que los acabados de una casa queden bien si ni siquiera has hecho los cimientos, siempre, para cualquier cosa tienes que hacer primero los cimientos antes de refinarte ya en los acabados. Entonces, yo sí le encontré sentido a lo que veíamos al principio. Eran las bases.

De esta forma, la asimilación de dicho conocimiento deviene en un elemento central de la identidad profesional de las y los médicos en la medida que les otorga un marco de sentido común (Schrewe et al., 2017).

Ahora bien, un aspecto que resulta de suma relevancia para la socialización profesional de los estudiantes de medicina es que el aprendizaje y la incorporación de estos acervos de conocimiento, así como los marcos de significado asociados, supone también una incipiente asimilación correlativa de los *intereses* y principios del campo médico. De esta forma, la interiorización de la visión del mundo médico supone que las y los estudiantes comiencen a familiarizarse y asimilar el *sentido del juego* de la profesión, *hacerse con las reglas* (regularidades) que ordenan y le dotan de una lógica el campo médico.

Vale la pena mencionar que la gradual asimilación de la visión del mundo médico supone una especie de *transmutación* por medio de la cual las y los médicos desplazan los intereses familiares (sus intereses de clase) para colocar en su lugar las prioridades propias del campo médico. Dicha transmutación puede ser entendida como un “switch gestáltico” (Oberheim

& Hoyningen-Huene, 2018) que les permiten dotar de un renovado sentido al mundo, en este caso, desde los criterios y principios del saber médico³⁶.

Dicha transmutación, de ser efectiva y exitosa, conlleva el que las y los estudiantes adquieran una *illusio*, un interés (*interesse*), un “«estar interesado», de «lo que me importa»” que es constituido por el propio sentido establecido en las reglas del juego que organizan al campo médico. Exponerse e incorporar a las regularidades del campo, implica la interiorización del sentido de estas reglas, dotar de un porque y un paraque de la conducta propia y de otros, cuya naturaleza es fundamentalmente práctica y preconsciente.

“Si desarrollamos un poco, “estar en el juego”, “estar tomado por el juego”, “estar atrapado por el juego” significa “estar inmerso en el juego”. Mencioné varias veces esta expresión. Cuando alguien tiene el sentido del juego conforme al juego, responde de antemano –es lo propio de la relación entre un habitus y un campo- a las exhortaciones del juego y, al mismo tiempo, se involucra en el juego, lo cual es condición de funcionamiento del juego, porque los juegos son sin individuos que se involucren en él, los juegos de los que se dice: «no vale la pena», se abandonan de inmediato. Involucrarse en el juego es tener interés en el juego.

[...]

Cuando tenemos el sentido del juego, no hacemos al juego la pregunta de si existencia o de su razón de ser, tenemos ganas de jugar, tenemos una libido vivendi. Cada juego impone su libido y podemos decir «interés=libido». Podemos decir también “interés=illusio”. La *illusio* es el hecho de tener ganas de entrar en el juego” (Bourdieu, 2020, p. 272)

Para el caso del campo médico y, en particular, durante los primeros momentos de la trayectoria formativa este interés o esta *illusio* remite a la obtención de la mayor cantidad y mejor calidad de conocimiento y habilidades especializadas que les permita a las y los

³⁶ Es necesario acotar que este desplazamiento no elimina la influencia de otros intereses, incluidos los de las familias, las y los médicos pueden mediar entre unos y otros de manera pragmática (aunque no sin problemas y conflictos) evitando lo que en la filosofía de la ciencia se ha denominado como problema de la inconmensurabilidad, al respecto se puede consultar la crítica de Giddens a la influencia del trabajo de Thomas Kuhn en esta disciplina (Giddens, 1976).

médicos desempeñarse de manera competente tanto en el contexto formativo, pero sobre todo de cara a su desempeño profesional en el mercado de trabajo (Brosnan, 2014, p. 65).

Así, dicho interés presupone el principal *capital* o recurso por medio del cual las y los médicos buscan garantizar su competencia: el conocimiento médico/experiencia clínica³⁷, ahora bien, hay que decir que este recurso no sólo es un medio para garantizar una preparación profesional rigurosa, sino que también deviene, paralelamente, en el principal recurso que estructura la posición que ocupan los diferentes agentes que concurren en el campo médico y que le otorga, a quien ocupe la posición dominante en el campo la autoridad necesaria de definir las características “correctas” que debe tomar la práctica de la medicina de forma profesional o, en otras palabras, las reglas del campo (Bourdieu, 2008a).

Hay un par de anotaciones que hay que realizar antes de pasar a nuestro siguiente apartado, en primer lugar, hay que mencionar que la propia experiencia escolar, más allá de los acervos de conocimiento y marcos de significado interiorizados por los y las estudiantes supone, en tanto un horizonte de vivencia compartido por las y los médicos, un referente identitario que con bastante frecuencia es movilizado por estos profesionistas como un símbolo y un criterio de distinción frente a otras ocupaciones.

³⁷ Vale la pena acotar que en este momento de la trayectoria formativa, estos componentes: el conocimiento formal y la experiencia o las habilidades clínicas se encuentran poco diferenciados y, en cierto sentido, son mutuamente complementarios, ambos redundan en la obtención de un saber que es útil y que aplicado de manera correcta puede incidir en la posición que las y los estudiantes ocupan en las situaciones constitutivas de su trayectoria formativa: el ejemplo más claro del efecto de este capital en este momento de la trayectoria remite a la obtención de buenas notas escolares, al efecto del “promedio”. Cabe aclarar que conforme las y los estudiantes avanzan en su trayectoria formativa (en la medida en que se integran a la propia diferenciación interna de la profesión) este capital se diversifica principalmente entre conocimiento teórico, por un lado, “evidencias”, artículos leídos, etc..., y conocimiento práctico o habilidades clínicas, experiencia “manitas” por otro. La imputación de este conocimiento y habilidades clínicas como capitales, remite al siguiente razonamiento por medio del cual Pierre Bourdieu “operacionaliza” este concepto: “Para medir lo que reditúa en un campo, hay que preguntarse, qué es lo que es eficaz en él, qué es eficiente, qué es lo que hay que tener para actuar, para triunfar, para ganar, para apropiarse de las prenda específicas...” (Bourdieu, 2020, p. 433), autores como Brosnan (2014, p. 65) y Castro y Villanueva (2019) coinciden en esta interpretación.

Es interesante notar como el uso de la referencia a la naturaleza extenuante e intensiva de este momento de la trayectoria médica es utilizado para justificar y legitimar una diferencia de estatus que debe ser honrada por un claro diferencial en los niveles de ingreso que, a juicio de estos profesionistas, merecen por el esfuerzo realizado. Lo anterior es interesante porque, la experiencia del aprendizaje del conocimiento médico se ha institucionalizado, más allá del campo médico, como un criterio que abona al supuesto mérito de quienes se forman como representantes de esta profesión³⁸.

Lo anterior es un indicio que debe recordarnos siempre que el proceso de identificación de y los médicos se encuentra transversalmente atravesado por un conjunto variado y plural de distinciones que van más allá del campo médico.

La segunda anotación que es necesario realizar es que el paso del ámbito familiar hacia el interior del campo, en este caso, hacia la universidad, si bien supone el aprendizaje y asimilación de la forma médica de ver el mundo y con ello el inicio de la incorporación de las reglas del campo médico, este no es un suceso que se registre un momento determinado, en realidad se trate de un proceso largo y gradual que sólo deviene en exitoso en la medida en que las y los médicos logren una correcta asimilación de un conjunto de elementos diversos que acompañan al mero conocimiento médico.

Sostengo que una socialización robusta de este gremio sólo ocurre hasta que ingresan al internado médico, el cual implica la adquisición tanto de un conjunto de habilidades clínicas de eminente naturaleza práctica, así como un conjunto de disposiciones contextuales relativas al correcto desempeño cotidiano como médicos profesionales.

Mientras el proceso de socialización ocurre, particularmente durante las etapas iniciales de la trayectoria formativa, las y los estudiantes se encuentra expuestos a una constante

³⁸ Más relevante aún es el hecho de que estas distinciones, en este caso, la reconstrucción narrativa de la experiencia de aprendizaje de conocimiento médico es utilizada, en tanto referente identitario, no solo frente a otros actores fuera del campo médico para justificar su posición privilegiada en el espacio social, sino que también es movilizada al interior del propio campo para reiterarse una imagen de sí mismos y sí mismas que valida su propia existencia como profesión.

ambivalencia (Sinclair, 1997, p. 96 y ss.). Por un lado, han adquirido un nuevo *estatus* (Becker, 1961, p. 4 y ss. ; Hughes, 1971b, p. 125 y ss.), las y los estudiantes de medicina ya no son más meros actores legos (profanos), ahora devienen en aprendices quizá, de la profesión médica. Este cambio de estatus puede apreciarse claramente, por lo menos desde la perspectiva de quienes coinciden con ellos el espacio público, por medio del uso del uniforme y bata blanca, los cuales denotan simbólicamente una distinción visiblemente relevante, en este caso, de pertenencia a la profesión médica. Sin embargo, desde el punto de vista de los y las profesionales de la medicina estos estudiantes no son más que meros “semestrosos”, estudiantes que cuentan con poca o nula capacidad para desempeñar sus funciones de manera competente.

Esta ambivalencia genera una serie de dilemas y contradicciones de estatus (Hughes, 1971b, p. 141 y ss.) que pueden devenir en que las y los estudiantes vivencien desde una sensación constante de inseguridad y ansiedad hasta severas crisis de sentido en las que se cuestionan el propósito y la pertinencia de la estrategia educativa, esto lo veremos más adelante.

El dominio o por lo menos la familiaridad con este código, de este acervo de conocimientos, es una cualidad que, tanto de manera oficial como informal, se encuentra bajo examen y escudriñamiento constante por parte de los diferentes actores institucionales que actúan como instituciones porteras o garantes del acceso a los diferentes momentos de la trayectoria formativa. De hecho, dado el nivel de institucionalización de estos *mecanismos de examen*, se puede afirmar que la demostración pública del dominio de este conocimiento (por medio de las notas) deviene en un elemento estructurador de la trayectoria formativa de las y los médicos en la medida en que dicho mecanismo restringe o habilita las posibilidades de acceso a la pluralidad de opciones formativas que las y los médicos eligen a lo largo de su itinerario formativo.

5.1.1 El rendimiento escolar, el efecto determinante del promedio en la formación médica

Quizá uno de los principales mecanismos institucionalizados que la profesión y el campo médico han utilizado para examinar el dominio del núcleo de conocimiento médico entre quienes se forman profesionalmente son las calificaciones escolares, y como resumen de estas, el *promedio* obtenido en cada ciclo escolar.

Cada ciclo escolar y a su vez cada etapa de la trayectoria formativa de las y los médicos se encuentran articulados en función del promedio alcanzando, quienes poseen mejores promedios obtienen cierto grado de libertad al momento de definir su siguiente paso en la trayectoria. De esta manera, los y las médicas, logran acceder de manera prioritaria tanto a aquellos grupos como a las instituciones hospitalarias mejor valoradas o, en su defecto, a la opción que ellas y ellos deseen sin la restricción propia de la escasez de opciones a elegir.

Néstor: Podrías hablarme cómo fue de tu tercer año en adelante, ¿cuándo empezaste clínicas?

Estefanía: En clínicas, rotas por todos los servicios que hay. Yo estaba en un hospital de segundo nivel. Entonces, era que rotaras por urgencias, por medicina interna...

Néstor ¿Tú elegías?

Estefanía: Te digo, cada año se hace una lista para ver en dónde puedes estar. Cada año es lo mismo. Entonces para pasar a tercero tu escogías qué hospital te quieres ir. Entre más promedio tengas te puedes ir a un Instituto, que son los promedios así top. Así de pues yo quiero irme a hacer el tercer año de la carrera en el Instituto Nacional de Cardiología o en el Instituto de Ciencias Médicas. Y pues yo estaba consciente de que con el promedio que llevaba hasta ese momento no me iba alcanzar para un super hospital. Entonces yo lo que busqué era que estuviera cerca de mi casa, porque como vivo casi como a la periferia digamos, ya casi es Estado de México, todo está lejos. El que estaba cerca de mi casa hídole no, te asaltan, te matan o algo pasa. Entonces que no estuviera tan lejos y escogí una clínica del IMSS que es la 39 y ahí siendo de segundo nivel, te digo yo no aspiraba a uno de

tercer nivel, o sea a un instituto porque no me alcanzaba con mi promedio. Ese me quedaba cerca yo creo que estaba bien y te digo, ahí rotas por medicina interna, cirugía, urgencias, otorrinolaringología y creo que ya, no me acuerdo de más. Ahí te van dando las clases como por módulos. Vamos a ver el módulo de medicina interna, el módulo de urgencias. Entonces, como que yo sentía que estaba más organizado y ya iba teniendo más sentido lo que yo no entendía de primero, de segundo. Entonces, como que lo ponías más en práctica, porque ya ves a los pacientes. Finalmente, eres estudiante y entonces casi solo ves, pero ya el hecho de que pasaras visita con los médicos y discutieran algún caso clínico o que realmente vieras que si le está doliendo eso o si tiene tal signo o tal síntoma pues era como hacerlo más tangible de alguna forma. Ese tercero dura así todo el año, de enero a diciembre estás yendo ahí y a la par tomas clases. Y entonces bueno ya pensé creo que se complementa, creo que tengo que echarle más ganas y estudiar más y eso fue en tercero. Para cuarto ya definitivamente tenía los pies en la tierra, decía no, definitivamente, si es algo que quiero. Ya no puedes estar como ver si sí, si no, es algo que quiero y pues a recuperar mi promedio. En tercero ya me fue mejor, tuve mejores calificaciones a comparación de primero que fui un asco, segundo más o menos, tercero ya me fue relativamente bien, pero pues con ese promedio no podía tener grandes aspiraciones para un Instituto o algo así para cuarto, que también rotas en hospitales. Entonces dije pues igual el que me quedé más cerca. Entonces aquí o te guías por escoger un hospital, básicamente, ¿Qué sistema quieres? Te puedes ir al ISSSTE, te puedes ir al IMSS o te puedes ir a la Secretaría de Salud. Todos tienen sus pros y sus contras, pero el que más contras tiene es la Secretaría de Salud porque es un sistema público pues llegan todo tipo de pacientes, pacientes que no tienen recursos que tu como médico no tienes los recursos para atenderlo y cómo le vas a hacer. Entonces, así como que ¿A cuál te quieres ir? Primero todos se quieren ir a un Instituto, porque tienen todo. Lo que tu pidas ahí esta o te lo conseguimos. Después pues el IMSS que es más o menos bien, los pacientes son derechohabientes no va a ser más allá de eso. El ISSSTE yo siento que no es como tan famoso por decirlo así, está la Secretaría de Salud que es el patito feo que nadie quiere porque no tiene recursos pues vas a recibir reos porque es un sistema público, porque a donde mandan los que están en las cárceles.

Entonces yo dije, yo quiero algo que me quede cerca. Finalmente yo descubrí que a donde te fueras hay pros y contras porque no es como una enseñanza como de, bueno, vamos a leer hoy este libro y del capítulo tal a tal, es más como empírico, lo que te enseñaban los médicos, lo que hay en ese momento. Hoy vamos a estudiar insuficiencia cardiaca porque llegó un paciente, no es porque venga en el temario o algo. Entonces yo decía, pues igual, así te vayas al ISSSTE, al IMSS o al que sea, vas a ver lo que hay ahí y la única ventaja que yo veía es que me quede cerca porque la verdad si es desgastante estarte movilizándolo y necesitas tiempo para estudiar. Entonces, menos tiempo que inviertas en eso lo puedes invertir en estudiar. El más cercano a mi casa, es precisamente el hospital general Iztapalapa, uy, es de la Secretaría pues va, ahí.

Si bien este fenómeno no es un hecho exclusivo de la formación médica, es interesante notar las profundas implicaciones que tiene en la experiencia subjetiva de las y los médicos, lo mismo que en el propio proceso de identificación profesional. Con frecuencia, las y los estudiantes se ven inmersos en un proceso social de clasificación constante que les impone no solo la posición social que ocupan en el proceso formativo sino incluso etiquetamientos (Becker, 2009a, p. 195 y ss.) y *estigmas* (Goffman, 2009, p. 13 y ss.) que conllevan a su vez a tensiones en la propia subjetividad de las y los estudiantes e incluso a verse afectados en su salud mental o emocional. En casos extremos, un bajo promedio, producto de un bajo rendimiento puede ser identificado como el causante de que muchas y muchos estudiantes deserten de la formación médica.

Estefanía: En quinto semestre mi estigma del promedio ya se quedó, cuarto me fue de maravilla, tercero muy bien, los otros ya estaban perdidos. Entonces yo sabía que igual no iba a poder hacer el internado en un Instituto. Entonces, a mí me gustó mucho la Secretaría por esta oportunidad que tiene de tener contacto con los pacientes. Nada que ver con un hospital privado. En cuarto pues fue muy extraño porque la Secretaría tiene mucha carga de trabajo, son muy exigentes, te tratan mal y así ¿no? Entonces yo dije, a pesar de que me fue bien en cuarto yo como que seguía teniendo este miedo por yo tocar al paciente, lo que nosotros conocemos como: "hacer manitas"

Entonces, si me decías pues estúdiate esto, si va, lo estudio. Ahora ponlo en práctica, no sé, hazle una curación al paciente, era como, ¿Cómo le hablo?, ¿Cómo le digo? Y así. Fue algo mío de ser tímida, no sé. Entonces dije, pues es que yo necesito algo rudo, algo que me digan, no me va a servir de nada un privado donde solo vea. Yo necesito algo activo, dije pues la Secretaría está perfecta. Y para eso hay muchísimos hospitales, todos los de la Secretaría, al que te vayas está pesado, Balbuena, Iztapalapa, Xoco, este Tláhuac, Topilejo.

Sostengo que una de las principales consecuencias de la institucionalización del uso del promedio como un criterio ordenador de las y los estudiantes es que este ocupa una función mediadora que transforma los intereses y capitales ajenos al campo médico a otros propios reconocidos como criterios legítimos y diferenciadores del propio campo. Así, el contar con mejores notas, y asociado a ello, un buen promedio deviene en una especie de capital (de acceso restringido), que les permite a las y los médicos no solo la obtención de cierta libertad de elección sino también el acceso a determinadas opciones formativas escasas.

De esta forma, las y los médicos no solo son objeto de un ordenamiento y clasificación externo a sus propias capacidades y deseos individuales, sino que también utilizan el promedio como un instrumento para jugar con las regularidades del propio campo y garantizar así sus propias apuestas educativas.

Antes de continuar hay que acotar el sentido en que el promedio puede ser utilizado como un capital. Doy por sentado el hecho de que el rendimiento escolar, y como expresión de este, las notas alcanzadas por las y los alumnos se encuentra determinado por una amplia serie de factores sociales que sobrepasan al ámbito meramente escolar, médico y sobre todo a las características personales de las y los individuos. En este sentido, el promedio, entendido como un indicador del rendimiento escolar, deviene en un capital fuertemente acotado por las propias condiciones y las circunstancias socioeconómicas y culturales de las y los estudiantes. De esta forma, el acceso y la posibilidad de uso de este capital devienen limitados o constreñidos por diversos factores, destacando aquellos asociados con las condiciones vinculadas con el origen social.

Sin embargo, al institucionalizarse como un componente del campo médico, creado y consolidado conforme con los intereses propios de la actividad médica, el promedio entendido como capital adquiere cierta autonomía e independencia de las regularidades que ordenan el efecto de las condiciones asociadas al origen social. Dicha autonomía relativa crea las condiciones para que las y los médicos puedan plantearse tanto estrategias como tácticas que les permitan utilizar este capital para la consecución de sus propios intereses con cierta independencia de los condicionamientos asociados al origen social.

Hasta cierto punto, el ingreso a la experiencia escolar propia de la formación médica y más marcadamente la entrada a las diversas situaciones hospitalarias supone hacer una redefinición de las reglas que operan al interior de este campo y, por lo tanto, aprendizaje y dominio de nuevas regularidades. Esto último, supone una circunstancia que puede ser utilizada potencialmente para equilibrar las desigualdades asociadas al origen social. Los y las médicas, pueden, si están en condiciones y en disposición de hacer las inversiones necesarias (inversiones privativas y draconianas en muchos casos), mejorar sus notas académicas y, por ende, su promedio con la finalidad de optimizar las condiciones en que se desarrolla su propia trayectoria.

Nicolas: pasa el primer semestre, podemos pasar, pasa el segundo semestre, si y obviamente repruebo anatomía y me hacer repetir el semestre y ahí es cuando los que si estudiaban bien y los que se ponían las pilas se despegaron, se despegaron al siguiente semestre, casi el ochenta por ciento de mi generación reprobó anatomía y se quedó a recursar anatomía, sólo una materia de seis meses, pagar otra vez el semestre para recursarlas, entonces dije: “no, esta vergüenza no la vuelvo a pasar”, en tercer y cuarto semestre agarré la onda y dije: “sabes qué, cero fiesta, este, tengo que estudiar más” y obviamente me empecé a alejar, tuve problemas con mis amigos de que “ya no te juntas con nosotros” de que “por qué esto, que te pegan” pero yo me traté de enfocar porque en cuarto semestre me dicen: “de los cien alumnos que quedan” ah porque el primer semestre se salió una gran parte, éramos doscientos y para el siguiente semestre, segundo, casi casi nada más eran cien o ciento veinte, o sea salió gran parte de la gente, unos porque pues

obviamente no tenían nada que hacer ahí, otros, porque no era lo que les gustaba, y así se fueron disminuyendo, para el cuarto semestre, de cien que quedaban, yo era el lugar treinta y cinco, y yo dije no, me voy a proponer estudiar todo y subir de nivel, al final del semestre, ya era el lugar número trece, empecé a estudiar, estudiar, estudiar y a enfocarme, enfocarme, enfocarme y logré subir al lugar número trece de la generación... este y, bueno esos tres cuatro semestres fueron de decir: “sabes qué, ¿qué quieres hacer, quieres realmente medicina, quieres otra cosa, no quieres, quieres fiesta, qué quieres? y los últimos cuatro semestres, llegué a tal grado que yo estudiaba entre seis y doce horas diarias, hacía un método en el cual estudiaba: “tengo tres horas libres, entre clase y clase” de esas tres voy a estudiar cuarenta y cuarenta minutos, descanso veinte y luego ya repaso, entonces alcanzaba a estudiar doce horas diarias, entonces el último semestre más o menos me enganché con una novia que hizo que disminuyera un poquito mi rendimiento, pero gracias a Dios me gané el lugar trece... [...] y cuando me empiezo a enfocar más, obviamente comienzo a tener problemas con ella [con su novia], o sea, ya no salía ya no esto, ella no tenía problema sino que ella decía es que... me acuerdo una frase que me decía: “se te está yendo la vida” [...] y corto con ella y la segunda novia nada más que si era un poquito más tóxica y por eso bajé así el rendimiento en el último semestre...

Vale la pena enfatizar nuevamente el hecho de que la posibilidad de utilizar al promedio como una especie de capital o recurso en el marco de una apuesta si bien es una característica potencial, ésta se encuentra en buena parte mediada por la posesión de otros capitales y las condiciones asociadas a la posición que las y los médicos ocupan tanto en el espacio social como en el campo médico.

A pesar de ello, el reposicionamiento social que supone el ingreso al campo médico, con sus propias regularidades, intereses y recursos, hace posible que quienes carecen de recursos abundantes asociados al origen social logren articular ciertas estrategias u/o tácticas que les permitan acumular los recursos, en este caso, los capitales propios del campo médico, con la intención (aunque en muchas ocasiones fallida) de obtener cierta ventaja al momento de diseñar y poner en práctica sus propias trayectorias.

Las y los médicos reconocen con claridad que un medio privilegiado para mejorar sus condiciones y posiciones al interior del campo es la obtención de más conocimiento y/o experiencia clínica o, quizá, más específicamente, en este momento aún muy marcado por la lógica escolar, el mejoramiento del promedio de notas académicas.

Por último, es necesario mencionar que, aunque esta definición y explicitación (*codificación*) de las reglas operantes en el campo médico es patente o extensamente conocida y reconocida por las y los médicos no supone automáticamente que ellas y ellos adecuen sus prácticas a dichas regularidades. No todos ni todas las estudiantes priorizan la adquisición de estos nuevos capitales clínicos, ni el mejoramiento del promedio, hay que recordar que en buena medida las disposiciones prácticas son inerciales y habituales, adaptándose a nuevos contextos, en este caso a nuevas reglas, a partir de los marcos de significado o esquemas clasificatorios heredados de las posiciones previas ocupadas en el espacio social por el cual han transcurrido las propias trayectorias de los estudiantes.

Entre el reconocimiento de las reglas y su puesta en práctica existe un proceso largo y complejo de socialización y asimilación que no necesariamente es del todo consciente y que solo es puesto en práctica hasta que las y los estudiantes se encuentran en situación. Ahí donde el contexto demanda el uso y actualización de las reglas propias del campo.

Un ejemplo esclarecedor de esta propiedad de las reglas es la legitimación y uso de los castigos (más adelante describiré esto con más cuidado), los estudiantes aprenden y asimilan las reglas relativas al trabajo médico en el hospital desde momentos muy tempranos de la trayectoria, incluso pueden dar cuenta discursivamente de muchas de ellas para objetivarlas y hacerlas blanco de críticas y cuestionamientos en los que se pone en duda la legitimidad y validez de dichas reglas, sin embargo, cuando los estudiantes cambian de situación, en este caso, de estatus en la jerarquía médica, en momentos más avanzados de su trayectoria formativa, cuando devienen en internos o residentes, son ellas y ellos quienes sancionan y ponen en práctica las mismas reglas que antes cuestionaban, siendo incluso conscientes de las propias contradicciones que encaran así como de la necesidad de justificarlas.

Las reglas o las regularidades son prácticas, son impuestas por las propiedades del momento, lugar y particularmente por la posición que se ocupe en el entramado de relaciones sociales que componen al campo médico. Los internos y los residentes (ya no se diga los médicos de base) actualizan el uso, la vigencia y la legitimidad de los castigos porque se ven envueltos en una serie de responsabilidades, exigencias y demandas, lo mismo que recursos y capacidades que los llevan a la necesaria actualización de las reglas que antes cuestionaban, claro, si es que desean desempeñarse como actores competentes en el papel social que les toca representar en determinado momento de su trayectoria.

5.1.2 Expectativas y clasificación de los y las estudiantes de medicina

Ahora bien, así como el promedio es reconocido como un mecanismo de examen del nivel de dominio del conocimiento médico y, por lo tanto, como un mecanismo de ordenamiento y clasificación de las y los estudiantes; existe otro conjunto de formas de clasificación que, si bien no son del todo oficiales, sí demuestran efectos importantes en la estructuración de las trayectorias formativas de las y los estudiantes de medicina.

Estas formas de clasificación se encuentran constituidas en gran medida por preconociones, imágenes y conocimiento informal que las y los médicos establecidos poseen sobre una supuesta cantidad, calidad y tipo de formación que los y las alumnas de medicina han recibido en sus respectivas escuelas⁵⁹.

⁵⁹ Hay que llamar la atención sobre la importancia de este tipo de clasificaciones toda vez que éstas y otras similares son utilizadas no solo por médicos y médicas sino también por un conjunto amplio de representantes de otras ocupaciones que confluyen al interior del ámbito hospitalario. También hay que decir que este tipo de clasificaciones no son exclusivas de este momento de la formación médica, ni tampoco remiten sólo a un conjunto de supuestas propiedades asociadas a las escuelas o a la calidad de la formación que ahí se recibe. En realidad, estas clasificaciones están presentes a lo largo de la trayectoria formativa y profesional de las y los médicos, en ocasiones, remitiendo no solo a instituciones educativas sino también a la calidad formativa de sistemas de salud (público/privado), niveles de atención, hospitales, servicios e incluso turnos al interior de dichos servicios.

Este conocimiento y sus respectivos esquemas clasificatorios asociados estructuran un conjunto de expectativas, criterios y pautas de comportamiento que son activamente utilizados por dichos médicos para orientar el trato hacia los alumnos.

En particular, para muchos médicos y médicas establecidas, el citado conocimiento deviene en un auxiliar que es utilizado para administrar tanto el tipo de formación clínica que ofrecerán a sus alumnos como el tipo de trabajo y responsabilidades que pueden o no cumplir, particularmente durante el internado y la residencia.

Néstor: ¿te trataban diferente por ser del Tec?

Jimena: pues no, creo que no sabían, o bueno si sabían [...], bueno a veces eran como que “ay”, porque había, éramos los del Poli y los del Tec en el Metropolitano que era otro hospital bastante... [hace un gesto con la mano tratando de denotar exclusividad]

Néstor: estabas en el campus Monterrey

Jimena: ajá, Monterrey, sí, todo eso lo hice en Monterrey, este y la verdad es que los del Poli eran super chambeadores, pero luego no sabían tantas cosas, entonces como que nos nivelábamos, cuando eran las preguntas pues nos las hacían a nosotros, cuando era córrele porque tienes que entregar este tubo rápido iban ellos, pero eran buenos, la verdad hacíamos buen equipo...

La clasificación de las y los alumnos de medicina deviene en un *etiquetamiento social* (Becker, 2009a) que marca a los alumnos en función de sus supuestas cualidades. Desde el punto de vista institucional, dicho etiquetamiento, en conjunto con el efecto selectivo del promedio, es utilizado para establecer un amplio arreglo de supuestos, definiciones y diversos atributos que son dados por sentado y que refieren a las capacidades y limitaciones de las y los estudiantes.

De esta forma, las citadas definiciones y supuestos influyen en diversas instancias y niveles en los que se lleva a cabo la actividad médica al interior de la institución hospitalaria, desde la definición de “perfiles” en los que se cristalizan las cualidades que se esperan de las y los estudiantes al iniciar y/o finalizar la formación y reglamentos hasta el establecimiento de

marcos de situación en la cotidianidad del trabajo hospitalario, donde estas clasificaciones y sus etiquetas asociadas influyen en la definición de expectativas, marcos de sentido, así como diversos aspectos normativos.

Néstor: cuando tú estabas haciendo tu rotación, interactuaban con chicos de otras escuelas, o solamente eran gente del Tec o ¿cómo era?

Emiliano: si había de otras universidades, había mips de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de también había mips de la UdeM, que son las tres escuelas de medicina más importantes de Nuevo León, que es la de la Universidad Autónoma, la Uni, la UdeM, el Tec y pues si coincidíamos en varias rotaciones...

Néstor: como podrías calificar los perfiles de cada uno de estos estudiantes

Emiliano: jajaja [ríe con sarcasmo] este como mip, hablando nada más como mip, este... pues [jejeje] si se notaba un poco la diferencia en como trataban los residentes a cada tipo de mip, por decirlo de cierta forma, si necesitaban como que un poco más de habilidad manual, recurrían a los mips de la Uni, porque ellos tenían más experiencia en la práctica, si requerían un poco más de responsabilidad por decirlo de cierta forma, de que estuvieran al pendiente, recurrían más a los del Tec, porque los de la Uni a veces se perdían, entonces los del Tec si estábamos más controlados por lo mismo que le digo que los residentes eran los mismos con los que rotábamos en todas partes pues había más control sobre nosotros, entonces si necesitabas más responsabilidad era con los del Tec... si necesitabas algo un poco más manual, le digo, era con los de la Uni, y como que nadie quería mucho a los de la UdeM, jajajaja

Néstor: ¿por qué no quería a los de la UdeM?

Emiliano: porque pues no destacaban en ninguna de las dos cosas, o sea porque le digo, si necesitaban algo manual los de la Uni, si necesitaban algo más de estar vigilando a los del Tec...

Néstor: ok, me dices que los de la Uni tenían más habilidad manual, ¿a qué crees que se deba que tengan esas habilidades manuales?

Emiliano: a que ellos pues tienen más campo práctico que los del Tec... o sea se notaba, sí se notaba la diferencia, que en cuanto a lo académico estaba mejor el Tec, pero en cuanto a realizar habilidades manuales estaban más capacitados los de la Uni... entonces hasta cierto punto ellos tienen más, cuando somos mips, ellos tienen más práctica poniendo yesos, haciendo curaciones, suturando, todo ese tipo de cosas, ellos tienen más práctica...

Es común que las y los médicos establecidos utilicen cotidianamente estos supuestos para monitorear y medir el rendimiento formativo de los y las médicas en formación al tiempo que son postulados como criterios normativos a los que apelan para constreñir u orientar la conducta de las y los estudiantes. Se puede decir, por lo tanto, que este etiquetamiento, deviene en un instrumento de disciplinamiento y de conformación de la persona, particularmente, cuando son utilizadas por los médicos establecidos como un medio para el reconocimiento profesional (o no) de las y los jóvenes médicos en formación.

Néstor: ¿por qué dices esto de las escuelas particulares, que sabías de estas escuelas?

Diana: Ah, es que generalmente tienen esta... y hasta todavía cuando vas a un hospital es como “tú eres el de la particular, ¿no?, te regalaron el título”, pues justo por eso, pareciera que tienen esa mala educación de creer que te regalan calificaciones, o la educación no es similar, o no tienes las mismas oportunidades, etc....

Ahora bien y al igual que el promedio, estas clasificaciones también pueden ser utilizadas por las y los propios estudiantes como parte de su propia representación profesional y para la conformación de diversas tácticas cotidianas, así como en la conformación de las propias estrategias de reproducción social y/o profesional.

Un ejemplo paradigmático del primer sentido remite al uso de parches con escudos o insignias que simbolizan una pertenencia a determinada escuela, o posteriormente, a determinada sede hospitalaria (Payá & Bracamonte, 2019, p. 167). Los y las médicas en formación pueden ser categorizados por otros médicos al reconocer dichos símbolos e inferir, a partir de ello, una supuesta posesión y dominio de ciertos atributos como pueden

ser cierto de conocimiento, habilidades, capacidades y/o carácter. En algunos casos, cuando los símbolos de marras remiten a escuelas reconocidas, estos pueden ser utilizados como una extensión y encarnación del prestigio de determinada escuela o universidad.

Joaquín: también siento que para los pacientes esa parte es un poco más clasista y prefieren a alguien que su bata diga Siglo XXI, 20 de noviembre, INER a alguien que sea del Primero de octubre del ISSSTE

[...]

Néstor: en esto que decías de las batas ahorita, ¿cómo está esto, cuando entras a los ciclos o al internado tu llevas tu propia bata de tu institución?

Joaquín: ajá, casi siempre te compras tus uniformes tú y cuando entras al internado, en el hospital que te toca, deberían, entre comillas, darte como prestación uniformes para que tengas ropa para ir al hospital, ya te dan una bata con el logo del hospital donde estás, en este caso como eres interno, no te dan una que tenga grabado el escudo de la especialidad, nada más te dan, si eres del IMSS, una batita con el escudo del IMSS, porque se supone que es la ropa que deberías utilizar como parte de tu quehacer, te deberían de dar al año dos veces dos pares de batas, dos pares de pantalones blancos y de zapatos blancos, lo que no siempre se lleva a cabo

[..]

Néstor: un poco me decías que utilizan, bueno no sé si lo utilizan, pero a la gente le parece significativo que tu traigas un escudo de una institución, ¿los médicos lo utilizan de alguna manera?

Joaquín: si, para mí, para mí es mercadotecnia, si tú pasas y llegas a tu consulta y tu bata dice INER, dice Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán, Siglo XXI, 20 de noviembre, La Raza, centros grandes, para la gente yo creo que si es: “ah, este compa viene del Siglo XXI, este compa viene de Nutrición, este compa viene del Ignacio Chávez de Cardiología... debe de ser la reata...

Néstor: o sea, esto es significativo entre médicos o solamente para los pacientes

Joaquín: yo creo que también entre nosotros y es una manera de alzar y hacer el alto pedorraje, “güey, es que yo soy de Nutrición”, vas a las sesiones con los de Nutrición y no te dirigen la palabra, “güey, es que yo soy del Instituto de Nutrición, ¿güey, tú de dónde vienes, del Siglo?, como todo, no todos, pero si la mayoría, porque así te forman, cada quien es celoso de sus secretos y está bien, pero también eso ha hecho que seamos uno de los gremios más desunidos entre nosotros...

[..]

Néstor: ¿en qué momento se usa más esta simbología de la bata, por decirlo así?

Joaquín: todo el tiempo, desde que entras a la escuela, tú estás ansioso por andar de bata, y es por eso que nos hacen la burla de que hasta en los tacos andas de bata porque es como tu identidad, “güey, yo estoy en este pedo” ...

En el otro sentido, estas clasificaciones y sus etiquetas son utilizadas como parte de la definición de estrategias de reproducción social, particularmente ahí donde las familias o bien tienen experiencia precedente al interior del campo o adquieren el conocimiento suficiente sobre el mismo. Así, con frecuencia, las familias y, posteriormente, los y las médicas, utilizan el conocimiento contenido en estas clasificaciones optando por formarse en determinadas escuelas u hospitales específicos con la intención de obtener ciertas supuestas capacidades y habilidades además de prestigio y/o capital simbólico (y de cierto capital social) que pueda ser juzgado como valioso en futuros estadios de la trayectoria formativa.

Néstor: Ustedes a diferencia del sistema tradicional [el entrevistado es egresado de la UAM, donde se formó bajo un sistema modular el cual se aleja de la formación tradicional de la medicina] tienen más tiempo en los campos clínicos, y empiezan desde cosas más sencillas.

Joaquín: igual que en el sistema tradicional pues, pero empiezas desde un poco antes y ya te mandan como el borras cuando te toca llevar las clínicas a las clínicas de especialidad pues, empiezas a llevar

gineco, pues vas a ver a un hospital del gineco, llevas urología vas a rotar en un hospital donde haya urología

Néstor: entonces se extiende también en el tiempo, además de lo que los otros llevan, ¿ustedes llevan un poco más y más especializado?

Joaquín: no, haz de cuenta que en el tercer año en el sistema tradicional en la Autónoma de San Luis, en la UNAM en donde sea, los primeros seis meses, los mandan a rotar a clínicas familiares para que la clínica familiar haga la práctica de la exploración física, aprender a tomar la presión, a auscultar, palpar un abdomen, porque los siguientes seis meses ya los van a empezar a mandar a las clínicas de especialidad, ok, si estás llevando cardio te mandan a rotar a cardio... pero la diferencia es que nosotros vamos desde antes a las clínicas familiares entonces ya a mitad del segundo año ya empezamos a ir a hospitales a ver medicina interna, pacientes de medicina interna y de urgencias, entonces como empiezas a ir un poquito antes a hospital y eres mano de obra barata, igual que los estudiantes de la UNAM de la Autónoma, los mismos internos, los médicos de base después de que te preguntan te ponen a ayudar con los pacientes porque tienes que ir aprendiendo con los pendientes, es como aprendes a sacar muestras de sangre, a colocar sondas, la ventaja que yo veo de nosotros es que como vamos un poquito antes y no respondes mucho a lo teórico te ponen de saca chambas, entonces para cuando llegas al internado tú ya tienes mucha experiencia sacando chambas, a diferencia de los de la UNAM, etc.... porque ellos como responden más la teoría no los tienen tan saca chambas y al final de cuentas pues para sobrevivir en el internado, en la parte práctica nosotros ya llegamos sabiendo más procedimientos que el estudiantado de otras universidades, no obstante también si ven tus médicos que tú te pones a leer, te preguntan algo, no lo sabes, lo lees pues ya como que te empiezan a jalar un poquito más a lo académico y obviamente te van dejando hacer un poquito de procedimientos más complicados, yo recuerdo que mis compañeros de la UNAM en el internado me veían así con cara de apestado porque eran del grupo de excelencia, todos fresas, “el mundo no me merece, güey” y no sabían colocar sondas, no sabían hacer paracentesis, entonces teníamos un paciente epatópata, traía demasiado líquido en el abdomen, líquido de ascitis, había que hacerle una punción y yo: “ahí está, ya lo dejé drenando” y todos así

sorprendidos como de “cuándo hiciste paracentesis”, es como la quinientos que he hecho en mi vida, “me enseñas”, “si güey” “ah es que como no eres de la UNAM, pensamos que eras un apestado, güey”, pues si pero yo sé hacer más procedimientos que tu [...] pero si, estaban un poquito más troncos mis compañeros de la UNAM.

Néstor: entonces los profesores, los médicos de base o los residentes en todo caso ¿los trataban diferente por ser de la UAM, sabían que eran de la UAM, los trataban diferente?

Joaquín: si, te preguntan de qué universidad vienes

Néstor: ¿los trataban diferente por lo tanto?

Joaquín: cuando te empezaban a preguntar y no respondías nada, si, de sope no te bajaban...

Fue recurrente observar que cuando las y los estudiantes son reconocidos por las y los médicos establecidos como provenientes de las mismas escuelas en las que estos o estas últimas se formaron, los primeros reciben un trato diferenciado, mostrando preferencia por ellas y ellos, además de otorgarles de entrada cierta confianza, dando por sentado el dominio de tal o cual conjunto de conocimientos, capacidades o habilidades particulares, creándose así cierta complicidad informal e *intimidación cultural* (Herzfeld, 2005), dando pie, en ocasiones, a la generación de nuevos vínculos y grupos de privilegio al interior del ámbito hospitalario.

Néstor: La Salle, tiene cierto prestigio o cierto renombre entre las escuelas privadas para estudiar medicina, ¿qué es lo que notaste en los primeros años sobre La Salle?

Samuel: La Salle [inaudible] por lo que es reconocida, por lo que me llamó la atención, es uno, por el propedéutico, es un sistema de competencias, no sé si salvaje, pero son cuatrocientas personas peleando por cien lugares durante seis meses y cualquier cosa, cualquier décima cuenta, entonces sí es pesado, yo creo que ha sido el semestre más pesado de la carrera, es en el que tienes que echar más ganas, salir en un buen lugar y todo esto. Entonces yo creo que por eso es una de las partes por las que tiene prestigio y la otra no es

tanto el prestigio pero algo que habla muy bien por lo menos de la gente que yo conozco de La Salle o personas que me han recibido en los hospitales, personas que nunca me habían conocido, es que te jala mucho, por ejemplo, cuando vas a hospitales por primera vez, si alguno de los residentes, adscritos y demás es de La Salle te jala para que des la consulta con él, para que vayas a ver pacientes con él, hay mucho de esa como fraternidad de la facultad y también es algo que ha hecho que sea reconocida y aparte ahorita pues ha tenido grandes figuras que, por ejemplo, el director de la UNAM, de medicina, es de La Salle, entonces como que eso también le ha dado prestigio a la facultad...

Néstor: un poco de esto que me decías ahorita de que otros médicos, cuando estás rotando, te jala, por qué te jala, qué es lo que supones tú... o son médicos de La Salle...

Samuel: si, son médicos de La Salle, o sea, entre personas de La Salle, si, sí, es una confraternidad...

Néstor: en términos de la recepción de los estudiantes de La Salle por otros médicos, ¿cómo consideras que es esta, como te han tratado?, que no sean de La Salle...

Samuel: bien, la verdad es nos reconocen bastante, depende mucho de dónde venga este doctor o este profesional, por ejemplo, hay lugares donde La Salle es más reconocida, hay lugares donde no es tan reconocida, mucho tiene que ver, por ejemplo, mi ejemplo sería el internado, los primeros promedios siempre se han ido a ciertos hospitales y los últimos promedios se han ido a otros hospitales, así ha sido por muchos años y generalmente es porque los promedios más bajos se tienen que salir de la Ciudad de México, e ir a lugares que no son tan, ajá, que no tienen tanto prestigio, que no vas a ver a tantos pacientes, no va a haber tanta enseñanza, entonces dependiendo mucho de cómo conozcas a este profesional es como ellos te toman, por ejemplo, mis compañeros, tengo co-erres, o residentes de mayor jerarquía que hablan muy bien de La Salle, porque han rotado con ellos en otros lugares y quienes hablan no tan bien de La Salle, porque igual han sido de otros lugares porque se van promedios más bajos...

Ahora bien, hay que decir que el efecto de estas clasificaciones en ocasiones, en interacción con la confianza que se logra con la obtención de otras capacidades y capitales (como veremos más adelante) puede resultar determinante para la estructuración de las trayectorias de las y los médicos en formación. No es infrecuente que sobre la base del uso de estas clasificaciones y/o capitales, algunos médicos puedan acceder de forma privilegiada a determinadas instituciones hospitalarias donde formarán y acumularán capital social y vínculos de diverso tipo que posteriormente les puedan ser de utilidad para garantizar el acceso en futuras etapas de sus trayectorias a la realización de rotaciones, sedes de residencia o incluso oportunidades laborales.

De esta forma, es muy recurrente que las y los médicos generen lazos de confianza que desde etapas tempranas de la trayectoria formativa les permiten a ciertos médicos acceder al mercado laboral, en un primer momento como ayudantes/aprendices cuando siguen siendo estudiantes o residentes y luego como colegas con pleno derecho, ejemplo de ello, puede ser la experiencia de ciertas especialidades quirúrgicas donde las y los médicos cirujanos establecen relaciones de colaboración tanto con otros cirujanos y cirujanas como con otros miembros del equipo como pueden ser las y los especialistas en anestesiología.

Sostengo que la construcción y acceso a estas relaciones de confianza es la materia básica sobre la que se sostiene la obtención de cierto monopolio que se ejerce sobre el reconocimiento y ejercicio de ciertas especialidades, particularmente las quirúrgicas.

5.1.3 Punto de giro: ruptura con la lógica familiar

Desde la experiencia de las y los estudiantes, la asimilación de este cúmulo de conocimientos suele ser caracterizada como una ruptura, más o menos violenta, tanto con la vivencia escolar previa, a la cual se contraponen por la cantidad de información y la intensidad o nivel de exigencia del proceso de aprendizaje, como con la naturaleza abstracta y difícilmente asimilable del conocimiento que los y las estudiantes deben dominar.

Néstor: cuéntame cómo fueron los primeros años de esta carrera antes de que comenzaras a hacer los ciclos clínicos

Alondra: o sea, las materias básicas, mmmh, pues fue difícil porque yo creo que en medicina a todos nos pasó lo mismo, todos tuvieron como que un buen promedio en la preparatoria, o por ejemplo, todos compartimos esta experiencia, o lo he escuchado mucho de: “yo podía, por ejemplo, estudiar no lo sé, una hora o dos horas y obtenía buenas notas en la preparatoria, y aquí o sea de que estudiabas cuatro o cinco horas y de todas formas era así de que muy difícil obtener una buena nota, entonces yo creo que al principio es.. para todos es complicado y pues ya... después antes era como de normal, así ya obtuve diez y como que ahora es como, un ocho es como el triple esfuerzo de lo que te costaba en la preparatoria, y estabas muy feliz con tu ocho, lo que jamás había pasado antes y ya... entonces yo creo que es difícil como adaptarte a todas las materias...

En muchas ocasiones, los y las estudiantes deben aprender y memorizar ingentes cantidades de conocimiento, sin que dicho conocimiento cuente con una referencia concreta o práctica que dote plenamente de sentido y/o justificación al cambio radical en sus condiciones y experiencia de estudio. Las y los estudiantes son expuestos por algunos semestres a un conocimiento abstracto que no se sostiene en ninguna experiencia ni oportunidad de aplicación concreta, generando con ello, una especie de disonancia que lleva a muchos a problematizar y a cuestionar la pertinencia de la estrategia educativa, llegando, en algunos casos, a motivar el abandono del proceso formativo.

Néstor: ¿cómo fueron los primeros semestres, los primeros dos años que estuviste en la facultad?, en general...

Diana: pues los dos primeros semestres que fue el primer año fueron bastante difíciles, eh, de hecho el primer año casi me salgo, si pensé en salirme pero luego el segundo resultó mejor y sobre todo, los dos primeros años resultaban difíciles por la adaptación, me iba muy bien, académicamente pero yo no me sentía tan satisfecha como con las relaciones interpersonales que estaba llevando, porque al fin de cuentas como que antes llevábamos un perfil todos y sentía que a veces ese perfil se iba un poquito más hacia lo ordenado y lo pulcro que hacia lo que yo estaba acostumbrada, o sea que sí me costó un poco el primer año, y luego el segundo año que empecé a conocer a más personas y que también me metí en cosas de investigación ya

resultó más ameno y ya decidí que sí iba a seguir, que sí le iba a continuar...

Este desplazamiento suele experimentarse como un alejamiento súbito y abrupto de los marcos de significado, así como de la propia lógica de los vínculos familiares y personales de los y las estudiantes.

Estefanía: Mmm pues es que fue como una etapa muy crítica de mi vida por muchas cosas, o sea, como personales, con mi familia no, más conmigo, el hecho de saber que ya estaba ahí que ya había pasado a segundo año, como un poco la relación de pareja que todavía no había. No sé a lo mejor ahora yo identifico que en esa época de mi vida me deprimí. Entonces, no, ya hasta tercero bajó un poquito la carga de trabajo y también fue porque cambié ya a hospital. En segundo año es el último que estás en la universidad. En tercer año ya te vas a hospital y allá te dan clases y allá rotas y ya, te hacen más médico digamos.

No es infrecuente el hecho de que el inicio de la formación médica suponga la emergencia de fricciones y conflictos en el ámbito familiar, así como en las relaciones amistosas y sentimentales. Al respecto de esto último vale la pena mencionar que en algunas ocasiones se suelen crear controversias por la búsqueda de intereses contrapuestos a los de las parejas de las y los estudiantes toda vez que, con frecuencia, el comenzar la formación médica implica interrupciones y retrasos tanto en la independización del hogar parental como en el emparejamiento y la maternidad o paternidad.

Néstor: ¿en algún momento pensaste, por ejemplo, en casarte en esa etapa, nunca lo pensaron?

Nicolás: en octavo semestre, entro al internado y Juana era la segunda novia y sí era medio tóxica, y sí empezaba con ideas de decirme: “es que yo no busco esto en un hombre, yo no busco que quieran el éxito profesional” y entonces me empezaba a envolver y sí en una de esas sí dije, no pues me salgo, ¿no? para atender bien a esta chava... obviamente cuando empezó a detectar esas ideas mi papá, así de tinc, tinc, tinc [hace una referencia a que suenan campanas de alarma]: “me dejás a esa muchachita porque...” y pues obviamente la corté y ya los

siguientes años pues ya nunca me pasó por la cabeza, pero sí en octavo semestre, fíjate, y los primeros semestres del internado sí estaba medio locuaz y medio intensos los mensajes y sí llegó a permear esa idea... pero gracias a dios, mi familia, y en esta un pilar muy importante era mi papá porque para este entonces mi mamá ya se había ido a Torreón, entonces un pilar muy importante era mi papá y él detectaba todas esas cosas y me decía “enfócate, enfócate, enfócate”.

El cambio en los horizontes de sentido implícitos en esta ruptura llega a ser tan radical y dramático que genera una percepción de extrañamiento y alienación por parte de los y las estudiantes, quienes se enfrentan a un desplazamiento brusco e intensivo de sus principales referentes significativos, llegando a generar profundas *crisis de sentido* (Berger & Luckmann, 1997, p. 43 y ss.) en las que son cuestionados los intereses, deseos y proyectos subjetivos de las y los jóvenes, llevándolos, en algunos casos a tomar la decisión de abandonar el proceso formativo.

Adrián: [...] realmente yo los primeros dos años de la carrera los sufrí bastante, no me gustaba, sentí que realmente era muy desligado de la realidad, este, que estábamos aprendiendo detalles de las células, las moléculas, y que simplemente decía, eso para qué chingados me sirve y rara vez obtenías una respuesta a esa pregunta....

Néstor: ¿Hacías esa pregunta explícitamente, hacías esa pregunta a los maestros?

Adrián: No, o sea, yo me hacía esa pregunta mucho y sabía que la respuesta era para nada, servía solo para pasar el examen, este...

Néstor: ¿Sigues creyendo eso?

Adrián: De muchas de las cosas que aprendí en el momento sí, al grado de que ya no las recuerdo, o sea, muchísimas cosas que aprendí para el examen, hay muchísimas cosas que me tuve que aprender para exámenes unas cuatro veces diferentes a lo largo de la carrera, y cada vez me las aprendo y cada vez las olvido porque no me sirven de nada en la práctica clínica cotidiana y otra serie de cosas que aprendí en el momento mezcladas con esas, o sea, me aprendí en, al mismo tiempo,

la estructura molecular de la sarcómera que es la unidad que hace que se contraiga el músculo y al mismo tiempo hasta qué nivel vertebral llegan los pulmones y los dos eran como que datos así, y los dos los olvidé y después cuando estudié ya propedéutica que es como exploras al paciente, ya dije ah, hasta qué grado, hasta donde llegan los pulmones sí sirve, y ya me lo volví a aprender, pero ... que es lo que estudias en tercer año y en tercer año le empiezas a encontrar sentido, tuve un muy buen profesor, en el Hospital General... el Hospital General está en un lugar extraño en esa jerarquía porque es alto y bajo a la vez....

Néstor: El que está literalmente en el

Adrián: ...sí, sí, en el Metro Hospital General, pero está bien valorado, está materialmente bastante mal en algunas cosas, en lo general está muy mal aunque tiene tecnología que casi sólo hay ahí o que hay en muy pocos lugares, este, digamos de los grandes aparatos pero en las cosas cotidianas como gasas y guantes también, tiene fallas, este... pero tiene una gran tradición de enseñanza en lo clínico, y de un enfoque médico digamos más ligado a la escuela francesa, este... incluso hay estas así como genealogías de que el maestro del maestro del maestro estudió junto con Legnec en Francia....

Desde la perspectiva del proceso de profesionalización, dicha ruptura y desplazamiento de los marcos de sentido puede bien ser interpretada como parte implícita del proceso de socialización al interior del gremio médico. Tanto la asimilación del núcleo de conocimientos básicos de la disciplina, esto es, la adquisición de una visión del mundo basada en un conjunto de principios biomédicos así como la experiencia común de ruptura con la lógica familiar devienen en un desplazamiento de los marcos de sentido que orientan las prácticas de quienes aspiran a ejercer la medicina de manera profesional, de esta forma, la experimentación de estos aprendizajes y rupturas devienen en una serie de experiencias compartidas que son referentes de la propia identificación profesional del gremio.

La socialización tanto de conocimientos especializados como de diferentes referentes de significado que son definidos como necesarios por el propio grupo profesional y que corresponden con la base conceptual de sus referentes de significado específicos, así como

de su propia visión del mundo, perdurará como horizonte de sentido a lo largo tanto de la trayectoria formativa como de la trayectoria laboral de los y las médicas.

5.2 Las primeras rotaciones clínicas

Los primeros acercamientos de las y los estudiantes de medicina al ámbito hospitalario se dan durante los “*ciclos clínicos*”. Durante esta etapa, que puede que puede tener una duración variable o incluso no existir, los y las jóvenes estudiantes completan su formación escolar en un conjunto de sedes hospitalarias habilitadas por las escuelas de medicina para brindar parte de la oferta curricular al interior de los hospitales.

A diferencia de los primeros momentos de la formación, plenamente escolar, en donde la intención es transmitir una serie de acervos de conocimiento generales y abstractos, la etapa de ciclos clínicos integra: a) la profundización específica de ciertos acervos de conocimiento básico que las y los estudiantes ya recibieron durante la etapa escolar; b) la adquisición de nuevos conocimientos complementarios que pueden variar según el modelo formativo de cada escuela y, sobre todo, c) la rotación por distintos “campos clínicos” los cuales son espacios abocados al aprendizaje teórico-clínico de conocimientos y de algunas habilidades prácticas propias de las distintas especialidades médicas como: cardiología, neumología, nefrología, hematología, otorrinolaringología, psiquiatría, urología, endocrinología, ginecología y obstetricia, pediatría, entre otras.

Así, en el caso de los campos clínicos, son un conjunto de médicos especialistas (adscritos a los hospitales) quienes se encargan de impartir los cursos que se sustentan tanto en una parte teórica como en una clínica, o sea, práctica. De ahí que la oferta curricular se imparta al interior de los hospitales.

Néstor: cuéntame cómo fueron tus primeras rotaciones antes del internado, estos ciclos clínicos...

Julia: pues en la facultad es en quinto semestre, solamente esa parte es donde lo dividimos por semestre y por eso nuestra carrera dura seis años y medio, primero y segundo en la facultad y este quinto

semestre, nosotros lo llamamos tercerito, y este tercerito ya es cuando comenzamos a ir al hospital y yo precisamente estuve en el Hospital General de México, donde ahorita estoy [haciendo la residencia], realmente es algo muy emocionante e incluso si te da un poco de miedo porque es cuando ya vas a ver al paciente, pudiste haber hecho tus prácticas de anatomía con el cadáver y todo eso pero hasta que no vas e interrogas alguien pues ya como que te empieza a caer el veinte de lo que realmente es estar con los pacientes, entonces realmente a mí me gustó mucho porque tenía maestros que nos dan esta materia básica que se llama propedéutica que es donde te enseñan todo lo básico que tiene que tener un interrogatorio y una exploración física para que puedas tener una historia clínica, eran doctores que ya eran un poco grandes pero que pues tenían mucha experiencia y desde ahí me empecé a dar cuenta del hospital en el que estaba y pues había muchísimas personas y muchísimos tipos de enfermedades, entonces siento que desde ahí me empezó a llamar la atención este hospital y pues ahí estuve tanto tercerito, como tercero que si es el año completo y cuarto y si es algo diferente porque pues ya tus materias son como que las especialidades, otorrino, oftalmo, ginecología, pediatría y ahí tú mismo vas viendo qué no te gusta y qué si te gusta ¿no?, así por ejemplo, ahí decir: “yo jamás sería cirujano, jamás sería esto” y ahí me empecé a dar cuenta de que a mí no me gusta el quirófano, que a mí no me gustaba entrar a las cirugías, de hecho es algo a lo que todo el mundo le tira al principio, “no es que yo quiero entrar a una cirugía, quiero ver una apendicetomía y a ver” y pues como estudiante de medicina tú lo único que haces es ver, tanto en la consulta como el quirófano, lo único que haces es escuchar la consulta, que es lo que dicen los doctores y a veces si te preguntan, te hacen alguna pregunta académica y pues de eso es precisamente lo que vas aprendiendo porque también van surgiendo dudas y pues como decía a muchos les interesa entrar al quirófano para empezar a ver pues todas estas cuestiones ya de cirugías y ahí yo me di cuenta que a mí no me gustaba, llegaba a un punto en el que yo me aburría, me aburría de estar viendo, medio viendo, porque muchas veces los que están ahí cerca pues obviamente, es el cirujano y tu como estudiante de medicina estás ahí lejitos, pero pese a eso es un ritmo que obviamente ya, igual ahorita lo veo en retrospectiva, pues es muy tranquilo pues lo único que haces es ir al hospital, tomas tu clase

teórica en el hospital y ya después te vas a la práctica clínica, que en este caso sería la consulta o entrar a alguna cirugía y ya te puedes ir a tu casa...

En términos cotidianos, la formación en los campos clínicos supone que las y los estudiantes tomen clases teóricas al tiempo que realizan rotaciones por diversas sedes hospitalarias (en ocasiones en distintas sedes hospitalarias simultáneamente) donde se atiende a los pacientes según la especialidad comprendida en el campo clínico.

Néstor: ¿Cuál fue la rotación que más te agradó, la que más te llamó la atención?

Emiliano: yo creo que la de los últimos dos meses, en la que estuvimos en el Seguro Social, porque prácticamente ya era como un internado pero sin guardia, prácticamente, teníamos una clase con el maestro, por ejemplo, en la mañana y esa misma clase la veíamos en la tarde pero ya en pacientes ¿no? entonces teníamos una retroalimentación bastante directa teníamos lo teórico en la mañana y prácticamente lo práctico en la tarde y si lo teníamos por ejemplo la clase en la noche tal vez en el siguiente día o en esa misma semana teníamos la retroalimentación con el paciente entonces eso a mí se me hizo muy muy práctico muy dinámico no se te iba el conocimiento así de leí, leí, leí, leí, pero no lo pude contrastar en un paciente, ahí lo veíamos, lo leíamos y prácticamente decía mira, lo que acabo de leer lo estoy checando con el paciente y como teníamos al maestro por nosotros ahí mismo pues prácticamente la duda la podíamos disipar en el mismo momento sin tratar de o sin perder mucho mucho tiempo y no estar inventando cosas...

Las sedes hospitalarias por las que rotan las y los estudiantes varían en función de la adscripción del médico de base que funge como profesor responsable de la clase, viéndose acotada la posibilidad de elegir dichas sedes en función de la posibilidad de elegir al o la profesora, elección que también está determinada por el rendimiento académico, o en concreto por el promedio de las notas alcanzadas hasta el momento de la elección. Así, la posibilidad de rotar por diferentes sedes hospitalarias varía, nuevamente, en función de la

disponibilidad de oferta a la que se ven expuestos las y los alumnos durante su formación universitaria.

Néstor: ¿Y a cuáles hospitales fuiste?

Sara: Por ejemplo, cuando empecé en medicina familiar, iba a una unidad de medicina familiar que es la 64, que está en Santa Catarina, fui al Metropolitano a rotar en urgencias y en cirugía, fui al materno infantil a rotar en pediatría y en gine, fui también al hospital de gine del IMSS a la 23, a rotar en gine, fui al Christus Muguerza, perdón, a La Conchita, de Christus Muguerza, a rotar también en gine, fui a, ¿dónde más?, al hospital 33 a rotar en neuro, a la 67 a rotar en cardio, a la 34 también a rotar en cardio y en neumología, la verdad es que anduve por todas partes.

Néstor: está interesante, ¿por qué mezclaste tantos? ¿Por qué no te fuiste solamente a privados? ¿Por qué no te fuiste solamente a públicos?

Sara: Porque quería ver el contraste que había entre, es bien diferente cómo se maneja la medicina privada, cómo se maneja la medicina institucional, pues digo, principalmente recursos y quería ver cómo funcionaban las dos partes, entonces trataba de no irme nada más al ámbito privado, sino tratar de, de hecho prefería estar en el ámbito institucional porque sentía que podía, una, me dejaban hacer más cosas, porque generalmente en el ámbito privado, pues siendo estudiante te limitan bastante y en el ámbito institucional es como que es más fácil que tú puedas interactuar con el paciente o que tú puedas hacer algo y además hay muchísimo más volumen de donde puedes aprender.

Dichas rotaciones suelen llevarse a cabo mediante el ingreso a la consulta externa (cuando esta existe) de las diferentes especialidades por las que rotan, así como a la asistencia a los “pases de visita” en donde los grupos de alumnos (“semestrosos”, en la jerga hospitalaria) acuden a los distintos servicios hospitalarios (de las especialidades en cuestión) en donde, junto con las y los médicos de base y, en ocasiones, junto con internos e internas o las y los residentes, se examina el estado de salud de las y los pacientes a “pie de cama”, en plena

interacción con ellos casi siempre conducida por los médicos de base o en su caso por los residentes de mayor jerarquía.

Durante dichas rotaciones es frecuente también que las y los profesores, los médicos de base, aporten o examinen la asimilación del conocimiento propio de la especialidad en cuestión, siempre a la luz de situaciones y casos concretos.

5.2.1 Punto de giro: “todo adquiere sentido”

Así como el inicio de la formación escolar supone un reposicionamiento de las y los estudiantes en el espacio social (y en muchos casos una ruptura importante con la lógica escolar preuniversitaria y, sobre todo, con la lógica familiar), más precisamente un traslado al interior del campo médico; el acceso a los ciclos clínicos, así como al internado, implican una profundización y un punto de giro importante en dicho desplazamiento.

La citada profundización remite, desde el punto de vista del proceso de profesionalización, a una intensificación de la socialización mediante la asimilación práctica e interiorización de las propias regularidades situacionales a que los y las médicas se ven expuestos en los diferentes espacios del ámbito hospitalario.

Cómo hemos visto anteriormente, el ingreso institucionalizado al campo médico, por lo menos en los momentos iniciales, durante su fase universitaria, se encuentra caracterizado por el aprendizaje y asimilación casi de manera exclusiva de un conjunto de conocimientos y saberes abstractos que son una parte sustantiva de los acervos de conocimiento (general y abstracto) que permiten darle sustento y consistencia lógica a la visión del mundo médico (Baeta S, 2015; Hernandez, 2011; Menéndez, 2020)

Por otro lado, el acceso a los ciclos clínicos supone para las y los estudiantes de medicina la adquisición e interiorización de un conjunto de habilidades clínicas de inherente naturaleza práctica, las cuales constituyen, junto con el conocimiento médico abstracto, el núcleo de capacidades sobre las que esta profesión ha establecido un dominio monopólico.

Ahora bien, desde el punto de vista del proceso de identificación profesional, el acceso a los ciclos clínicos supone una nueva ruptura, un punto de giro, en el que se registra un cambio en la lógica que ordena las actividades cotidianas que las y los estudiantes deben realizar en el campo médico.

Néstor: pasemos a los campos clínicos, ¿cómo fue tu experiencia?

Diana: pues los campos clínicos desde el quinto semestre dependían mucho del doctor que nos diera la clase, si el doctor estaba matriculado en el ISSSTE pues íbamos al ISSSTE, si estaba en el IMSS en el IMSS y si estaba en el Hospital General, pues también en el General, entonces era lo más común, o sea de dónde él trabajara era a donde se nos llevara y ahí te ponían los sellos para poder entrar a los hospitales.

Néstor: en términos generales, ¿qué consideras que fue tu mayor aprendizaje durante los campos clínicos?

Diana: la experiencia de los doctores y ver como ya al paciente, porque a veces los primeros cuatro semestres considero que son pesados porque la talacha de estar leyendo y leyendo y leyendo y dices: pues esto para qué, dos años de mi vida invertidos para no tocar y aparte sientes como la presión social, tu familia te pregunta: “¿y qué me todo para no sé qué?”, “pues no sé porque en estos semestres no aprendí nada de eso”, y pues ya, ver a los pacientes, aprender enfermedades y ver qué sí, hay cosas en los libros reflejadas ahí, si era como “pues ay, si es cierto, o sea, este paciente tiene esto, esto y esto, mejor [inaudible] entonces le puedo dar este tratamiento, “lo que va a seguir va a ser esto”, o sea, ya poder como aterrizar todo lo aprendido, si era lo más fructífero, como decir: “ah, bueno, entonces, todo si sirvió”

El ingreso a los diversos espacios que componen el ámbito hospitalario implica un desplazamiento que se opone sustantivamente con la dinámica universitaria que caracteriza a los momentos previos de la trayectoria formativa. Mientras que la etapa escolar es experimentada como la inmersión en acervos de conocimiento abstracto (una especie de alienación o reificación de la experiencia), el acceso a los ciclos clínicos primero

y, posteriormente, al internado suponen la inmersión y asimilación a una lógica concreta, situada y práctica. Ahora bien, no debe olvidarse que este ingreso prematuro y limitado al espacio hospitalario, sobre todo en esta etapa, supone un momento ambivalente en el que entran en conflicto su estatus, en tanto estudiantes y el acceso a una situación propiamente profesional, esta disonancia es algo que nunca se les deja de hacer notar al interior del espacio hospitalario: son “semestrosos o semestrosas”, ni siquiera llegan a ser “mipcitos o mipcitas” (Becker, 1961, p. 191 y ss.).

A pesar de este conflicto de estatus, el citado desplazamiento es vivenciado como una *dotación de sentido* de la experiencia formativa, la cual, hasta el momento del inicio de los ciclos clínicos, se encuentra centrada en la adquisición intensiva de conocimientos abstractos que no necesariamente cuentan con un referente inmediato y, por lo tanto, ajeno a las actividades que las y los estudiantes llevan a cabo como parte del proceso formativo.

El aprendizaje clínico, acompañado con la adquisición y asimilación de diferentes disposiciones prácticas tanto formales como informales, reordena, pone en su lugar, la visión del mundo que las y los médicos habrían comenzado a adquirir en etapas previas al tiempo que ubica y define el lugar que ocupan en él, con ello contribuyendo a la generación de un sentido práctico profesional.

Julia: [...] los considero a esos dos años y medio como ya la etapa en la que pones en práctica todo lo que aprendiste en tus fases teóricas y pue sigues aprendiendo mucho más y es más interesante o al menos yo lo considero así porque ya son las patologías, ya empiezas a ver lo que para ti sientes que pues te sirve realmente, a veces cuando estás en primero y estas estudiando la célula y que el tejido, pues si obviamente es muy importante conocerlo, pero luego dices: “ay no, pero esto no es lo que pones en práctica cuando estás en una consulta”, ya después ves la importancia que tiene conocer todo eso, pero lo que ves en las etapas es lo que ya te va sirviendo para tu vida futura y tu vida diaria.

La estructuración de la visión del mundo médico ocurrido durante esta etapa supone, por lo menos en un sentido pragmático, asociar un *porque* al estado de salud y enfermedad de

las y los pacientes, pero también y, sobre todo, de las propias prácticas que ellas y ellos deben realizar como parte de su ejercicio profesional, validando así los acervos de conocimiento previamente acumulado al tiempo que crea una justificación a sus prácticas⁴⁰.

Vale la pena enfatizar que esta dotación de sentido se encuentra lejos de ser una operación cognitiva auto evidente que le ocurre a las y los estudiantes de manera aislada e independiente, más bien se trata de un largo proceso colectivo de aprendizaje clínico y presencial, inmerso de lleno en el interior del ámbito hospitalario, el que remite tanto a sus regularidades espaciales y situacionales, como también al entramado de relaciones sociales que lo componen.

Así, este proceso de aprendizaje se da, literalmente, *de la mano* (buena parte de la adquisición de saberes clínicos se da por medio del ejemplo y la cercana e íntima guía de otras y otros médicos e incluso de otras y otros profesionales de la medicina, quienes junto con las y los estudiantes examinan casos clínicos reales y también, en ocasiones de forma un tanto violenta al conocimiento que poseen las y los estudiantes) a partir del diagnóstico

⁴⁰ La complejidad de este fenómeno rebasa lo que hasta ahora se ha expuesto en esta investigación, sin embargo, se pueden adelantar algunas anotaciones interesantes sobre la teoría de las prácticas y su relación con la reproducción del conocimiento profesional. La reproducción del saber médico supone la interacción entre conocimiento práctico y conocimiento abstracto, de hecho, se podría decir, que una de sus metas remite a la racionalización de las prácticas de las y los médicos por medio de lograr su fundamentación sobre ciertas bases de conocimiento profesional y científicamente validado (cualquier cosa que esto signifique). Lo anterior supondría llevar a las y los estudiantes a cierto nivel de reflexividad sobre su actividad, siendo esto por sí mismo ya un rasgo un tanto ajeno o extraño a la propia reproducción de las prácticas y, por lo tanto, un rasgo marcadamente distintivo del proceso de aprendizaje de otras ocupaciones y, por lo tanto, cierto aspecto diferenciador de las profesiones. Se podría decir que momentos similares de racionalización y/o reflexividad también ocurren en la reproducción del conocimiento propio de un sinnúmero de ocupaciones, sin embargo, el nivel de exigencia e institucionalización que esto supone es marcadamente superior en las profesiones y sobre todo en la profesión médica. Dicha institucionalización de los procesos de racionalización y profesionalización tienen profundas implicaciones en el desarrollo del proceso de identificación profesional dado que implica una serie de momentos de reflexividad que se presentan en muy diferentes áreas de la experiencia formativa (se verá más adelante) interviniendo de manera reiterada y en contrasentido con la lógica preconsciente sobre las que en teoría se despliega el sentido práctico y por tanto la propia identidad de las personas tanto en ámbitos ocupacionales como en otras situaciones. A hora bien, hay que llamar la atención de que incluso la definición de estos momentos de reflexividad supone la mediación permanente de diversos marcos pragmáticos que operan en diferentes niveles y ámbitos de la práctica y que crean formas diferenciadas de reflexividad situada.

y de la definición de tratamientos, vinculando en ese momento, mediante su proceder concreto el conocimiento abstracto con una actividad tanto diagnóstica como terapéutica.

Romina : [...] no me identifico en ninguna área en específico, no me identifico, hasta que entro la rotación que tenía como que tipo medicina familiar y te mandan a consulta, y era, me acuerdo que era pura consulta de crónico degenerativos, cuidado de diabetes, hipertensión etc., y mirabas al doctor dar consulta y luego el doctor, me puso a dar consulta, entonces en el momento en que me sentaron en la silla de la consulta y de que enfrentar al paciente y que la que le iba a hacer la consulta, me di cuenta de que lo que a mí me gustaba era la consulta y fue como que “tin” fue como que hice “click” pero me tomó mucho tiempo, durante toda la universidad no me identificaba como que un área en específico... [...] hasta que paso por esa última rotación de mi internado, que me ponen a dar consulta, hasta que me ponen a hacer así como que el cuidado de los pacientes con crónico degenerativos, con hipertensión, diabetes, síndrome metabólico, obesidad, etc.. que era como guiarlos, ayudarlos al mantenimiento de su enfermedad a que no se complicaran, eso fue donde hallé como que mi primer: “a ok, va, lo que a mí me gusta es esto”, paso al servicio social y es pura consulta, éramos una compañera y yo en un ejido, todo el ejido era pues del centro de salud de nosotros y era consulta todo el día y parte de la noche, entonces ahí me doy cuenta de que lo que a mí me gusta es la consulta...

[...]

Néstor: tú me decías que fue hasta que entraste a esta parte de medicina familiar, pero también me decías que en las primeras rotaciones que ustedes hacían en la parte escolar, ya ustedes estaban en contacto, asistiendo a consulta, ahí ¿no viviste esta experiencia?

Romina : lo que pasa es que en ese momento, este, yo creo que lo diferente fue que el doctor me sentó a dar consulta, y se quedó sentado solamente viéndonos solamente al paciente y a mí, fue como ese cambio de papeles porque en la carrera tú estás sentadita viendo lo que está pasando, no interactúas, o sea, haces preguntillas pero ya, no tienes... no sé, fue como ese cambio de papeles al ya estar en la silla de la consulta, el entender que la doctora iba a ser yo, el

comprender que la responsabilidad no iba a ser la de alguien más o de que alguien me dijera qué hacer, era como yo tenerme que comunicar completamente con el paciente, “a qué viene, qué tiene, desde cuándo, qué ha hecho, qué no ha hecho, qué ha comido, no ha comido, tomó sus medicamentos, no se los ha tomado”, entonces cuando estás en la carrera, el que lleva las riendas es el doctor, el doctor lleva las riendas de la consulta, y en ese momento que me hacen el cambio que el doctor, solamente se queda sentado y se me queda viendo como: “ándale da la consulta” fue como un boom, fue como un click de “ok, o sea la doctora soy yo”, entonces fue como que esa inversión de papeles, no sé, lo que me hizo, no sé, caer en cuenta...

Dicha actividad puede caracterizarse también como una relación de saber/poder, en la que una parte importante de vinculación entre el conocimiento abstracto con el estado de salud de los pacientes y la práctica de los médicos queda asegurada por un ejercicio de poder por parte de aquellos médicos que representan el papel de maestros durante los ciclos clínicos, profundizaremos en las diferentes dimensiones de estas relaciones de poder más adelante.

Lo anterior no quiere decir que esta vinculación entre conocimiento abstracto y práctica clínica se sostenga exclusivamente en una relación de poder, existe un conjunto de elementos y, sobre todo, evidencias que gradualmente, de la mano del propio proceso de aprendizaje y adquisición de experiencia, validan el conocimiento adquirido. Uno de los más importantes quizá sea la propia certeza que las y los estudiantes acumulan sobre el resultado o el efecto de sus propios diagnósticos, tratamientos o de las intervenciones y, particularmente de su práctica tanto personal como colectiva. Elemento que, como veremos, contribuye a la definición de su identidad profesional y, en particular, de una narrativa identitaria reflexiva que realizan las y los médicos sobre sí mismos.

En todo caso, considero que es válida la inferencia de que el logro de la validación de la relación entre conocimiento y práctica médica se encuentra mediado por un entramado de relaciones de poder/aprendizaje que tiene mayor peso en las fases iniciales de la formación médica.

Es por ello por lo que vale la pena remarcar la importancia de los diversos aspectos que componen al contexto pragmático en el que transcurre la reproducción del conocimiento médico, y de entre ellos el del papel que tienen las relaciones de saber/poder. De esta manera, la profesionalización de las y los estudiantes de medicina, se aboca no solo al aprendizaje de un conjunto de conocimientos abstractos o a la adquisición de ciertas habilidades clínicas propias de la profesión, las cuales en su conjunto tienen una relevancia esencial en el proceso de formación profesional, sino que también remite a la asimilación y dominio competente de las condiciones prácticas en las que ocurre la reproducción de estos dos aspectos esenciales del saber médico. Siendo dichas condiciones pragmáticas esenciales para poder generar un discurso médico coherente y unificado.

Uno de los aspectos más relevantes asociados al dominio de dichas condiciones pragmáticas remite a la necesaria interiorización de esquemas, *principios de visión y clasificación* que junto con algunos otros elementos conforman sendos acervos de conocimiento informal relativos a la naturaleza, a la lógica y, sobre todo, al uso competente y coherente del espacio social en general y al campo médico en particular.

La importancia del aprendizaje de estos esquemas clasificatorios y de los principios de visión en ellos implícitos resulta crucial para el proceso de identificación profesional de las y los médicos toda vez que en ellos se objetivan un conjunto de distinciones simbólicas que ordenan y dotan de *forma* tanto al campo como a la propia visión del mundo desde la perspectiva médica. En estos esquemas se concentra un complejo conjunto de propiedades y caracterizaciones tanto del espacio social, del campo, como del conjunto de actores que en ellos intervienen, lo que implica mutuamente (por medio de un conjunto de diferencias y distinciones) una caracterización de las propias propiedades de las posiciones que los y las médicas ocupan, así como de las actividades que deben realizar de acuerdo con dichas posiciones.

La dotación de sentido implícita en el punto de giro producido por el ingreso al campo médico no remite solamente al efecto generado por el perfeccionamiento de la visión del mundo médico que las y los médicos comienzan a desarrollar mediante la adquisición de

habilidades clínicas sino también, de forma correlativa, por la asimilación y definición de un lugar, de una posición para sí mismos y sí mismas (para y frente a los otros y otras) en un nuevo espacio social.

Vale la pena aclarar desde ahora que una parte importante de la asimilación de estos esquemas clasificatorios, de sus principios de visión y de división implícitos y, en general, estos acervos de conocimiento informal son de naturaleza práctica, corporal, sensorial (y emocional), descansan en buena medida en la adquisición e interiorización de sendas disposiciones corporales vinculadas a los contextos pragmáticos, simbólicos y materiales (particularmente espaciales).

Así como el acceso a los ciclos clínicos supone una relocalización en el espacio social para ocupar una nueva posición en el campo médico, también supone un desplazamiento radical en condiciones cotidianas, en las situaciones concretas en que se manifiesta dicho campo.

El inicio de los ciclos clínicos (aunque aún de manera parcial) implica también una ruptura que, aunque es limitada, marca una diferencia con los contextos situacionales en los cuales se despliega el proceso formativo durante los primeros momentos de la trayectoria formativa, lo que remite a la necesaria interiorización y asimilación tanto de un conjunto de disposiciones prácticas asociadas a la familiarización o dominio de diversos *escenarios* (Goffman, 2004) y situaciones a las que se expone la experiencia de las y los estudiantes.

5.2.2 Heterogeneidad, nuevos capitales y confianza

Resulta pertinente mencionar que la forma concreta como se configuran las citadas rotaciones clínicas puede variar incluso de hospital a hospital, sin embargo, un hallazgo importante que vale la pena rescatar es la identificación de un patrón particular: fuera de los hospitales asentados en la Zona Metropolitana del Valle de México es más probable que aumente considerablemente el nivel de involucramiento de las y los estudiantes en las tareas cotidianas de atención a pacientes al interior de los hospitales, lo anterior incluso con independencia del tipo de escuela de medicina de procedencia de las y los estudiantes.

Julia: [...] como estudiante de medicina, tú lo único que haces es ver [Julia era estudiante de la Facultad de Medicina de la UNAM e hizo sus ciclos clínicos en el Hospital General de México, en la Ciudad de México], tanto en la consulta, como en el quirófano, lo único que haces es escuchar la consulta, qué es lo que dicen los doctores, a veces si te preguntan te hacen alguna pregunta académica, y de eso es precisamente lo que vas a aprendiendo porque también te van surgiendo dudas, y pues, como decía, a muchos les interesa en ese momento, entrar a quirófano para comenzar a ver pues todas estas cuestiones ya de cirugías y ahí yo me di cuenta de que a mí no me gustaba, o sea que, llegaba un punto en el que yo me aburría de estar ahí medio viendo, porque muchas veces los que están ahí cerca solamente, es el cirujano y tu como estudiante de medicina, pues obviamente estás ahí lejitos [...] y muchas veces a muchos compañeros les interesa hacer guardias desde que somos estudiantes y eso con el fin de que no les caiga de lleno cuando ya empezamos el internado pero yo tenía pues así, cuando estás en tus ciclos clínicos, empiezas también a conocer a otra gente de mayor rango, conoces a internos o a pasantes de servicio social o a los mismos residentes y ellos mismos son los que te van dando consejos y ellos son los que, bueno a mi mucha gente me dijo: “sabes que, hasta que no empieces tu internado, tu disfruta tus ciclos clínicos, no hay necesidad de que empieces a hacer guardias porque, honestamente, pues también vas a venir y realmente no vas a hacer nada, mejor vive todo a su tiempo, a cada etapa que lo tengas que vivir y pues era lo que alguna vez una interna me dijo cuando yo era estudiante: “o sea si esta carrera es para ti, va a ser para ti y punto, no tienes que estarte convenciendo cada cinco minutos de que esto es lo que realmente quieres porque simplemente lo disfrutas y yo creo que hasta dónde estás pues lo has disfrutado”...

Mientras que es frecuente que las y los estudiantes en los hospitales de la ZMVM limiten su actividad clínica a las consultas, los pases de visita o, a lo más, a la generación de historias clínicas, en los estados este involucramiento remite a la colaboración directa en la atención de las y los pacientes, actividades que convencionalmente se realizan hasta la etapa del internado o incluso la residencia, llegando a tal grado que las y los estudiantes deben cubrir “guardias” en los distintos servicios, aunque también es muy común que en dichas guardias

(o cuasi guardias) su participación se vea restringida a labores sencillas que no suponen gran experiencia clínica.

Néstor: ¿Dónde hacían las prácticas [ciclos clínicos], en el Hospital Central, no te penalizaron por suspender la carrera?

Marisol: no me penalizaron, al contrario, cuando regresé ellos [sus compañeros] tenían la práctica que todos los compañeros ya tenían, este, por ejemplo, yo me fui sin saber sacar muestras [Marisol suspendió sus estudios, particularmente el inicio de los ciclos clínicos por presión de su pareja] y regreso y sigo sin sacar muestras, no sé poner sondas, no sé hacer curaciones y etc... no se suturar pero realmente mis compañeros me ayudaron muchísimo, como de “nombre mira vente, yo te enseño, vamos a hacer esto, qué tal si practicamos esto” entonces realmente me ayudaron muchísimo cuando regresé.

Néstor: hace un momento me decías que cuando estaban durante la fase de las clases no había como mucha confianza con tus compañeros, ¿por qué consideras que fue diferente ahora que te incorporaste a las prácticas?

Marisol: pues por lo mismo, o sea, cuando estamos en una guardia, somos un equipo contra el mundo, por qué, porque a veces no hay médicos de base, a veces no hay quien te esté supervisando entonces tú y tus compañeros son los que tienen que sacar la chamba y contra todos los pacientes que se vengan en esa guardia, porque puede haber una guardia en la que haya diez pacientes, todo bien a lo mejor no vienen tan graves, pero hay otros que pues no sé, todo, desde que vengan pacientes chocados desde que vengan traumatizados, que tengas que hacer mil suturas, o sea varias cosas, pero es tú y tus compañeros contra el mundo, entonces yo creo que ahí es donde empieza a hacer como esa fraternidad, te que te empiezas a ver con ellos ya cuando estas post guardia, que estás dormido, no has comido no has nada y tu compañero está igual que tu entonces nosotros mismos [...] mucha empatía...

Néstor: otros médicos me han platicado que, en los ciclos clínicos, por los menos en sus universidades solo se dedicaban a hacer historias clínicas, ¿era lo mismo en la Autónoma de San Luis?

Marisol: no, para nada, para nada, o sea si nos tocaba empezar a hacer como la historia clínica pero eso es en la mañana, en la práctica de la mañana, íbamos creo que de nueve de la mañana como doce del día y es como que “mira vente, vamos a explorar al paciente”, por ejemplo, los neurólogos “así se explora neurológicamente a una paciente” o “vamos a hacerle históricas clínicas de un pediatra” así... pero ya en la noche, ya cuando es lo bueno, la guerra, ya es saca muestras, lleva esto, tómale la radiografía, carga a esta paciente, hay que llevarla a no sé dónde, ponle la sonda a no sé quién, hay que la curación a no sé quién, ponle una férula a esta paciente, oye ya llegó el politraumatizado, hay que tomarle radiografía de tórax, de las cervicales, etc etc, oye complementa a no sé quién, “o sea no, ya”

Néstor: prácticamente es como un internado, casi casi

Marisol: si, es el “pre internado” en algunas escuelas así le dicen, el pre internado

Néstor: desde las prácticas, ustedes ya tenían guardias

Marisol: si

La razón del involucramiento temprano en tareas y responsabilidades de atención a las y los pacientes se encuentra en la carencia estructural, crónica y sistemática de recursos humanos en el sector salud en México. Esta es una característica determinante de la manera como se forman las y los médicos en el país. Los diversos “sistemas” de salud, tanto públicos como privados en México, dependen en buena medida del trabajo parcial y escasamente remunerado de las y los estudiantes, internas e internos y, sobre todo de las y los médicos residentes. Quienes, en su conjunto, con frecuencia son los responsables de la atención a los pacientes tanto en el primer nivel de atención (por medio de médicos generales que realizan su servicio social) como en el ámbito plenamente hospitalario, donde internos e internas, así como residentes son quienes asumen una muy buena proporción de la carga que supone la atención médica en la cotidianidad de estas instituciones.

Este patrón tiene importantes implicaciones en el perfil formativo que las y los médicos pueden desarrollar a lo largo de su trayectoria y crea, por lo menos en principio, las condiciones para que las y los estudiantes de medicina en escuelas de los estados adquieren una mayor formación clínica, favoreciendo con ello la adquisición temprana de habilidades y destrezas en comparación con otras y otros médicos no expuestos a estas circunstancias (habilidades y confianza por parte de las y los colegas sobre las capacidades de las y los estudiantes que pueden facilitar el acceso a espacios médicos restringidos en momentos futuros de la trayectoria).

Ahora bien, como he dicho antes, la forma concreta como se articulan los ciclos clínicos varía casi de hospital a hospital. Debido a esta gran heterogeneidad en que se manifiesta la oferta hospitalaria en las grandes ciudades, en particular en la ZMVM (ahí donde abunda la oferta educativa y hospitalaria), es posible que las y los estudiantes puedan acceder intencionalmente a la adquisición de habilidades clínicas desde etapas tan tempranas como los ciclos clínicos, aunque hay que decir que se trata de un fenómeno discreto y no generalizado.

De esta forma, las y los médicos tienen la posibilidad de elegir aquellas instituciones hospitalarias que, a su juicio, aumenten la posibilidad de involucrarse en una temprana adquisición de habilidades y experiencia clínica, incluso desde los ciclos clínicos.

Al respecto hay que decir que, a diferencia de la formación médica en los estados, en las zonas urbanas, se presentan unas determinadas condiciones situacionales que posibilitan la elección relativa de las sedes hospitalarias, lo que crea las condiciones de posibilidad del ejercicio cierta reflexividad o, en otras palabras, de la definición de unas estrategias escolares o profesionales de reproducción, cuyos criterios de orientación, a diferencia de los que operan en las estrategias de reproducción familiares, comienzan a autonomizarse de los intereses y la influencia familiar para dar peso a los propios intereses del campo médico.

Néstor: cuéntame cómo fue la etapa de los ciclos clínicos...

Ana Maria: en mi universidad ya estaban establecidos los hospitales por los que íbamos a rotar, [...] había doctores que daban clase, que daban clase, y ellos trabajaban por decir, en el ISSSTE, entonces la rotación de esa materia se hacía en el ISSSTE, y había otros que trabajaban en la Secretaría de Salud y se hacía en la Secretaría de Salud o había otros que trabajan en el IMSS, y se hacía en el IMSS, o sea nosotros en ese tiempo fuimos a hospitales generales de zona, del IMSS, hospitales generales de Secretaría de Salud y, hospital general del ISSSTE, en los tres...

Néstor: ¿Y podían escoger ustedes o eran fijos?

Ana Maria: eran fijos, dependía del médico que estuviera a cargo de esa materia, lo único que sí podíamos elegir era el grupo en el que queríamos estar, entonces ya el médico ahí ya como que elegíamos qué médico queríamos que nos diera clase...

La heterogeneidad de la oferta hospitalaria sienta ciertas condiciones “estructurales” para la emergencia de espacios y momentos en los que los y las médicas deben elegir e incluso planear detalladamente su propia trayectoria formativa. Los y las médicas se enfrentan a situaciones estructuradas que posibilitan el uso de ciertas capacidades reflexivas y agenciales de los individuos. De hecho, estamos frente a un fenómeno en el que esta profesión ha institucionalizado e incluso oficializado una serie de instancias a lo largo de la trayectoria formativa en las que las y los médicos se ven condicionados institucionalmente a desplegar las citadas capacidades agenciales y reflexivas⁴¹. A lo largo

⁴¹ Se podría objetar que este no es un rasgo exclusivo de la profesión médica y, de hecho, no lo es. La vida social en general y las diversas trayectorias formativas en muy diversas ocupaciones en particular muestran momentos y circunstancias en los que las y los individuos se ven “orientados” a desplegar las citadas reflexividad y agencia. Sin embargo, a diferencia de otras ocupaciones, la profesión médica muestra un considerable nivel de institucionalización, objetivación, codificación e incluso oficialización de estos momentos. De hecho, los propios niveles de segmentación o diferenciación interna de esta profesión son aspectos que la particularizan con respecto a otras ocupaciones, toda vez que las y los médicos no solo enfrentan situaciones de reflexividad en una sola trayectoria estandarizada sino que intercalan estos itinerarios entre un conjunto muy amplio de posibles sendas institucionalizadas y legítimamente reconocidas como médicas (ya no se diga de muy heterogénea cantidad los escenarios concretos por los que atraviesan en su trayectoria formativa), las cuales pueden tener sus propios ritmos y reglas particulares, todo esto, al tiempo que mantienen cierta coherencia y unidad con un núcleo compartido de elementos que los unifica como médicas y médicos mientras que los y las separa y distingue de otras ocupaciones.

de esta investigación iré resaltando algunas de estas circunstancias y momentos a los que se enfrentan las y los estudiantes de medicina a lo largo de su trayectoria formativa.

Ahora bien, así como la heterogeneidad en la oferta hospitalaria habilita la emergencia potencial de estos momentos de agencia y reflexividad hay otros factores que la moderan o la limitan, siendo el principal, el efecto provocado por la escuela de medicina de procedencia, la cual, como ya vimos, está fuertemente asociada al origen social. Así, en contextos marcados por la heterogeneidad en la oferta educativa y hospitalaria es posible identificar ciertos patrones generales de correspondencia entre determinados tipos de escuelas y hospitales.

Es un fenómeno regular el que las y los alumnos de escuelas privadas (por lo menos aquellas de mayor prestigio) tiendan a elegir (cuando esto es posible) hospitales privados para realizar los ciclos clínicos, lo mismo ocurre con ciertas instituciones hospitalarias públicas, particularmente aquellas con mayor prestigio y reconocimiento. Por su parte, quienes asisten a universidades públicas con mayor frecuencia recurren a las instituciones del sector público, al interior de este subgrupo hay que anotar cierta variabilidad, pues aún entre las universidades públicas hay algunas, las de mayor prestigio, en donde sus alumnos tienden a elegir los hospitales públicos más reconocidos y mejor valorados, como podría ser el caso de los institutos nacionales o, incluso, afamados hospitales privados.

Estas recurrencias se ven también favorecidas o restringidas por el establecimiento histórico de vínculos institucionales entre determinadas universidades y hospitales específicos. Así, por ejemplo, en el caso de la UNAM, es frecuente que sus alumnos hagan sus ciclos clínicos por instituciones como el Hospital General de México o los diversos Institutos Nacionales de Salud, así como por los hospitales de tercer nivel del IMSS entre otros, fenómeno análogo sucede entre universidades y hospitales privados donde preexisten convenios y arreglos previos que garantizan el que una parte de sus estudiantes puedan rotar por sus instalaciones.

Por último, hay un par de factores de efecto general que limitan las capacidades de las y los médicos en estos momentos de decisión a lo largo de toda la trayectoria formativa, estos factores remiten al efecto conjunto del promedio y la escasez en la oferta de espacios en los distintos hospitales, particularmente en los mejor valorados. Como ya he indicado, contar con un buen promedio puede garantizar una posición favorable al momento de elegir las posibles opciones hospitalarias, sin embargo, su efecto deviene relativo en la medida en que existe una cantidad limitada de espacios ofrecidos por las instituciones hospitalarias.

Hay que decir que, a pesar de la existencia de estos factores limitantes, muchos médicos, cuentan con cierto margen de elección y discriminación entre aquellas opciones que pudieran parecer muy homogéneas (en cuanto a su supuesta calidad), incluso entre aquellos hospitales que pudiesen no estar tan bien posicionados en el campo médico.

Néstor: ¿En qué año entraste ahí? [clínicas]

Estefanía: En el 2013. Entonces ya en cuarto yo ya sabía que era lo que quería que tenía que echarle más ganas.

Néstor ¿Se puede hacer clínicas en hospitales privados?

Estefanía: Si, pero la verdad nunca investigué eso porque no me interesaba, pero la UNAM si tiene. Por ejemplo: está el Santiago es, hay uno que se llama Mosel, Médica Sur y ya.

Néstor: ¿Quién se va a esos hospitales? ¿Quién hace clínicas ahí?

Estefanía: Los fresas, pues es que en esos hospitales no haces nada. O sea, son pacientes un poco delicados en el sentido de que no quieren que los toques. Entonces, cómo vas a llegar tú y presentarte y decir: hola soy estudiante ¿me deja explorarlo? Entonces, prácticamente ahí los estudiantes están pues de maniquí. Solo ves y no haces nada más. A mi precisamente lo que me interesaba era el contacto con el paciente, que me dijera vengo porque tengo diarrea y que le dijera: ¿Me deja explorarlo? Y me diga que sí. Entonces, la verdad creo que sí necesitabas un promedio alto para los privados, pero no estoy segura, nunca lo investigué, pero sí se puede.

Dada esta heterogeneidad de la oferta y la emergencia de estos espacios y momentos de habilitación reflexiva de la agencia, es frecuente encontrar en los relatos de las y los estudiantes el que hubiesen articulado estrategias y tácticas como parte de la estructuración de sus trayectorias formativas.

En ocasiones, la adquisición temprana de estas habilidades y destrezas deviene en un recurso que habilita a las y los médicos para diferenciarse del resto y quizá si logran consolidar su efecto, obtener mejores condiciones y posiciones en el campo. Al igual que el promedio, esta adquisición temprana de habilidades y destrezas clínicas deviene en un capital importante, aunque a diferencia del promedio que tiene ciertas cualidades más generalizables y objetivas, la eficacia de este *capital clínico* pareciera estar circunscrito a ámbitos particulares por lo menos en las etapas iniciales de su acumulación.

Así, por ejemplo, la adquisición de experiencia y habilidades clínicas les otorga a las y los médicos la posibilidad de generar relaciones de confianza y responsabilidad con sus compañeros y superiores, lo que les garantiza acceso a ámbitos restringidos de práctica y aprendizaje médico (también oportunidades laborales), así como a la obtención de favores y posteriores retribuciones. De hecho, sostengo, que la acumulación de una variante de este capital clínico, junto con la generación de capital social y el establecimiento de relaciones de confianza son factores que organizan la lógica de acceso a los diversos espacios quirúrgicos, siendo un tipo paradigmático el servicio y la especialidad de cirugía.

La posibilidad de que este capital clínico adquiriera una naturaleza más general y objetiva depende de la propia estructuración de la trayectoria y de los signos institucionalizados que denotan su posesión y fundamentalmente de las redes de confianza construidas durante la formación. Las y los médicos se hacen de un nombre y de un reconocimiento por haber rotado por determinados servicios y/u hospitales.

Este capital simbólico es ampliamente utilizado por las y los médicos para definir las diferentes situaciones que enfrentan a lo largo de su formación, ejemplo paradigmático de ello es el uso de los escudos de las diversas instituciones hospitalarias en las batas; las y los

médicos con frecuencia hacen uso activo de estos signos para evidenciar experiencias y pertenencias pasadas o presentes.

Paradójicamente, la posesión de este capital clínico, así como la formación de relaciones de confianza, devienen no solo en elementos habilitadores ahí donde existe la posibilidad de elegir entre una oferta más o menos amplia, sino también en un factor restrictivo del estilo de medicina que desean aprender a lo largo de su trayectoria. Vale la pena decir que esta restricción se encuentra lejos de ser un elemento coercitivo o constrictivo, sino que se hace presente como un medio de orientación y delimitación del interés propio de las y los médicos, acotando y definiendo las “mejores” posibilidades de desarrollo profesional.

Adquirir destrezas y habilidades clínicas, desarrollar un sentido práctico o incluso una cierta “conciencia” reflexiva sobre ello puede motivar el que las y los estudiantes busquen maximizar y proyectar la inercia que les ofrece el contar con dichas capacidades, las cuales devienen en ventajas diferenciales frente al resto de sus compañeros y compañeras.

Esta tendencia se potencia si alrededor de estas capacidades y recursos se estructuran vínculos de confianza y capital social, el cual puede facilitar el acceso, restringido para otras y otros, a determinados espacios en el ámbito hospitalario y en general en el campo médico.

Conclusiones

Uno de los principales hallazgos de este capítulo remite a las implicaciones propias de los puntos de giro. Como vimos a lo largo del capítulo las rupturas en las trayectorias de las y los estudiantes de medicina suponen para ellos y ellas una exposición a un cambio radical en la naturaleza de las condiciones y en la lógica predominante en momentos previos de la socialización. Fue interesante notar la manera cómo dichas rupturas y sus cambios asociados facilitaron el que las y los médicos desplegaran su capacidad de agencia.

Cuando los individuos cambian de contexto social (y en particular, cuando pueden dar cuenta adecuadamente de las reglas de este nuevo contexto) se exponen a una situación donde no necesariamente está presente el efecto condicionante de la situación anterior,

donde posiblemente no operen las mismas reglas y donde los recursos antes determinantes carezcan ahora de valor. En este capítulo pudimos ver cómo los estudiantes de medicina pueden utilizar el rendimiento académico como una herramienta a su favor en detrimento del efecto de las condiciones y recursos que caracterizan a su origen social.

Un caso similar ocurre cuando las y los estudiantes ingresan al espacio hospitalario, donde las reglas de esta nueva situación hacen valer con mayor fuerza a las habilidades clínicas y a la confianza por sobre las calificaciones y el conocimiento especializado, en este contexto, las y los médicos que pueden acumular dicho nuevo capital adquieren nuevas *capacidades* que hasta ese momento les habían sido negadas.

Como hemos visto en este capítulo, la exposición a una heterogeneidad de situaciones y condiciones diversas facilita a las personas adquirir ciertos márgenes de libertad y, como parte de esta circunstancia, posibilita la emergencia de su agencia reflexiva. Suspender las condiciones habituales que articulan la continuidad de las prácticas, romper con la actitud natural del mundo de la vida, condiciona a las personas a desarrollar nuevas soluciones de naturaleza reflexiva.

En este sentido, uno de los hallazgos concretos más notables de esta investigación radica justo en el efecto de la heterogeneidad sobre la trayectoria de las y los médicos. Que estén expuestos a una variedad de opciones, ya sean electivas o no, implica que las y los médicos se vean ante la necesidad de tomar decisiones sobre el itinerario que deben seguir, caso contrario al de las y los estudiantes que no cuentan con la oportunidad de acceder a una pluralidad de opciones, para sus trayectorias y, por lo tanto, su propia identificación profesional se encuentra prefijada desde un inicio. Así, la articulación de identidades reflexivas sólo es posible donde existen oportunidades de elección o, por lo menos, situaciones donde las personas han vivenciado una multiplicidad de posibilidades de ser y actuar.

Un último hallazgo relevante es el incesante proceso de clasificación al que son sometidos las y los médicos durante su trayectoria formativa, y es igualmente notable, como veremos

más adelante, que las y los propios médicos también someten a su entorno a un incesante proceso de clasificación. Es quizá esta característica uno de los principales fundamentos del propio proceso de identificación de las y los médicos, toda vez que esta clasificación del mundo es también una clasificación de sí mismos, de su posición y de sus características frente a otros y con otros.

De esta forma, fue interesante notar en la situación escolar que las y los médicos son permanentemente clasificados y etiquetados, de hecho, esta característica parece ser un fenómeno constante a lo largo de su trayectoria formativa: todo el tiempo son etiquetados y etiquetadas, definidos, catalogados según una serie de atributos reales o imaginarios. Vale la pena preguntarnos si este ejercicio constante de examen y clasificación no es una precondition generadora de una serie de identidades o, incluso más allá, siguiendo a Foucault, de la generación de un sujeto que pueda adecuarse a las necesidades del trabajo médico.

Para responder a esa pregunta habría que indagar en qué saberes y que prácticas se ponen en juego al momento de examinar y clasificar a los estudiantes, qué forma de ser se les está transmitiendo cuando son catalogados, qué se sanciona y qué se incentiva.

6. Estrategias formativas: ¿por dónde rotar?

Introducción

De cara al inicio del internado, al finalizar la etapa de los ciclos clínicos, las y los estudiantes de medicina se enfrentan nuevamente a la necesidad de elegir la sede hospitalaria (y en ocasiones subsedes) donde realizarán el “internado médico”. Al igual que en momentos precedentes, las y los estudiantes despliegan sendas estrategias destinadas a seleccionar la “mejor opción” hospitalaria posible para lograr una “buena formación profesional”⁴² (Mumford, 1970, p. 69 y ss.).

Ahora bien, a diferencia de coyunturas de elección previas, tanto la preferencia como la potencial elección de una sede hospitalaria se ve influenciada cada vez en mayor medida por criterios e intereses propiamente médicos en detrimento de la influencia de los intereses familiares, de pareja o externos al campo médico. Esto es así, porque para este momento de sus trayectorias, las y los estudiantes, han comenzado a asimilar e interiorizar tanto acervos de conocimiento especializado, sistemas de disposiciones prácticas que en su conjunto conforman marcos de significado sobre los cuales se articula *visión del mundo* particular de esta profesión y que define no sólo aquello que es relevante, valioso o

⁴² Hay que acotar dicha afirmación recordando lo que ya he mencionado antes: las decisiones de esta naturaleza en la trayectoria formativa de las y los médicos, siempre están condicionadas por el propio rendimiento escolar, reflejado en “el promedio”, en las notas o calificaciones. Ahora bien, aunque dicho condicionamiento reduce la amplitud de opciones a seleccionar, la oferta disponible siempre es clasificada en función de los criterios e intereses, adaptados a la disponibilidad, de las y los estudiantes de medicina.

significativo sino incluso una cierta inteligibilidad y redefinición de las características y naturaleza propias del mundo.

Dicha visión médica del mundo está sustentada sobre una serie de *esquemas clasificatorios*, *principios de visión y de división* que definen un conjunto de criterios, principios y valoraciones que les permiten a partir de los cuales las y los médicos ordenan y organizan el entramado de opciones hospitalarias por las que pueden optar según sus posibilidades objetivas, sus propios intereses y deseos, en suma, en función de sus *gustos*.

Según Pierre Bourdieu son estos esquemas clasificatorios una incorporación de las estructuras y divisiones objetivas del mundo que devienen a su vez en *estructuras subjetivas*, *esquemas generativos* y *esquemas corporales* que permiten la generación de prácticas coherentes con el mundo. Se trata de taxonomías prácticas que, por su propia naturaleza son generalizables, difusas e imprecisas y que incorporamos dada nuestra habituación a las condiciones de existencia del mundo, por nuestra práctica en él. De esta forma, los esquemas clasificatorios son:

“Producidos por la práctica de las generaciones sucesivas, en un determinado tipo de condiciones de existencia, esos esquemas de percepción, de apreciación y de acción que se adquieren mediante la práctica y se ponen en obra en estado práctico sin acceder a la representación explícita funcionan como operadores prácticos a través de los cuales las estructuras objetivas de las que son el producto tienden a reproducirse en las prácticas. Las taxonomías prácticas, instrumentos de conocimiento y de comunicación que son la condición de la constitución del sentido y del consenso del sentido, no ejercen su eficacia estructuralmente sino en la medida en que ellas mismas son estructuradas.” (Bourdieu, 2007b, p. 151)

Para Bourdieu, estos esquemas clasificatorios tienen una función cognitiva de naturaleza práctica toda vez que permiten organizar nuestra percepción, darle sentido, al tiempo que nos permiten estructurar, generar, nuestras acciones (Bourdieu, 1972, p. 97). Para este autor, la incorporación (embodiment) de dichos esquemas clasificatorios no es otra cosa que la interiorización de las estructuras objetivas del mundo, de las cuales los esquemas clasificatorios son producto, dando pie a la posterior reproducción de dichas estructuras objetivas a través de nuestras actividades.

Son estos esquemas clasificatorios, la incorporación de los principios de visión y de división del mundo objetivo, a través de las disposiciones, del aprendizaje habitual de las prácticas situadas, los que habilitan a las personas a actuar de manera razonable y adecuada a las circunstancias toda vez que les permite generar una comprensión de las diversas situaciones que enfrentamos, así como una adecuación de nuestra conducta a las mismas. Así, son estos esquemas uno de los fundamentos del *habitus*:

“La división en clases que opera la ciencia conduce a la raíz común de las prácticas enclasables que producen los agentes y de los juicios de clasificatorios que estos aplican a las prácticas de los otros o a sus propias prácticas: el *habitus* es a la vez, en efecto, el *principio generador* de prácticas objetivamente enclasables y el *sistema de enclasamiento* (*principium divisionis*) de estas prácticas. Es en la relación entre las dos capacidades que definen al *habitus* -la capacidad de producir unas prácticas y unas obras enclasables y la capacidad de diferenciar y apreciar estas prácticas y estos productos (gusto)- donde se constituye el *mundo social representado*, esto es, el *espacio de los estilos de vida*.” (Bourdieu, 2012, p. 200)

Ahora bien, hay que decir que si bien la socialización profesional supone la incorporación y aprendizaje de estos esquemas clasificatorios propios del campo médico y, por tanto, implica la posibilidad de distinguir y aprehender una imagen global del mundo médico, de sus posiciones y principios legítimos de diferenciación y de división, también es cierto que dicha incorporación se encuentra limitada por las propias condiciones sociales de existencia asociadas a la posición social que ocupan las y los agentes en el espacio social.

Las y los médicos adquieren y desarrollan un *habitus*, una *disposición generadora*⁴³, a través de la incorporación de un conjunto o sistema de disposiciones⁴⁴ propias de las condiciones sociales (a los contextos, a las regularidades y saberes inherentes de las prácticas propias de dichas posiciones sociales) a las cuales se han expuesto durante sus trayectorias sociales. En este sentido, si bien es posible hablar de *un* *habitus* médico, producto de la incorporación de unas disposiciones asociadas a las condiciones que suponen esta profesión en el espacio

⁴³ “...una disposición permanente adquirida mediante la repetición” (Bourdieu, 2020, p. 202)

⁴⁴ Las disposiciones inscriptas en el *habitus* tienen dos componentes: “una propensión a” y una “capacidad de” (Bourdieu, 2020, p. 202)

social (una posición hegemónica⁴⁵ en el *mercado de los bienes simbólicos*), es necesario reconocer que las propias variabilidad de condiciones en que se produce la incorporación de disposición, acervos de conocimiento y marcos de significado supone el desarrollo de igual especificación de *habitus* diferenciados o mejor dicho *estilos* o como yo los denomino *estilos de práctica médica*.

“Debido al hecho de que unas condiciones de existencia diferentes producen unos *habitus* diferentes, sistemas de esquemas generadores susceptibles de ser aplicados, por simple transferencia, a los dominios más diferentes de la práctica, las prácticas que engendran los distintos *habitus* se presentan como configuraciones sistemáticas de propiedades que expresan las diferencias objetivamente inscritas en las condiciones de existencia bajo la forma de sistemas de variaciones diferenciales que, *percibidas*, por unos agentes dotadas de los esquemas de percepción y de apreciación para describir, interpretar y evaluar en ellos las características pertinentes, funcionan como *estilos de vida*.” (Bourdieu, 2012, pp. 200-201)

Hay que acotar desde ahora que estos criterios no son estáticos y van variando no sólo en función de la asimilación y acumulación de los marcos de significado, disposiciones prácticas y acervos de conocimiento formal propios del mundo médico sino también en función de la propia coyuntura específica que atraviesan las y los médicos en formación a lo largo de su itinerario formativo.

De esta forma, lo que puede ser valioso para un o una estudiante al momento de elegir sede de internado puede ser por completo distinto a lo que es relevante al momento de definir una estrategia con miras a colocarse en el mercado laboral. En ambos momentos se ponen en juego principios de elección adecuados a los intereses propios del mundo médico, sin embargo, los criterios prevalecientes se adecuan a las demandas propias de la situación o del momento específico en la trayectoria formativa.

Contar con la capacidad de discernir entre la variabilidad de criterios es muestra de la adquisición de las competencias y disposiciones necesarias para que los médicos puedan

⁴⁵ De ahí quizá la pertinencia de hablar de un *habitus* médico autoritario como lo plantea Roberto Castro (2015)

desempeñarse de manera competente en el día a día del itinerario formativo y profesional. En este mismo sentido, el que se requiera una adaptación constante a cambios en los criterios en función de circunstancias variables no hace más que demostrar la capacidad que tienen las y los agentes de vigilar reflexivamente su actuar, demostrando así la forma cómo interpretan el cambio en sus circunstancias con base en aquello que resulta pertinente de aquellos marcos de significado, disposiciones prácticas y acervos de conocimiento generando las estrategias pertinentes que les permiten definir elecciones más o menos competentes en función de las circunstancias cambiantes (Garfinkel, 1967, p. 47 y ss.; Giddens, 1976, p. 148 y ss.).

Este capítulo tiene por objetivo mostrar las diferentes estrategias desplegadas por las y los médicos al momento de definir la sede por la que rotarán para realizar el internado, y, por lo tanto, de la orientación de su propia trayectoria profesional. La intención de dicha recuperación remite a mostrar, a través de las dichas estrategias, el uso de un conjunto de criterios y clasificaciones que son el producto de la asimilación e interiorización de las reglas del campo y la profesión médica.

6.1 “Hacer manitas”

Para una muy amplia proporción de médicas y médicos internos de pregrado (“MIPS”), el principal interés durante el internado remite a la obtención de la mejor y mayor cantidad de *experiencia clínica* posible, así como en el aprendizaje y dominio de un conjunto de *procedimientos* manuales o técnicos (términos cotidianos: “hacer manitas”) relacionados con la atención directa de los pacientes⁴⁶. Bajo este criterio general se organizan, se

⁴⁶ Esta distinción en ocasiones puede ser difusa, para algunos médicos y medicas el hacer manitas engloba todos los aspectos de la clínica médica (sobre todo en esta etapa de la trayectoria formativa), para otros y otras existe una clara diferencia: hacer manitas remite al aprendizaje y ejecución de diversas habilidades manuales o técnicas, a realizar “procedimientos” vinculados a la atención directa de los pacientes, sobre todo al interior del ámbito hospitalario. Por su parte, para otras y otros médicos, la experiencia clínica remite a un conjunto amplio de habilidades vinculadas a la observación, diagnóstico, examen, comunicación con los pacientes, etc...

discriminan y seleccionan, las distintas sedes hospitalarias en función de la posibilidad de adquirir dicha experiencia y en particular por la modalidad de dicho aprendizaje.

Emiliano es hijo de un administrador de empresas y de una profesional jubilada, su nivel de capital económico es alto, al momento de ingresar al internado era estudiante del Tecnológico de Monterrey, ha sido formado en el modelo de Medicina Basada en Evidencias.

Néstor: ¿cómo escogiste el internado?

Emiliano: el internado yo lo escogí por donde vivía y por la oportunidad de hacer manitas, básicamente. Yo lo escogí en el seguro [IMSS] nuevamente, mi decisión del seguro fue porque la estructura de trabajo ahí es diferente a otras instituciones ahí siempre hay médico adscrito por ejemplo, alguien que ya terminó la especialidad, siempre hay o casi siempre puede haber residentes, obviamente y prácticamente, el R1 y el interno [médico de base], entonces tienes mucha oportunidad de hacer muchas cosas y siempre vas a tener alguien que te esté asesorando, orientando y que lo estés haciendo bien, obviamente el residente aunque es un poquito más grande sigue siendo un médico en formación, prácticamente, no sé ahorita, porque ya terminé, pero la diferencia entre un interno y un residente prácticamente sólo es el nombre, básicamente viene siendo lo mismo, entonces, en el seguro siempre estaba el médico que te podía orientar, no significaba que estuviera bien, pero habría más la posibilidad de que él estuviera un poquito más orientado hacia lo correcto; creo que esa fue mi decisión por la que yo escogí.

El seguro, a diferencia del civil [Hospital Civil, esto es, de la Secretaría de Salud estatal], prácticamente eso se mueve a base de residentes, el R3 le enseña al R2, el R2 al R1 y el R1 al mip 2 y el mip 2 al mip 1 y así es como se va la cadena de conocimiento en una institución de salubridad y pues ahí si el R4 aprendió mal pues ahí va el regadero hacia abajo y básicamente cuando yo estaba no escogí el ISSSTE, porque, uno, ya lo conocía y el volumen de pacientes es mucho más bajo que en el seguro o en la salubridad entonces si busqué mucho tratar de practicar lo más posible en mi internado...

Las y los médicos clasifican con frecuencia a los hospitales públicos como los espacios donde se puede obtener la mayor cantidad de dicha experiencia clínica y manitas en contraposición con los hospitales privados. Esto es así porque, dado el déficit de médicos y médicas que enfrenta el sector público, se hace necesaria la intervención y el trabajo directo y continuo de las y los médicos internos (y, sobre todo, de los médicos residentes) en la atención y cuidado de las y los pacientes. Por su parte, en muchos hospitales privados se restringe el grado de involucramiento que un o una médica interna (incluso una o un médico residente) pueda tener en la atención directa de los pacientes, y, por lo tanto, por la escasa experiencia clínica que se puede obtener en estas sedes.

Andrés es hijo de dos médicos especialistas, laborando la madre en un instituto nacional de salud, el nivel de capital económico de su familia es medio-alto, es egresado de UNAM-CU, ha sido formado en el modelo mixto, aunque por influencia familiar ha privilegiado el Medicina Basada en Evidencias.

Néstor: te iba a preguntar específicamente sobre esta experiencia que tuviste en distintas instituciones, ¿cómo las caracterizarías, cómo las agruparías?

Andrés: de instituciones, lo más fácil yo creo que sería dividir lo que es IMSS y el ISSSTE, por un lado, y lo que es hospitales privados con institutos, yo los agruparía de esta manera porque son bastante similares en cómo trabajan.

El IMSS y el ISSSTE es sacar chamba, o sea, necesitas mano de obra, la cantidad de pacientes excede a los médicos que tú tienes, entonces se trata de sacar chamba, tú necesitas sacar trabajo entonces, no hay espacio para la academia, no hay tiempo para dar clases, no hay tiempo para analizar los casos, paso de visita, ahora le va rápido paciente de la cama 1, tiene tal, ok ya le dieron esto, si ya se lo di en el siguiente realmente la cuestión académica se tira por la ventana porque no hay tiempo, porque tienes muchos pacientes la carga de trabajo es brutal, que pasa en los privados y en los institutos en los privados y en los institutos la carga laboral es mucho menor en comparación, sigue siendo grande pero es mucho mucho menor, y le dan el peso a lo académico aunque haya muchos pacientes, te pones

de acuerdo y va a haber clase porque va a haber clase, y el profesor se encarga de que en la clase se dé y da muy buena feedback de lo que se está hablando, entonces la principal diferencia yo diría es esa, en la parte que es el IMSS y el ISSSTE la parte académica se tira por la ventana y depende de uno, si tú te quieres ir a leer los temas, que padre, ve a leerlos, tienes una duda de repente se la preguntas en algún momento algún profe o algún doctor, en cambio, en lo privado le dan el peso a lo académico no queremos médicos que saquen chamba, queremos médicos que saben lo que están haciendo, entonces cuidan mucho la parte de qué se hace, por qué se hace y cómo se debe hacer y en cambio en el IMSS e ISSSTE también es mucha medicina basada en existencias, es como de no tenemos eso entonces no lo podemos hacer, y en cambio en el mundo privado tienes todo lo que necesitas tienes todo para trabajarlo entonces en mi opinión la medicina que se lleva a cabo en el IMSS e ISSSTE no es una medicina real en muchas maneras no hay cosas en lo que quieren, realmente los criterios todos medicinas con base en criterios, si tienes un paciente con tal entonces tienes dos opciones, si sí esto, no, si sí con algoritmos y a veces se los pasan por el arco del triunfo hacen lo que quieren, ya sea porque les vale o ya sea porque no hay cómo hacerlo, yo creo que la principal diferencia es esa

Néstor: ¿tuviste experiencia en instituciones de la Secretaría de Salud?

Andrés: sólo en Nutrición que es parte de la Secretaría de Salud, pero es instituto, y realmente algo fuera de eso, no...

Néstor: y en términos de experiencia ¿dónde crees tú que adquieres mayor experiencia, contacto con el paciente, ese tipo de cosas?

Andrés: es que son dos cosas, claro, finalmente en el IMSS e ISSSTE yo tengo mucho más capacidad de estar con mi paciente en los privados y en los institutos tienes pacientes muy peculiares, son gente de clase alta que no quieren que los toques yo quiero que me toque el adscrito porque él es el que sabe, tú eres un estudiante no sabes nada, entonces ni me toques, entonces tú no puedes realmente revisar a tu paciente entonces tienes muy bien la parte académica, pero la parte práctica no está ahí, y eso, por ejemplo, yo lo veo también con compañeros que estuvieron toda la vida en este tipo de lugares, la

parte práctica no la saben hacer, en cambio nosotros y otros chicos que hemos estado en el IMSS e ISSSTE, la parte práctica la tenemos a todo lo que da, o sea, atiendes muchísimo más partos, has participado en cirugías de manera activa, o sea no eres el que nada más está viendo, si no eres el que está metiendo mano, ayudante principal cuando revisas al paciente no lo revisa alguien más si tú estás viendo, tú lo haces, tú tocas al paciente tú haces los procedimientos, tú tomas las muestras, que es algo muy sencillo pero hay compañeros que no tomaron muestras nunca o sea tardaron mucho, y en cambio tú eres el experto me acuerdo que una vez llegué a un hospital, una paciente estaba cayendo en choque, o sea su presión se estaba bajando muy cañón por un sangrado tomar muestras de estos pacientes es muy difícil, pero la verdad es que yo tenía tal experiencia del mundo para hacerlo, y me acuerdo que una enfermera me dijo: “ay, ¿apoco si vas a poder?”, y yo, a la primera, “como que no voy a poder, mi hija si lo hago diario”, entonces básicamente son cosas por otras, la parte práctica en estos lugares de sacar chamba está muy bien, porque lo haces todo y lo haces todo tú, en cambio en esta otra parte, lo académico está muy bien pero no saben hacer nada, entonces es como unas cosas por otras, lo ideal yo diría sería un equilibrio que pudieras tocar al paciente pero también tuvieras una parte académica...

Ahora bien, vale la pena acotar y decir que cada una de estas grandes categorías tiene sus propias subcategorías secundarias y excepciones: por el lado de los hospitales públicos, estos últimos se pueden ordenar a su vez en función de diferentes criterios, uno importante, posiblemente determinante, es el que remite al tipo de población que atienden las sedes hospitalarias en las que desean rotar durante el internado.

En esta investigación logré documentar algunas distinciones importantes en este rubro, por ejemplo, las diferencias entre hospitales que atienden a población “derecho habiente” y, dentro de esta última, a aquellos que son para “trabajadores del Estado” y para quienes son “obreros o asalariados”, ambos, en oposición a aquellos hospitales que atienden a “población abierta” o a poblaciones específicas, como puede ser un hospital al que acuden pacientes provenientes de “reclusorios” u hospitales que atiendan casos de pacientes traumatizados, etc...

Marisol es hija de una empleada, su padre habría fallecido, su familia tiene un nivel de capital económico medio, es egresada de la UNSLP, fue formada en un modelo mixto de corte tradicional, que enfatiza el peso de la clínica ...

Néstor: ¿Notabas diferencias entre las tres instituciones?

Marisol: Sí

Néstor: ¿Cuáles consideras que eran? ¿Cómo caracterizarías a cada una de esas instituciones?

Marisol: El IMSS tiene poca población. Prácticamente toda es adulta en Zacatecas. Y población adulto mayor. Tiene otro nivel socioeconómico. El ISSSTE, prácticamente toda la gente a sus maestros. O a su mayoría profesionistas. El IMSS y Secretaría pues tienen mucho más trabajo. La población de Secretaría de Salud siempre me ha parecido un poco más tranquila. Porque es gente igual un poco más unida, municipios o así. Y la gente del IMSS pues dentro de todo tiene el acceso a la seguridad social que lo lleva ahí. Y que pues lo hace exigir frecuentemente. Mi institución favorita fue el IMSS siempre porque tenía la cantidad de trabajo suficiente que yo quería para formarme. Pero en la Secretaría siempre me pareció que los médicos de base dejaban como de un lado todo a residentes e internos. Y no dedicaban como el espacio suficiente a la academia o a la formación.

Néstor: ¿En el IMSS era lo contrario dices?

Marisol: Pues en el IMSS en cualquier forma el médico de base, el médico titular siempre está al pendiente. O sea, por cualquier situación generalmente siempre está ahí, generalmente, siempre está pendiente. Pese a que también hay mucho trabajo.

Cada una de estas subcategorías, y en particular, aquellas que ordenan a los hospitales por el “tipo de población” reflejan en la población clasificada el efecto de compartir unas condiciones más o menos homogéneas y más o menos compartidas, condiciones que se encuentran asociadas a posiciones específicas en el espacio social, o, para decirlo en

términos más comunes, estas clasificaciones relativas a diferencias en los “tipos de población”, son el efecto de las diferencias existentes en la estructura de clases.

Lo anterior deviene en un tema relevante para el punto de vista médico pues cada tipo de población supone para las y los médicos configurar relaciones sociales específicas al momento de atender a los pacientes según la percepción de la posición que estos últimos ocupan en el espacio social⁴⁷. Para el caso de las y los médicos internos, cada tipo de población y, por lo tanto, el tipo de hospital que la atiende supone una gradación variable en la posibilidad de acceder a los y las pacientes, particularmente, en el modo en que pueden hacerlo, lo cual implica, de manera correlativa, el nivel de experiencia clínica que pueden adquirir en determinados hospitales.

Julia es hija de una profesionista que se dedica al hogar su padre es empleado, el nivel de capital económico de su familia es medio-bajo, es egresada de la UNAM-CU, recibió una formación universitaria basada en un modelo mixto, tradicional, que enfatiza el peso de la clínica ...

Julia: Te decían que también podías tener mucha oportunidad [de intervenir y adquirir experiencia] si tú incluso solita te acercabas a los doctores, tanto residentes como internos, pues realmente había mucho trabajo. Y eso era algo que también recuerdo mucho, me decían que «el paciente que llegaba al Hospital General [hospital que atiende a población abierta] era un paciente muy noble, que nunca te

⁴⁷ Esta característica es un argumento más que debe cuestionar los supuestos sobre los cuales se realiza el análisis de la relación médico paciente. Y de manera más general el supuesto de que el habitus médico genera un conjunto de disposiciones prácticas homogéneas, generales y unívocas. Si se puede postular algo como un habitus médico, este debiera remitir a esquemas generativos de elevada generalidad que permitan encajar un sinnúmero de realizaciones concretas según las muy diferentes situaciones concretas en las que se le pide al médico actuar de manera competente. De esta forma es difícil sostener que existe un atributo único que pudiera ser caracterizado con un nivel de concreción tal que pudiera ser captado de manera inmediata. Si pudiéramos suponer una caracterización general de dicho habitus esta remitiría quizá en el mejor de los casos y de manera demasiado general y abstracta a la condición y posición que esta profesión ocupa en la estructura de relaciones en el espacio social y sus valores específicos, sus manifestaciones concretas siempre serían una actualización de las relaciones específicas en las cuales debe concretarse en las diferentes situaciones. Relaciones que deben adaptarse al sistema de posiciones, agentes con sus propios valores específicos (capitales) que componen la situación bajo examen.

iba a decir que no si tú querías llegar y preguntarle algo siempre te decía que sí...

Y también incluso si tú te presentabas diciendo que eras estudiante, pues realmente no les causaba mayor conflicto a los pacientes, entonces, por eso como que todo eso fue lo que me llamó principalmente a mí la atención del Hospital General...

Néstor: Claro. Hace un momento decías o te referías a cómo era el perfil de los derechohabientes del IMSS o del ISSSTE y ahora mencionas cómo es el paciente del Hospital General. ¿Cuáles son las diferencias?

Julia: Bueno yo ya de ahí me di cuenta de esta diferencia cuando estuve ya en la residencia, cuando entré a la residencia estuve en el IMSS al principio porque como decía mi especialidad ahorita es una rama de la medicina interna, entonces tienes que entrar a la especialidad troncal que es medicina interna. Entonces, yo entré a medicina interna en el IMSS y me fui a Veracruz, pero realmente yo nunca había estado en el IMSS. Entonces, ya empecé a notar estas diferencias con lo que yo había vivido en el Hospital General, en cuestión de que el derechohabiente es muy exigente.

Como que obviamente todos tienen la idea de que tú con tus impuestos y demás pagas tu seguridad social, y al tener un trabajo tienes obviamente ese derecho de recibir atención y también de recibir salud. Pero el paciente y, de hecho, a lo mejor también se combinó porque eran jarochos que también es una personalidad un poco peculiar, pero son muy exigentes...

Casi siempre te manejan que tú como personal de salud, es tu obligación atender la más mínima queja que ellos tengan, pero también muchas veces te encuentras de todo y ya te agradecen y no es que tú cómo médico estés esperando que todo el tiempo te estén agradeciendo, pero a veces realmente no tienen ni la más mínima empatía, de pensar en todos los pacientes que hay, las necesidades que tienen cada uno... Yo no me había encontrado realmente con gente que llegara y que te gritara, que te dijera: «es que no me han ido a ver», y aunque la señora está viendo que estamos atendiendo una urgencia...

[...]

Y en el Hospital General es diferente el paciente porque es un paciente que es de muy bajos recursos y como no tiene seguridad social entonces es por eso que va a Salubridad, generalmente son gente que vienen de comunidades, a veces hasta indígenas que vienen de todos los estados de la República. Entonces son gente muy humilde que cuando tú llegas y casi, casi apenas le estás diciendo «hola» y ya te están agradeciendo infinitamente que los estás atendiendo [...] te decían: «sí doctora, si quiere usted aquí toque y mire aquí, es donde se siente duro», hasta ellos te dicen, o sea, te platican bien desde cómo fue que se empezaron a sentir mal, te dejan explorarlos, te agradecen siempre.

O sea que tú les dices: “pues muchas gracias, señora, por permitirme hacerle estas preguntas” y te decían: «no, no, no, gracias a usted», y siempre hasta te echan porras, inclusive se nota, por ejemplo, en la consulta pues veía yo que eran los pacientes que más les llevaban regalos a los doctores, a veces no tienen, pero les llevan fruta...

Y en el IMSS como es otro sistema, más burocrático, hace que tú como médico tengas que estar siempre en consultas de 15 minutos y también la gente ya va predeterminada a que se van a tardar, a que el doctor que les va a tocar no les va a caer bien, entonces, como que ya entran contigo con una actitud a la defensiva, o luego hasta te llegan a decir: «¿por qué me está preguntando todo eso?

O también como el perfil es diferente, que no son personas de no tan bajos recursos, generalmente pues son profesionistas, y te dicen: «no pues es que yo vi mis síntomas en internet, esto y esto y esto...» y a veces ni te dejan hablar...

Puedo decir que la posibilidad de acceso directo a los pacientes decrece en el siguiente orden: a) si son derechohabientes trabajadores del Estado, b) asalariados y obreros, c) población abierta y d) poblaciones especiales. Si bien este es un patrón general, en realidad, las posibilidades de acceso a la experiencia clínica y el modo particular en que esto sucede es un fenómeno bastante complejo.

Adrián es hijo de dos profesores investigadores universitarios, el nivel de capital económico de su familia es alto, es egresado de la UNAM-CU, aprendió un modelo mixto de corte tradicional que enfatiza el peso de la clínica.

Adrián: ...sí sí, en el Metro Hospital General, pero está bien valorado, está materialmente bastante mal en algunas cosas, en lo general está muy mal aunque tiene tecnología que casi sólo hay ahí o que hay en muy pocos lugares, este, digamos de los grandes aparatos pero en las cosas cotidianas como gasas y guantes también, tiene fallas, este... pero tiene una gran tradición de enseñanza en lo clínico, y de un enfoque médico digamos más ligado a la escuela francesa, este... incluso hay estas así como genealogías de que el maestro del maestro del maestro del maestro estudió junto con Legnec en Francia....

Néstor: ¿Ese es el enfoque francés, ese es el enfoque, parte de la genealogía?

Adrián: Parte está en la genealogía, parte está la clínica francesa clásica era muy de estar, pasar tiempo con el paciente, hacer muchas preguntas, revisar muchos detalles, muchos signos clínicos que había que conocer, revisar muchas cosas, ¿no? Y por ejemplo, en cuanto a posición, la escuela americana es una revisión un poco más burda, la física, y mucho más este, dependencia de, de los exámenes de laboratorio y de imagenología, tecnología, ¿no? Para llegar a los diagnósticos.

Néstor: ¿Y tú sabías esa... esa escuela, sabías que esa escuela francesa estaba cuando elegiste?

Adrián: Quizá no con tanto detalle cómo te lo digo ahora, pero de alguna manera sí tenía alguna noción...

Néstor: ¿Qué sabías de ella? ¿Del Hospital General cuando elegiste...?

Adrián: Pues eso, que era muy clínico, que era muy basado en la revisión de los pacientes, de estar con eso, y menos tecnológico y eso me atraía.

Néstor: ¿Por qué te atrajo más la clínica que otras ...?

Adrián: Pues porque me llamaba a mí la atención la práctica en contextos de mayor privación, supongo, y pues este, tenía como mucho esta idea de ayudar, de hacer un servicio social en una comunidad alejada, con muchas carencias y así, y, pues definitivamente ahí la clínica te obliga a aprender eso porque no hay otra cosa también.

Néstor: ¿Y en esa etapa ya se puede elegir otro tipo de formación, o sea, puedes optar por algo menos clínico? Tengo entendido que es como rotatorio y casi casi a fuerza.

Adrián: Sí, pero me refiero, la clínica, o sea por ejemplo yo pude haber escogido nutrición para hacer el tercer año y en Nutrición el tipo de medicina, que es medicina clínica, en el sentido de que es práctica, de ver pacientes y demás, pero es mucho más dependiente de la tecnología, mucho más de escoger a los pacientes, ¿no? O sea, en Nutrición, de Nutrición hay muchas bromas, del Instituto Nacional de Nutrición de que ellos tienen una broma que dicen “si camina o gatea todavía llega al Gea” en urgencias, que es una forma de rechazar pacientes y mandarla al Gea González que es donde yo hice el internado, ya después, eh, y... y pues se dice, así como de broma, pero es real también.

Néstor: ¿ellos qué escogen...?

Adrián: Escogen los pacientes, deciden... si tienes lupus, ya la hiciste, te van a ver en Nutrición, este, es como de lo suyo, tienen igual un montón de protocolos de investigación sobre lupus, este, probablemente, y también si entras en algún protocolo de investigación, por tu enfermedad, con tus criterios, o sea, los criterios de inclusión de los protocolos de investigación pues ya la hiciste. Igual aceptan, hay muchísimas pacientes recomendadas en Nutrición, es la otra, un alto porcentaje de pacientes son eh, recomendados de gente con influencias, emmm... y así, o sea, si tienes alguna condición muy especializada, muy específica, muy poco común, es muy probable que te acepten en Nutrición; si eres un alcohólico con cirrosis más en el mundo, no tienes nada que hacer tocando ahí en esa puerta, ¿no?

Néstor: Decías hace un momento que los primeros semestres fueron muy difíciles, ¿cómo fue esta fase?

Adrián: ...pues yo lo empecé a contrasentido, en el Hospital General, aprender a hablar con pacientes, a revisarlos, a llegar a un diagnóstico, eh, eso ya era Medicina desde lo que yo esperaba aprender, y empezó a cobrar sentido, empezaron a cobrar sentido muchas otras cosas y otras no, como te decía, muchas cosas que aprendí y olvidé y algunas otras que tuve que reaprender porque ya empezaron a tener sentido. Igual en la jerarquía así social de mis grupos, fui como descendiendo en la jerarquía en la carrera, del Hospital General ya era un grupo no NUCE pero ya igual era como de los grupos que no estaban en NUCE era el que más solicitado, entonces igual entre mis compañeros, no se sentía tanto esta cosa de que todos venían de escuelas privadas pero la mayoría de mis compañeros de tercer año tenían los problemas materiales relativamente resueltos, y en cuarto año, escogí un grupo así como en un hospital de batalla un poco intencionadamente que fue el Hospital General de Balbuena, un poco porque en el cuarto año llevábamos traumatología y pues, esa se dice que se aprende mejor en un hospital de batalla.

Néstor: ¿Tú crees eso?

Adrián: No, la verdad ya no estoy muy seguro. Hacen pura cochinada y también tampoco no está muy bien aprender pura cochinada.

Néstor: ¿Qué es pura cochinada?

Adrián: Pus... no sé... te lo pongo con el ejemplo de una cesárea aunque no sea de traumatología... este, la... la... hay dos formas de hacer una cesárea, una incisión, bueno, de abrir la incisión en la piel hay dos formas, una que se llama Pfannestiel que es como horizontal, este, y que estéticamente es mucho, es más preferida porque la cicatriz queda cubierta por la ropa interior y la transversal, la del ombligo al pubis, y la tienes que hacer cuando es de urgencia, cuando es más rápido; la otra es más tardadita y te tardas un poquito más. En Balbuena era muy raro que hicieran una Pfannestiel, empezaban los ginecólogos a hacer una Pfannestiel era “ay le vas a hacer Pfannestiel, órale” así muy acá, ¿no? Entonces en los hospitales es la rutina, sí la haces, a menos que sea de super urgencia....

Néstor: ¿Se tomaba en cuenta la opinión del paciente?

Adrián: No, en Balbuena, nunca, para nada.

Néstor: ¿Dónde sí?

Adrián: En el Gea un poco más, en el Gea que es como el internado ahí volví a ascender en la escala de la jerarquía médica, sí un poco más, en algunas cosas.

Néstor: ¿Son más considerados?

Adrián: Sí, el trato hacia los pacientes es mucho más considerado en el Gea que en el Balbuena. Balbuena es de estos hospitales que es lo que antiguamente eran conocidos como de la Cruz Verde que eran hospitales del Gobierno del Distrito Federal, bueno, del Departamento del Distrito Federal, incluso, todavía se conocen a sí mismos, o hay como una cultura de los médicos departamenteros, este, porque eran los hospitales del Departamento del Distrito Federal, y, este, y... son estos que te digo que son hospitales de batalla...

Néstor: ...son los médicos departamenteros...

Adrián: ...sí, es, este, los cuatro clásicos que son así los departamenteros que eran la Cruz Verde, en el norte La Villa, el Hospital General de la Villa; en el Poniente el Rubén Leñero, en el Oriente Balbuena, y en el sur el Hospital de Xoco, este... y la cultura es salvamos vidas sin nada, este, sin nada de recursos, no hay gasas, no hay guantes, no hay suturas, pero nos las arreglamos para salvar vidas, ese es como el orgullo departamenteros, y vemos un chingo de pacientes y no nos quejamos y a todos los... ¿cómo? ... sí Y a todos los médicos zurcimos, los dejamos como que no se mueran y hasta ahí, y.... y ya, pues, incluso es deprimente estar en uno de ellos, incluso el espacio físico Este... y el espacio físico te digo incluso en esos hospitales está mucho más deteriorado, la iluminación es peor, este... está menos ventilado, el ambiente, tu sientes, y te sientes, así como que ya que oprimido en cuanto entras en esos hospitales sientes como una sensación lúgubre. Y... y los pacientes que llegan a esos hospitales son en general mucho más pobres que a otros entonces, pues también están mucho más desempoderados, su opinión no se toma en cuenta incluso para muchos es lo que se espera de ir a un hospital, ¿no?

Néstor: ¿Para muchos quiénes?

Adrián: Pacientes.

Néstor: ¿Qué no se les tome en cuenta...?

Adrián: Sí, están muy, a veces, yo así veo, veo un trato que para mi gusto fue muy despótico pero que el paciente va, ah, me atendieron bien, le resolvieron su problema y contrasta mucho cuando va alguien de perceptiblemente clase social más alta, a un hospital de esos, se siente que fue al infierno.

Néstor: ¿Y los médicos se adaptan a esa modificación o son parejos con todos más allá de los recursos con los que cuenten...?

Adrián: No, sí suele, o sea, por ejemplo, cuando entra un gringo a un hospital de eso causa así mucho revuelo, es identificable de inmediato, ¿no? O sea, o incluso un güerito, ¿no? Este, mexicano, es inmediatamente identificable y sí causa un cierto trato, a veces hasta un trato hasta peor, no lo voy a tratar diferente, y hasta se ensañan en tratarlo mal para que no sienta que se le trata de manera privilegiada, pero muchas veces también un trato privilegiado por decir, que realmente ni siquiera se acerca a lo que sería un trato decente...

Néstor: ¿Qué es un trato decente?

Adrián: Pues, (interrupción) una... un saludo, un presentarse, un dedicar un tiempo, atención, escuchar los problemas, hacer las preguntas también adecuadas, y, y... eh... un trato atento, el realmente investigar los problemas en la dimensión que corresponde, o sea, hacer los estudios, o sea, y mandar un tratamiento integral, referencias a los servicios que sean necesarios, etc.

Néstor: ¿Quién te enseñó eso? ¿Dónde aprendiste a hacer eso?

Adrián: ¿A hacerlo? Mmm... en ningún lado, de puros ejemplos negativos, ni siquiera puedo decir que lo sé hacer, de hecho, me causa mucha inquietud, he tenido pocos ejemplos así de médicos que diga yo quiero ser como él. De los pocos, uno de mis primeros profesores en el General, mi profesor titular del curso es un tipo a quien realmente admiro y... que tiene muchísimas responsabilidades y

muchísimo trabajo y aun así cada que pasa a visita con sus pacientes les dedica su tiempo, los escucha, sabe muchísima clínica, es un excelente clínico y pues hace también buenos diagnósticos a partir de eso, de la escucha, y realmente los pacientes lo salen queriendo muchísimo.

Como ya se ha mencionado, esta clasificación del tipo de población atendida por los hospitales obedece a la posición de clase que ocupan las y los pacientes, así como sus familias. Sin embargo, la potencial diversificación de las formas como se relacionan médicos y médicas con sus pacientes varía, en realidad, en función no sólo del volumen global de capitales sino y, sobre todo, de la magnitud y proporción de los diferentes capitales que constituyen la *composición* de capitales que definen la posición de clase en el espacio social a la que pertenecen las partes constituyentes del vínculo paciente-médica/médico⁴⁸.

No es lo mismo el tipo de relación médica/o-paciente que se puede establecer entre quienes enfrentan una privación general en el volumen de capitales (económico, cultural y social) y quienes poseen una dotación particularmente alta de alguno de los tipos de capital.

Alondra es hija de una maestra de nivel básico y de un ingeniero agrónomo jubilado, el nivel de capital económico en su hogar era medio-alto, es egresada de la Universidad del Noroeste (privada), todo indica que se formó en un modelo tradicional con exposición a experiencia clínica y manitas desde etapas tempranas de la formación.

Néstor: ¿cómo fue tu experiencia revisando el primer año del internado? ¿cómo fue tu experiencia, un poco ya me lo platicaste, pero si quieres redondeando, entre el hospital privado y el público ¿cuál te gustó más a ti?

⁴⁸ Sobre esto último, no hay que olvidar que los pacientes evalúan y definen la naturaleza de la relación en función de diversos criterios, siendo fundamentales, además de la edad y el género, la propia posición de clase, la cual en no pocas ocasiones enmascara su influencia bajo la idea de “respetabilidad”.

Alondra: pues creo que a mí sí me gustaba mucho el público porque tenía más contacto con los pacientes eso es otro, es un contra del privado, que a veces iba y decía: “no se admiten EMIS”, los EMIS somos los de la escuela de medicina del Tecnológico [MIPS en el Tec de Monterrey]

Néstor: o sea, si no EMIS ¿por qué? ¿dónde dice?

Alondra: así en las puertas de los de las habitaciones de los pacientes, o sea, como que dijeron no internos que no entren ningún interno, es un hospital, digo es un hospital privado el que está pagando

Néstor: ¿pero eso lo pone la gente el solo hospital?

Alondra: no no los pacientes, los pacientes deciden, así como: «yo no quiero que venga ningún interno a verme». Luego estás en una situación incómoda, no sé, algunos pacientes con cáncer que están muy mal y que también obviamente uno dice sentido común [no molestarlos] pero hay gente que no [está en estado grave]...

O sea, tú vas a lo tuyo y poco más hay gente que a lo mejor incomodaba a los pacientes y no les gustaba y, en el público, pues no te daban esa opción. No puedes decir: «ay, que no me vea un mip o un interno» porque pues ya nadie te vio, si no te vio ese mip te vio nadie, entonces creo que ahí cambiaba la balanza un poco y por eso me gustaba el público, porque tenías mucho contacto con los pacientes y hasta te encariñas con ellos a veces tienes que estar viéndolos seguido, ves todo el transcurso desde que llegan, cuando los ingresan, si los operan, etc..., obviamente es un poquito más difícil, sólo estas tres veces y te encariñas muchísimo y al final hasta lloras y los abrazas y todo. Creo que sí, el primero [de los hospitales] que me gustaba, que estaba muy bonito y tenía todo cuando roté en gine que fue mi primera rotación del internado primera rotación del materno infantil que es un hospital público entonces pues ahí si era como una tras otra, 70 partos en una noche, con una guardia, con los residentes, obvio tu eres nada más como el ayúdate.

Pero no es así del parto acá bonito pues era como: «puje señora, ya sabe muy bien», la señora está ahí sola y dices «imagínate un momento tan duro y tú ahí solita» y, luego, llegas al otro y llega la

asesora a hacer ejercicios con pelotas, ejercicios psicoprofilácticos, llega el esposo, toda la familia en la sala de espera, entra el doctor que es super lindo y bueno pues ponen música el esposo con la cámara acá grabando todo y yo así, yo lloraba, yo decía: «ay que momento tan emotivo», la primera vez que vi un parto ahí dije: «ay que cosa tan linda si quiero tener hijos», pero obviamente yo ahí estaba, no tocaba nada, nada más que ver, como que aprendes de las dos...

Así, por ejemplo, no es infrecuente que las y los médicos puedan enfrentar ciertas restricciones en el acceso cuando sus pacientes (o sus familiares) son trabajadores del Estado (particularmente en las entidades federativas), toda vez que en muchas ocasiones se trata de profesionistas (alto capital cultural) que pueden poseer un estatus social igual o incluso superior al propio de las y los médicos internos. Algo similar sucede con ciertos derechohabientes del IMSS, quienes pueden ser tanto profesionistas como obreros altamente calificados (capital cultural medio o alto y capital económico medio), “conscientes” de los derechos que adquieren al momento de pertenecer a un mecanismo de seguridad social financiado en parte por sus propias aportaciones obligatorias asociadas a su salario.

Caso contrario sucede en los hospitales que atienden a población abierta, donde los pacientes que ahí acuden, con frecuencia, la población con menos recursos de todo tipo y con notables carencias en el acceso al cuidado de la salud, se muestran tendencialmente más diligentes y receptivos a ser tratados por médicos y médicas internas. No teniendo especialmente reparos a facilitar el acceso por parte de las y los médicos tanto a la comunicación como al examen corporal.

En resumen, las y los médicos internos que buscan maximizar la posibilidad de acceso y trabajo con las y los pacientes y, por lo tanto, de garantizar la acumulación de experiencia clínica, con frecuencia, prefieren acceder a hospitales que atienden a población abierta, sabiendo que si eligen hospitales que atienden derechohabientes, aumentan las probabilidades de que las y los pacientes o sus familiares intermedien resistencias, objeciones y demandas al trabajo clínico y atención de los y las internas.

Estefanía es hija de una enfermera y de profesionista profesor de bachillerato, el nivel de capital económico en su hogar era medio-alto, es egresada de la UNAM-CU, su formación remite a un modelo mixto con acento en la clínica, por influencia familiar tenía una opinión favorable a la adquisición de manitas.

Estefanía: En quinto mi estigma del promedio ya se quedó, cuarto me fue de maravilla, tercero muy bien, los otros ya estaban perdidos. Entonces yo sabía que igual no iba a poder hacer el internado en un Instituto. Entonces, a mí me gustó mucho la Secretaría por esta oportunidad que tiene de tener contacto con los pacientes. Nada que ver con un hospital privado. En cuarto pues fue muy extraño porque la secretaria tiene mucha carga de trabajo, son muy exigentes, te tratan mal y así ¿no? Entonces yo dije, a pesar de que me fue bien en cuarto yo como que seguía teniendo este miedo por yo tocar al paciente, lo que nosotros conocemos como: "hacer manitas"

Entonces, si me decías pues estúdiate esto, si va, lo estudio. Ahora ponlo en práctica, no sé, hazle una curación al paciente, era como, ¿Cómo le hablo?, ¿Cómo le digo? Y así. Fue algo mío de ser tímida, no sé. Entonces dije, pues es que yo necesito algo rudo, algo que me digan, no me va a servir de nada un privado donde solo vea. Yo necesito algo activo, dije pues la secretaria está perfecta. Y para eso hay muchísimos hospitales, todos los de la Secretaría, al que te vayas está pesado Balbuena, Iztapalapa, Xoco, este Tláhuac, Topilejo.

Néstor: ¿Por qué no el IMSS O el ISSSTE?

Estefanía: Ahí es más de papelería, como no.

Néstor: ¿Cómo papelería?

Estefanía: Si, o sea, para que te tomen una tomografía, ok va, necesito que hagas una interconsulta y se la lleves al médico internista. Luego necesito que hagas por tres copias la solicitud de tomografía y luego me firmas de recibido. Oh no, era demasiado. El IMSS es un hecho de que es pura papelería. Entonces dije, no yo no quiero eso. Yo no quiero estar perdiendo mi tiempo en hacer papelería. Yo quiero hacer otras cosas. Entonces no. IMSS descartado, ISSSTE descartado.

[...]

Néstor: Regresemos al quinto año, entraste al hospital este ¿y?

Estefanía: Bueno en quinto semestre me metí al hospital general de Xoco para esto de hacer manitas. Y mis amigos me preguntaban ¿Dónde te quedaste? En Xoco y me decían ¿Cómo crees? Vendiste tu alma al diablo. Porque pues Xoco es un hospital de trauma y choque muy pesado, pero pues todos los de la Secretaría son así. ¿Qué vendí mi alma al diablo? ¿En verdad fue algo grave? ¿Me equivoqué? Fue así como wow, si ya me equivoqué ya ni modo, pues ya lo metí y es algo que quiero, quiero una Secretaría. Entonces, ya al entrar ahí pues me di cuenta de que si había vendido mi alma al diablo (risas). Era mucho trabajo mucho mucho mucho, pero fue el mejor. Si a mí me dijeran vuelve a hacer quinto, va con gusto lo hago.

Néstor: ¿Trabajo de qué tipo?

Estefanía: Sacar pendientes. Por ejemplo, en cirugía que fue mi primera rotación, era llegar temprano, tomar clase.

Néstor: ¿Cuánto duraban las rotaciones?

Estefanía: Dos meses, mis rotaciones fueron cirugía, urgencias, medicina interna, pediatría, medicina familiar y ginecología. Entonces, cirugía que fue el primero. Haz de cuenta si tu ese día no tenías guardia, te correspondía entrar a la primera cirugía de la mañana. Entrar y nosotros como internos instrumentábamos la cirugía. Entraban los residentes a operar, los residentes de cirugía, operaba el médico adscrito y tu como interno tenías que instrumentar la cirugía y hacer toda la papelería que tenía que ver con esa cirugía. Pero era mínima porque como está el residente, a él es al que le interesa más todo esto de cirugía porque es residente de cirugía. Entonces el hacía la nota de evolución, la nota de la cirugía, de prequirúrgico, quirúrgico, post quirúrgico y todas esas cosas.

Por otro lado, hay que mencionar que esta clasificación de los hospitales en función del tipo de población atendida encubre otro elemento determinante de la configuración que puede adquirir la relación médico/a-paciente: las relaciones de poder. El acceso o falta de acceso a la experiencia clínica, supone una gradación en la disponibilidad por parte de las y los

pacientes de aceptar el ser “objeto” de la práctica médica. Así, los hospitales que atienden a población abierta, con frecuencia son aquellos en los que las y los pacientes, según las y los médicos⁴⁹, tienden a aceptar con pocos o ningún cuestionamiento o reproche el trabajo de las y los internos y, en general, las indicaciones o procedimientos del personal de la salud.

Graciela es hija de una ama de casa y de un repartidor/vendedor, el nivel de capital económico de su hogar era bajo, Graciela se formó en la UNAM-Iztacala, su formación fue eminentemente clínica/manitas.

Néstor: ¿y cómo era el trato con los pacientes de usted y de sus compañeros o jefes?

Graciela: El trato con pacientes... pues mira por ejemplo había los pacientes como había muchos pacientes que estaban ya hospitalizados de mucho tiempo ya se sabían su enfermedad porque todos los días repetíamos lo que tenían y ya se lo sabían y habían algunos que eran muy buena onda con los internos y te echaban la mano y en general era cordial el trato, y eran como cómplices aparte, había, por ejemplo, me tocó ver un residente R4 que tenía que presentar un paciente con el jefe del servicio y le decía, el jefe de servicio: “cuántas veces vomitó ayer” y el residente no tenía la menor

⁴⁹ Este es un hallazgo sobre el que se debe seguir investigando. Si bien, a juicio de las y los médicos, existe la tendencia antes señalada, esto no quiere decir que en efecto las y los médicos se enfrenten a pacientes por completo pasivos y plenamente receptivos. La estructuración de la relación médico/a-paciente se configura sobre, dudas, resistencias, cuestionamientos, negociaciones y disputas, algunas de las cuales se manifiestan abiertamente, mientras que otras permanecen forma tácita o se resuelven de manera velada o paralela (un ejemplo de ello puede ser el cuestionamiento de la idoneidad de los diagnósticos/tratamientos y la búsqueda de una “tercera opinión”, lo mismo ocurre cuando las y los pacientes omiten seguir las indicaciones médicas, caso paradigmático de esto último, puede ser cuando las y los pacientes o sus familiares consideran pertinente suspender o modificar los tratamientos farmacológicos según su propio criterio). En sentido contrario, factores como las relaciones de confianza, familiaridad y la identificación de clase permite que las relaciones entre médicas, médicos y pacientes se pueden llevar a cabo con mayor fluidez y sin cuestionamientos, incluso con devoción y plena legitimidad. Ejemplo de ello pueden ser las relaciones medico/a paciente entre pacientes con plena disposición de recursos, donde las y los médicos estrechan relaciones de larga duración como médicos de cabecera con los cuales se articulan intrincadas relaciones de confianza y frente a las y los cuales los pacientes con frecuencia tienden a suspender la duda y/o los posibles cuestionamientos. De esta forma, se hace necesario indagar sobre la multiplicidad de factores de influencia en la relación médico paciente y cómo estos inciden de manera diferenciada según los contextos y situaciones concretas.

idea y decía tres, decía el jefe, le preguntaba al paciente: “si es cierto” y el otro decía “si” y “cuantas evacuaciones tuvo” y el residente decía: “cinco” y el paciente decía “si” y entonces ya estaban de acuerdo y ya que terminaba la visita el residente le llevaba un refresco o algo para que no lo echara de cabeza, o sea ese tipo de cosas se podían hacer, se prestaba el ambiente para eso. Pero, por ejemplo, los médicos jefes, pues a los pacientes los pelaban y a veces ni en cuenta, a veces los tenían en el hospital, así como el Dr. House, digamos, guardadas las proporciones, porque estaban muy interesados en saber qué tenían aunque no necesitara que estuviera hospitalizado entonces le decían “es que no sabemos que tiene y tenemos que hacerle este estudio y este otro” y así se quedaban hasta que ya descifraban lo que tenía o a veces no y ya los daban de alta y no era por el interés del paciente sino por el interés más de saber qué, más médico, de investigación, este, pero en general eran casos raros, en general el ambiente era padre, los pacientes eran de muy bajos recursos entonces venían de otros estados, se quedaban ahí y ahí hacían amistad con las enfermeras y era su rutina, pues había pacientes que estaban meses hospitalizados, y a mí me gustaba mucho, yo me relacionaba muy bien con los pacientes, me interesaba mucho, me atraían mucho...

Antes de continuar con otro criterio general de orientación de las elecciones de las y los médicos internos de pregrado, hay que mencionar un par de variaciones asociadas al tipo de población atendido en los diversos hospitales que pueden modificar o incluso operar en sentido contrario con la tendencia identificada más arriba.

Con frecuencia, en los hospitales que atienden a población abierta y en particular en algunos de ellos, quizá en los que se cuenta con la atención por parte de ciertas especialidades y subespecialidades médicas más complejas y, valga la reiteración, más especializadas, se atienden casos médicos complicados ya sea por el estado avanzado de las patologías que aquejan a las y los pacientes o por su rareza o excepcionalidad.

Estas singularidades o excepcionalidad en las patologías atendidas pueden resultar atractivas para las y los médicos internos toda vez que implica exponerse potencialmente a una experiencia clínica altamente valorada, tanto por el conocimiento como por las habilidades que pueden adquirirse y/o ponerse en práctica o, por lo menos, ser testigos de

ellas⁵⁰. Esto último resulta particularmente relevante para la adquisición de habilidades quirúrgicas, toda vez que aún presenciar la atención de casos complicados implica la observación y la exposición al despliegue de habilidades técnicas poco comunes y, en ocasiones, la exposición a la ejecución de soluciones innovadoras.

Néstor: dónde cree que aprendió más...

Graciela: Pues yo creo que en el IMSS aprendí más en el sentido de enfermedades y eso, pero en el Hospital General aprendí mucho de conocer a la gente, o sea el hospital general era, o sea yo que si había visto a gente muy pobre ahí era terrible, o sea había casos impactantes y aprendí eso que en un hospital no lo ves, por ejemplo, estaba yo en neuroglia y llegó un paciente que le habían dado un machetazo y le estaba saliendo el líquido cefalorraquídeo, así le goteaba, ese tipo de cosas que ves y no puedes creer porque el señor llegó caminando y los médicos decían: “qué onda con este, no se ha infectado, ya le había sucedido desde cuando eso y no estaba infectado, o sea ya debía tener una infección neurológica terrible y estaba consciente y estuvo hospitalizado... o sea en ese hospital, como es un hospital de concentración, si sabes cómo es de concentración? Son hospitales donde en los que casos muy complicados los mandan de otros lados, entonces había gente de todos lados porque era como un hospital especializado en casos complicados, no se veían cosas muy comunes, se veían casos muy raros, a ese señor lo mandaron de la sierra de Guerrero con esa lesión, los mandaban, sino de toda la república, sí de las zonas más cercanas, esos hospitales ven casos diferentes, por eso son de concentración, digamos que es como un tercer nivel, pero no es un tercer nivel porque no tiene el mismo nivel de atención y ese hospital por ejemplo tenía el pabellón... en ese hospital se llamaban pabellones las áreas de especialidades y tenían pabellón de tuberculosos que ya cuando ya entré era el pabellón de neumología pero ese era de tuberculosos y era... como hace muchos

⁵⁰ Hay que recordar que la o el médico interno de pregrado, por lo general, en casos complejos, limita su actividad a asistir a las y los médicos residentes de mayor jerarquía, o, en su caso, a las y los médicos de base. En todo caso, aun la asistencia o solamente, ser testigos de procedimientos quirúrgicos complejos implican la adquisición de cierto conocimiento práctico, pero también de cierto capital simbólico que puede ser utilizado como un elemento de distinción en determinadas situaciones de interacción cotidiana.

años no había cura para la tuberculosis, ahí los enclaustraban y el pabellón estaba así horrible, porque el hospital es muy viejo, entonces estaba el pabellón así todo feo y nada más entraban los médicos a revisar a los pacientes y a darles cualquier cosa y les daban de comer y todo y se quedaban ahí años hasta que se iban muriendo entonces ya después como fue cambiando la medicina y ya hubo tratamiento para tuberculosis ya ni siquiera estaba permitido decirles tuberculosos, tenía que ser un paciente con tuberculosis o con TB o TBP porque se oía muy feo... pero así era el hospital y así había pacientes con, como se llama esa enfermedad que es como tuberculosis... este... lepra.. que era rarísima y estaban hospitalizados ahí meses, era muy curioso cómo se manejaban, ese tipo de cosas no se veían en otros lados... y ahí si aprendí digamos a ver otro tipo de pacientes, eso fue toda una experiencia, luego mujeres embarazadas muchas, embarazadas con preclamsia muchas, que se morían de la preclamsia y que llegaban ya bien mal y ya no había nada que hacerles o pacientes con cirrosis igual muchos, de Hidalgo llegaban muchos y ya en fases terminales y se quedaban ahí hasta que se morían estuve en una terapia toda mal, con muy pocos recursos, entonces había veces en que, habiendo estado yo en la Raza que los pacientes tenía cada uno su respirador y hasta en la terapia de los bebés con respirador y con una enfermera pediatra acá nosotros los internos habían noches que nos pasaban en terapia con el ambu porque no había respiradores, o sea había dos con respirador y había diez camas, para terapia y había cinco pacientes que necesitaban respirador y no había cómo, pues entonces pues darle con ese para echarles oxígeno y nosotros teníamos que llevarlos a los rayos x porque no había camilleros, o no eran suficientes, o sea nosotros teníamos que hacer las funciones de enfermeras, poner sondas y hacerles los lavados, todo, en terapia, ahí en terapia yo comencé a fumar, porque era terrible, o sea, no era nada más que no dormías, estabas todo el día en terapia y nos asignaban guardias, cuando yo entré eran Neurología ABC creo.. o sea un día sí y dos no y luego en terapia era AB, o sea era un día sí y un día no, entonces un día te quedabas toda la noche, o sea todo el día y toda la noche y al otro día te ibas a tu casa y al otro día guardia y así... entonces esas guardias eran terribles porque no podías dormir nada ni descansar nada... llegabas un ratito y te tomabas un café o una coca y te volvías a meter porque tu compañero se quedaba ahí con el ambu o

haciéndole el lavado al paciente y entonces tu tenías que remplazarlo y así nos íbamos turnando... y ahí me tocó rotar en terapia, en neuro, en medicina interna, en gineco y pediatría, y en pediatría ahí si fui, o sea si en pediatría de la Raza vi cosas feas, en ese hospital fue horrible, fue una terapia de bebés y ahí llegaban desnutridos, así, el horror, feo... pero era bonito, bueno me gustaba mucho, o sea me encantó hacer ahí el internado, yo era muy feliz estando ahí...

Se podría sostener, aunque esta es una hipótesis que es necesario explorar y confirmar posteriormente, que la posibilidad de acceder a casos de pacientes con patologías que presentan complicaciones o estados avanzados de enfermedad también es consecuencia de la privación de recursos, entre ellos, el acceso a la atención médica oportuna, regular o incluso preventiva. Por lo menos en teoría, se podría decir que los hospitales que atienden a población derechohabiente garantizan cierto nivel de atención oportuna (a pesar de todas las carencias) a la que es difícil acceder cuando se carece de recursos.

Además de este patrón y principio ordenador es posible identificar en la visión del mundo médico (aunque no tengo constancia de su vigencia, persistencia y nivel de difusión) una asociación entre los hospitales que atienden a población abierta (o por lo menos algunos de ellos) con la posibilidad de acceder al diagnóstico y tratamiento de las denominadas coloquialmente como “enfermedades de la pobreza”, las cuales remiten, en su mayoría, a enfermedades infecciosas.

Aunque no ha sido objeto de mi investigación, vale la pena dejar anotado que este tipo de asociaciones simbólicas, entre determinados tipos de hospitales, tipos de población y “enfermedades tropicales”, infecciosas y de “la pobreza”, con frecuencia alimentan una serie de definiciones y valoraciones morales sobre la naturaleza de la población asidua a este tipo de instancias hospitalarias. Definiciones y criterios que con frecuencia incorporan una amplia serie de prejuicios y creencias sobre el comportamiento y el carácter (moral) de las personas, fomentando con ello, en ocasiones, un trato condescendiente, autoritario y discriminatorio hacia los y las pacientes, sus familias y, en general, las poblaciones que asisten a estos servicios de salud (Castro, 2015; Hafferty et al., 1994; Herrera, 2010).

Ahora bien, hay un subcriterio asociado al tipo de población atendido por los hospitales que quisiera mencionar antes de recuperar otro conjunto de criterios generales, dicho subcriterio tiene una relevancia especial porque en ocasiones puede influir en sentido contrario, negativo, al principio que busca maximizar la adquisición de experiencia clínica.

Es frecuente que hospitales que atienden a población abierta sean los mismos que sufren de mayor carencia de todo tipo de recursos, particularmente recursos materiales y humanos⁵¹. Lo anterior, implica que la experiencia clínica que ahí se pueda lograr se encuentra estructurada no sólo por la carencia de estos recursos tecnológicos de diagnóstico, laboratorios, material quirúrgico, incluso de farmacia, sino también por la ausencia relativa (o incluso, absoluta, en los casos más drásticos) de acompañamiento de otro personal médico, fundamentalmente médicos de base o incluso de médicas y médicos residentes.

Las y los médicos internos que se enfrentan a una experiencia clínica de esta naturaleza, con frecuencia se ven orillados a adquirir y desarrollar unas capacidades y disposiciones clínicas que en cierta medida intentan compensar la falta de recursos, poniendo en práctica diversas improvisaciones, economías y, en general, sosteniendo la atención médica sobre un desarrollado y agudo conjunto de disposiciones y técnicas clínicas que pueden ser consideradas como obsoletas o discontinuadas, particularmente, aquellas que remiten a las habilidades de los sentidos: mediante la exploración profunda y pormenorizada, la escucha y la minuciosa inspección visual de signos, así como por el desarrollo de mejores interrogatorios a las y los pacientes con la finalidad de generar historias clínicas que pudieran coadyubar a una mejor comprensión de los casos y, por lo tanto, del diagnóstico.

⁵¹ Pude registrar una variante de este principio que opera en sentido contrario, existen un conjunto de sedes hospitalarias del IMSS en las que no se cuenta con la presencia de médicos y médicas residentes lo que supone que el grueso de la atención descansa en el trabajo de las y los internos, de la mano con las y los médicos de base. En ciertas circunstancias, este fenómeno puede representar una opción positiva toda vez que los internos no tienen que competir con los residentes para la adquisición de habilidades al tiempo que pueden aprender directamente de las y los médicos de base, lo que supondría la adquisición de una formación de mayor calidad.

En el mismo sentido, la ausencia de acompañamiento formativo, por parte de otros médicos, supone que las y los internos con frecuencia adquieren sus habilidades y disposiciones clínicas de manera parcial, incompleta e igualmente improvisada. En estas condiciones, los y las internas aprehenden el oficio de la mano médicos y médicas residentes, los cuales, si bien son médicos profesionales en términos formales, en no pocas ocasiones sólo se distinguen de los y las internas por una distancia de dos o tres años de edad, así como por el potencial diferencial en la experiencia profesional acumulada durante esa brecha de edad (diferencia que resulta no baladí en términos de la jerarquía y experiencia médica).

De igual forma, aquellos médicos y médicas internos que se exponen a estas condiciones con frecuencia deben aprender sus habilidades de manera autodidacta, sobre la marcha, por medio de prueba y error durante la atención de los pacientes, recurriendo a información, indicaciones y consejos que residentes, igualmente abrumados por la sobre saturación de trabajo, pueden ofrecerles a lo largo de los turnos.

Es de llamar la atención que quienes se enfrentan a internados con estas características usualmente recurren en mayor medida a estrategias colectivas de aprendizaje y trabajo de cara a la necesidad de garantizar la atención médica en los hospitales. Así, son las y los pares quienes se transmiten entre sí el limitado conocimiento, habilidades y experiencias de las que pueden disponer.

Estas pequeñas *comunidades de practica* (y en ocasiones redes) (Becker, 1961, p. 191 y ss. ; Wenger, 1998, p. 72 y ss.) son renombradas por internas e internos como sus “familias”, donde los y las colegas pasan a ser “hermanos” y “hermanas”, pues es sobre ellas y ellos en quienes recae no sólo el peso de la formación clínica, sino también el propio cuidado de sus integrantes: su alimentación, descanso, seguridad, estabilidad emocional, etc.

Una de las características más importantes de estas estrategias colectivas remite al hecho de que son recursos que internos e internas ponen en juego también para la gestión y administración, tanto del trabajo que supone la atención médica de las y los pacientes como

también y, de manera muy importante, de la propia responsabilidad que supone la atención de la salud.

Ahora bien, hay que mencionar que estos mismos hospitales que atienden a población abierta no sólo carecen de personal médico, sino que también experimentan una escasez de otras y otros profesionistas y representantes de diversas ocupaciones usualmente vinculadas al cuidado de la salud. De esta forma, en dichos hospitales, en ocasiones las y los internos tienen que desempeñar actividades que tradicional y convencionalmente corresponden a enfermeras y enfermeros, camilleros entre otros, lo cual con frecuencia es interpretado no sólo como una sobrecarga de trabajo y responsabilidades que no correspondan a su propio rol como médicos sino también como un trastocamiento de la estructura de estatus prevaleciente en el ámbito hospitalario.

Paulina es hija de una médica general y de un ingeniero industrial, el nivel de capital económico en su hogar era medio-alto, es egresada de la UANL, su formación es mixta, de corte tradicional favorece la clínica.

Paulina: ...a diferencia de otros hospitales que sí hay un camillero, en el universitario los internos son los camilleros, entonces había veces en las que tenías que mover a un paciente para algún estudio y eran pacientes que fácil pesaban más de 140 kilos y solo vio un hombre rotando y el resto éramos mujeres, pues a él lo mandaban a mover al paciente....

En su conjunto, la escasez de recursos y la ausencia de acompañamiento formativo antes citadas, así como las particularidades también señaladas, usualmente son interpretadas como rasgos negativos que desincentivan el que las y los estudiantes de medicina elijan aquellas sedes hospitalarias donde se corre el riesgo de experimentar estas situaciones.

Sin embargo, existe ambivalencia en este subcriterio, si bien las condiciones antes señaladas pueden ser entendidas como elementos negativos y contrarios al interés de las y los estudiantes que buscan maximizar su formación clínica de la mejor manera posible (de acuerdo a la práctica contemporánea de la medicina), también es cierto que exponerse a

dichas condiciones puede ser valorado como algo positivo y deseable en la medida en que supone la adquisición de un involucramiento total, acelerado y sin mediaciones en las actividades y el papel profesional de las y los médicos.

Realizar el internado en hospitales caracterizados por la carencia de recursos también puede suponer la posibilidad de exponerse a la adquisición, de primera mano, de la mayor cantidad y variedad de experiencias, al tiempo que ofrece la posibilidad de llegar a dominar ciertas disposiciones y habilidades clínicas básicas de la profesión que se encuentran en proceso de desuso dado el avance tecnológico al interior de la misma (habilidades y capacidades relativas a la exploración, diagnóstico y atención por medio de diversos procedimientos, particularmente, destrezas propias del área quirúrgica).

De igual forma, para un conjunto de estudiantes, el realizar el internado en hospitales con carencia de recursos, puede ser una vía para satisfacer su convicción y compromiso para con la atención y cuidado de la población socioeconómicamente más vulnerable. Sin olvidar que sobrellevar, adaptarse y sobresalir en estas condiciones puede significar un aliciente personal con el que se demuestran a sí mismas y a sí mismos que son capaces de superar aún las condiciones más adversas, lo cual, por otro lado, puede llegar a ser utilizado como un capital simbólico en posteriores momentos de la trayectoria formativa y laboral.

Antes de finalizar con este subcriterio, quisiera mencionar que raramente el efecto de los criterios de elección se efectúa de manera independiente o aislada. Las y los estudiantes consideran un conjunto amplio de elementos al momento de preferir un determinado hospital para realizar su internado. Así, no es infrecuente que los aspectos negativos asociados a la carencia de recursos sean asociados también con la falta de programas de enseñanza suficientes, lo mismo que a la existencia de condiciones adversas como el maltrato para con las y los residentes. En la ponderación y en el efecto conjunto de estas características es como emergen los esquemas clasificatorios que orientan la elección (cuando esta es posible) de las sedes hospitalarias donde se realizará el internado.

6.2 “La enseñanza”

Un segundo criterio generalizado que orienta la elección de las sedes hospitalarias remite a aquellos hospitales que ofrecen mejores posibilidades para reforzar lo que es conocido como la “enseñanza”. Este principio opera en sentido contrario a la búsqueda de maximizar la experiencia clínica, particularmente, de su componente práctico. Bajo este criterio, las y los estudiantes buscan realizar el internado ahí donde la experiencia clínica, la cual nunca deja de estar presente, contenga la mayor cantidad posible de contenidos teóricos, protocolos y conocimiento verificado, estandarizado y actualizado: de “evidencia”.

Néstor: ¿Tú crees que era diferente hacer el internado en cada uno de estos hospitales?

Marisol: Sí, sí, definitivamente sí. Pues bueno, yo por la experiencia que tuve de mis prácticas en el Central había demasiada enseñanza, o sea, muchísima enseñanza de cada médico, yo creo que, por ejemplo, rotábamos con el onco-pediatra y, “oigan: para mañana me van a leer este artículo y era un artículo y mañana lo comentamos, vemos dudas, etcétera”, y diario nos pasaba un artículo nuevo para medio entender, o que, por ejemplo, en ginecología, así cada jueves creo que era, cada jueves había una sesión en el que un residente daba algún tema, algún caso clínico, pero todos teníamos que haber leído algo para medio entenderle.

Entonces había mucha enseñanza en el Central, y en el IMSS nada, jamás había una sesión, a nadie le importaba si aprendíamos o no, entonces, pues eso es lo que más extrañé, yo creo que fue la enseñanza.

Néstor: Ok. Eso en particular en la clínica 2, y me decías que en el Hospital Central sí lo hacían.

Marisol: Lo intentaban, exactamente, por ejemplo, me acuerdo perfecto de pediatría, los pediatras hacían sus sesiones y a lo mejor no exigían que todos leyéramos, pero al menos había una sesión, “y a ver, vamos a comentar sobre este tema, y cómo les parece este caso clínico, a ver si nos llegó este niño, qué opinan”, y a lo mejor nada más opinaban los médicos de base, pero pues ya es algo, o sea, ya de

menos por escucharse te pega algo, y luego los ginecólogos, ellos sí nos daban clases, o sea, nos ponían a nosotros a dar clases, ponían a los residentes, y siempre a todos los días, todos los días, a cierta hora había una clase, aunque sea de media hora, porque típico que llega la paciente ya para parir, y híjole, ya no se pudo, mañana continuamos, pero aunque sea media hora había una clase.

Hay que puntualizar que este criterio, al poner en relieve la búsqueda de una formación menos práctica y más teórica, supone un correlativo alejamiento de la apropiación de disposiciones y habilidades (tanto formales como informales) propias de la actividad médica clínica, particularmente del conjunto de experiencias y conocimientos informales que se adquieren mediante la habituación tanto al propio ambiente hospitalario como a la red de vínculos que lo compone.

Si bien este criterio tiende hacia la generalización como principio de elección por parte de las y los médicos internos, también es cierto que la plena realización de mismo se encuentra acotada sólo a un conjunto específico de instituciones hospitalarias. Las causas de esta limitación en la oferta pueden ser varias, desde la escasez de personal médico que pueda implementar los programas formativos al interior de los hospitales, la falta o la poca articulación de programas formativos para internos e internas, hasta la ausencia de interés por parte de las autoridades hospitalarias o, en su defecto, porque de acuerdo con la propia visión del mundo médico prevaleciente entre las autoridades de estos hospitales, dichos programas carecen de relevancia para la formación de los y las médicas internas.

Sea cual sea la causa específica que explica la limitación de la oferta de sedes hospitalarias con programas de enseñanza adecuados, dicha escasez provoca que las sedes hospitalarias que ofrecen los mejores programas de enseñanza sean demandadas por un amplio conjunto de estudiantes, lo cual genera una demanda que con frecuencia sobrepasa la oferta de estos espacios. Frente a ello, se despliegan diferentes formas institucionalizadas en las que se solventa la distribución de espacios hospitalarios bajo este criterio: la primera y de manera general, la selectividad en función del rendimiento académico, esto quiere decir que las

sedes hospitalarias más cotizadas son aquellas a las que logran ingresar quienes pueden demostrar un buen promedio en etapas previas de la trayectoria.

Elena es hija de una profesionista y de un funcionario del gobierno federal, el nivel de capital económico en su hogar era medio alto, es egresada de la UNAM-CU, particularmente de un grupo de alto rendimiento (PAEA/NUCE), si bien su formación es mixta con preferencia clínica, su propia trayectoria la llevó a formarse en el Modelo Basado en Evidencias.

Néstor: ¿Qué hospitales eran estos a los que más quería ir la gente de los grupos de alto rendimiento?

Elena: El Hospital General de México, el Instituto Nacional de Nutrición, el Hospital Gea González que creo que es general también, esos tres eran los principales, bueno, y el Centro Médico Nacional Siglo XXI creo que también tenía un grupo, esos cuatro, los cuatro son de tercer nivel.

Néstor: ¿Y tú a cuál de esos querías ir, o al que querías ir a tu lugar?

Elena: Yo quería ir al Instituto Nacional de Nutrición, pero en el primer semestre no me dejaron ir, y tuve que ir al Hospital General de México, entonces creo que también por eso me costó más trabajo porque aún dentro de los hospitales la enseñanza es distinta, o sea, aprendes lo práctico, la parte práctica, pero es muy distinta la formación en el Hospital General de México al Instituto Nacional de Nutrición.

Néstor: ¿En qué radica esa diferencia?

Elena: En que en el Hospital General de México la enseñanza práctica es un poco más, parece redundante decirlo, pero práctica, o sea como tienes que aprender a hacerlo, y en el Instituto Nacional de Nutrición es más de léelo, chécalo, practícalo en un modelo o en un maniquí o algo y ya luego vas con el paciente, o sea, como es más preparado, es más planeado y en el Hospital General de México es más como de hazlo, tienes que hacerlo: «Oye, pero es que ni siquiera lo leí», «no importa, ahorita yo te digo cómo lo haces: así», es más como inventado el asunto y, de hecho, en la parte práctica el Hospital

General de México tiene muy buenos cirujanos, nutrición también, pero en la parte práctica sí son mejor ellos...

Néstor: ¿Y eso te generaba esa... [ansiedad]?

Elena: Sí, sobre todo porque yo venía así como: «no, pues es que en los libros y así», y de pronto me dicen lo que tenía que hacer, y yo: «oye, pero es que ni siquiera lo he leído, no sé qué tengo que hacer», y te decían: «no importa, yo te digo cómo lo hagas», y pues a fin de cuentas desde la población también es distinta, la población entre uno y otro es distinta, entonces en el General de México hay algunas personas, o la mayoría de las personas no te va a decir absolutamente nada a de cómo lo hagas, era como que le usabas, y a mí no me parece que eso, esté tan bien, y en cambio en Nutrición como, pues de hecho, creo que he leído que hay hasta artistas y así que van o personas que tienen cierto nivel educativo, y preguntan; es un poquito más complicado, me parece, que nada más tú llegues y sea como de: «vamos a ver si me sale, tal técnica», entonces, yo creo que por eso también me dio mucha ansiedad al inicio, sobre todo el primer semestre, porque como estuve en el hospital allá, el General de México, y así te enseñan la parte práctica, tal vez, siento que si hubiera estado mejor en Nutrición, igual hubiera sido la preocupación, pero tal vez hubiera sido menos.

Una segunda forma en que se enfrenta este “problema” es la propia segmentación de la oferta hospitalaria, así como del campo médico en su conjunto. Se puede apreciar una tendencia en la que el componente “enseñanza” se ha difundido y desarrollado principalmente en hospitales privados. Lo anterior no quiere decir que en hospitales públicos no existan programas de enseñanza, de hecho, se puede sostener que en años recientes este criterio también se ha difundido y ha sido adoptado ampliamente al interior del sector público, sin embargo, las propias limitaciones de recursos de buena parte de estos últimos dificultan la articulación, sostenimiento y continuidad de dichos programas.

Samuel es hijo de dos médicos, una médica general y un especialista, el nivel económico de su hogar era alto, es egresado de La Salle, su formación remite al modelo de Medicina Basada en Evidencias.

Néstor: [indagando sobre las preferencias de los estudiantes de medicina de universidades privadas] ¿a qué lugares se van los que tienen mejor promedio?

Samuel: [...] al ABC es un hospital que tiene mucha enseñanza y pues es un gran hospital para el internado, tiene muchas cosas buenas como la enseñanza, como ahí puede ser prácticamente las psicologías la verdad es que nadie que sí importa nadie trata mal nunca, nunca, se ha reportado maltrato en el ABC versus otros hospitales que si se ha reportado [...]; Médica Sur y el Gea González, esos tres

Néstor: ¿a ti cómo te fue donde fuiste? ¿podías elegir? ¿qué es lo que pasó?

Samuel: bien, la verdad, es que muy bien, muy muy a gusto me la pasé, fue un gran año con muchas experiencias, también pues te hacen una plática de orientación, un poco en el sentido de qué es lo ¿qué quieres hacer después no?, si tú quieres hacer tu residencia en cierto lugar pues te conviene irte y que te conozcan desde antes, entonces yo antes de hacer cirugía quería hacer cardio y medicina interna, me fui al ABC porque es un gran lugar para hacer medicina interna y después irme a otro lado hacer cardiología pero este pues al final no [...] yo creo una desventaja que tiene el ABC es que los internos son muy contados y entonces si un interno se va quedan desequilibradas, entonces por eso no te dejan irte, no puedes rotar en otro hospital no te puedes ir fuera del país, es la única condición, por lo tanto, el ABC tiene todos los servicios, me imagino que no le falta ninguno, este...

Néstor: ¿cómo fue tu experiencia en cada uno de estos servicios? ¿cuál fue el que más te gustó?, el que menos te gustó, ¿para cuál te sentiste más capacitado en ese momento?

Samuel: este..., primero, el que más me gustó fue medicina interna, es un gran servicio este y rotas en pues rotas con como estrellas de la medicina, como gente que en general no pues no te voy a topar bueno no podrías encontrarte con esta persona pero pues ahí todo el tiempo están porque son tratantes [médicos de base, adscritos] de ese lugar, no como, pues, siempre... Rotas con personas que han marcado, que son leyendas pues de la medicina mexicana que te enseñan mucho

siempre, están ahí, pues si tienes alguna pregunta alguna duda, están ahí para ayudarte, si tratan de enseñarte mucho, este, medicina interna es un gran lugar e igual recompensan si sabes bastante, si sabes menos te ponen a estudiar más, entonces y tratan de que todos estén más o menos nivelados, en general, desde los residentes o adscritos todo el mundo trata de enseñarte; yo creo, que sería el mejor lugar; el peor lugar, el que menos me agradó, fue ginecología, este..., porque no pude hacer nada, entonces en este, en esta área, los tratantes desde antes de que yo llegara ya se habían puesto de acuerdo ya muchas generaciones antes para que los internos no vean tantos pacientes porque pues..., es un lugar que, quieras o no, tiene un mayor número de demandas, a veces, estas son cosas un poco más complicadas y entonces los tratantes no quieren que veas a sus pacientes entonces aprendes mucho como con clases, como si regresaras a la universidad pero no ves pacientes, entras a las cirugías de gineco y puedes entrar pero nunca ayudar, ni como primer ayudante ni nada, no enteras nada, solo a observar y ya, es lo único que puedes hacer, entonces pues nunca tienes interacción con los pacientes, nunca, este..., pues auscultas a una paciente, lo ves, pero de eso es de lo que se trata el internado, de participar, yo creo que sería el peor servicio; en general, en todos los internados pues es muy conocido que el interno es el que recibe al bebé a mí nunca me tocó, este entonces no, nunca atendí parto...

En esta investigación sostengo que existe una afinidad entre universidades y hospitales privados que favorece el que las y los egresados de las primeras “prefieran”⁵² continuar su formación clínica durante el internado en hospitales igualmente privados, ocurriendo recíprocamente lo mismo entre universidades y hospitales públicos. De esta forma, resulta

⁵² Si bien esta preferencia se sostiene sobre un principio de *gusto* y afinidad subjetiva, siempre hay que recordar que muy buena parte de su lógica se sostiene en las posibilidades y restricciones que permite la posesión y movilización de una serie de capitales, particularmente el económico y que configuran las *condiciones* asociadas a la posición que cada estudiante (o en su caso, familia) ocupa en el espacio social y en el campo médico. Esta es precisamente la idea que se encuentra detrás de *estilo de vida*: una habituación a las condiciones de socialización pasadas que se proyectan hacia el futuro constituyendo el *gusto* y, por lo tanto, las *preferencias* de los estudiantes, preferencias que de manera natural e impensada expresan las propias limitaciones y capacidades de la dotación de recursos.

casi “natural” la elección de la sede del internado, resolviendo, en cierta medida, o por lo menos de manera imaginaria, el dilema que supone la escasez de opciones pertinentes.

La delimitación de esta afinidad va más allá del hallazgo de un patrón fáctico, existen una serie de principios y criterios de orientación que, tanto estudiantes, como médicos y autoridades institucionales buscan para lograr esta continuidad. Principios que en muchos casos se encuentran soterrados bajo la institucionalización de diversos mecanismos burocráticos y comerciales. Así, se pueden entender, por ejemplo, los convenios existentes entre ciertas universidades y ciertos hospitales privados que buscan privilegiar la llegada de ciertos perfiles acordes con su “misión” y “visión”, también se puede entender de esta forma la existencia de hospitales universitarios, etc.⁵³

Hay que decir que la predilección por una sede hospitalaria que cuente con la mayor cantidad y calidad de enseñanza posible es un fenómeno que muestra un auge en años recientes, sobre todo y a la luz de que buenos programas de enseñanza en las sedes del internado representan para las y los médicos una oportunidad para recibir una mejor preparación de cara al examen de residencias médicas.

De esta forma, la consolidación de dicho examen, así como la propia institucionalización de la expectativa de realizar una especialidad como meta profesional de las y los médicos han devenido en factores que impulsan al componente enseñanza en los diferentes momentos que componen la trayectoria formativa, fenómeno similar sucede con el servicio social, llegando al grado de que existen médicos y médicas que buscan evitar u obviar dicho momento en favor de obtener una mejor preparación de cara al examen de residencias médicas.

⁵³ Vale la pena hacer la acotación de que este patrón y esta afinidad no es exclusiva del sector privado, de hecho, este mismo comportamiento institucional se puede rastrear históricamente entre las grandes instituciones educativas y médicas del Estado, aunque vale la pena decir que el propio sentido de esta afinidad quizá haya dejado de ser explícito dada la propia antigüedad de su establecimiento (por ejemplo pueden entenderse las vinculaciones entre el IMSS y la UNAM como un signo del mutuo compromiso de estas instituciones con el modelo de desarrollo económico post revolucionario).

Angelica es hija de dos médicos, su padre es especialista y su madre es médica general, el nivel de capital económico en su hogar es alto, es egresada de la Universidad Autónoma de Guadalajara, si bien su formación fue mixta con un acento en la “enseñanza”, la influencia familiar la hicieron receptiva del modelo de Medicina Basada en Evidencias.

Néstor: ¿Y tú qué hospital escogiste?

Angélica: Yo escogí un hospital que se llama Aranda de la Parra en León.

Néstor: ¿Era privado?

Angélica: Sí, exactamente.

Néstor: ¿Por qué escogiste una institución privada?

Angélica: Porque tenía un programa de enseñanza que la verdad se me hizo muy atractivo, te daban la oportunidad de rotar en terapia y en ese momento a mí, o sea, de que siempre me gustaba la ciencia, entonces la parte de terapia intensiva siempre me llamó la atención y que más, había todas las especialidades, tenía clases todos los días, los adscritos luego, venía, o sea, que participaban en lo que era toda la formación académica, te daban clases, pasaban contigo la visita, es un periodo donde la verdad yo aprendí mucho, a mí me gusta mucho, o sea, de la medicina privada, la verdad es que siento que sí, sí hay una, sí hay una diferencia.

Cuando roté por el IMSS me di cuenta de que debido a la sobrepoblación podías ver, no sé, en una guardia, tener dos, no sé, veinte ingresos y esos veinte, cinco ingresos iban a ser un lupus, y por ejemplo, igual, la carga de trabajo, o sea, es más académica en los privados, pues no sé, ocho ingresos, y de esos ocho ingresos dos eran lupus, pero de esos dos lupus, por ejemplo, pasabas con el reuma, pasabas con el neuro, bajabas a los estudios, o sea, de que se trataban como se tenían que tratar, se les daban medicamentos que se les tenían que dar, los explorabas como los tenías que explorar, y los doctores la verdad es que te ayudaban mucho en eso de la exploración, los pacientes siempre fueron muy amables, o sea, de que

te guiaban, no es lo mismo hacerlo como que tú en tus prácticas ya así como detener el mundo real, creo que es cuando ya por fin escuchas como todos los [inaudible] que existen, la verdad es que te orientan mucho, y a mí me gusta mucho mi entrenamiento.

Néstor: Claro, hay médicos que me han comentado justo en esta etapa, que privilegian irse a alguna institución del sector salud, incluso de la Secretaría de Salud, para hacer manitas, y como que ir ganando experiencia, ¿tú consideraste esto?

Angélica: No, así de, la verdad no, porque consideré que sí es emocionante eso de, o sea, que ellos hubieran puesto como de que tantos sellos de agua, o que los dejaran como de que hacer funciones, ese tipo de cosas, pero yo creo que todo, para mí llevaba así de que un tiempo y un orden, entonces, yo sabía que quería hacer una especialidad, todavía no sabía qué especialidad quería hacer, pero sabía que eventualmente lo iba a aprender en la especialidad, lo manual que yo quisiera hacer, y pues en realidad a mí lo que me interesaba, era mucho la parte teórica, porque yo quería pasar el examen de residencia, entonces pues me interesaba más en ese momento, o sea la parte teórica.

Néstor: en otras entrevistas me han comentado, que hacer el internado en hospitales privados puede ser difícil, porque los pacientes no quieren que tú, como médico interno, los toques o hagas procedimientos con ellos o cosas así, porque en teoría no sabes, ¿cómo fue tu caso?

Angélica: La verdad es que yo nunca tuve ningún problema, y yo creo que mis compañeros tampoco, todos los doctores eran muy amables, siempre que tú llegabas se presentaban ellos, te presentaban a ti, pues ellos iban a pasar visita, y después seguían con su consulta, cuando te quedabas en piso a cargo de los pacientes, o sea de que ya tenías tus pendientes, cuando llegabas ya le decías, todos los pendientes que te dejaron, los estudios que salieron de los estudios, y ya vas a ver la cardiografía, la tomografía, todo lo demás, este si el paciente tuvo dolor, este y el otro, y la verdad es que yo nunca tuve ningún problema con los pacientes privados, creo que están estigmatizados, a mí la verdad nunca, hasta el momento, o sea de que mal con un privado, pues no, la verdad es que no, o sea eso sí, por ejemplo, yo no

puse sellos de agua, no puse sondas, no canalicé, no hice nada de eso, así como de...

Néstor: ¿consideras que esto te afectó después, cuando fuiste al servicio, o cuando hiciste la residencia, el no haber hecho, el no tener esta experiencia?

Angélica: No

Néstor: ok, ya un poco lo has dicho como en diferentes elementos, pero ¿por qué te gusta más la medicina privada, en términos generales?

Angélica: Porque son pacientes que pagan por su... o sea, pagan por resolver su enfermedad, por tratarla o por el seguimiento, y eso implica que al momento de pagar eso les genera como más conciencia, entonces a ellos no les... ya sé que no te regalan nada, porque son tus impuestos y eso, pero en general ellos aparte de sus impuestos, o sea de que ellos pagan su... o sea sus tratamientos, sus procedimientos, todo, entonces creo que eso los vuelve a decir pacientes más conscientes. A la hora de la cirugía, se cuidan más, o sea, se cuidan más porque saben que si se llegan a descuidar, o sea una segunda cirugía, no va a tener tan buenos resultados, les va a generar un costo, entonces por lo general siguiendo tus indicaciones, se cuidan más, eso sí, son pacientes como de que necesitan como más... ¿qué será? como que estés ahí más tiempo, o sea no atención, sino como más paternalismo, que estés ahí como de que siempre estés otra, así que porque en ese momento le puedes ofrecer al paciente lo que tú consideras que es algo bueno, lo que, o sea, su opción de tratamiento con los materiales que se requiere, con el instrumento que se requiere, o sea todo es como debe de ser, y no ofreces como lo que hay, ni tampoco modificar lo que hay para tener un resultado, o sea es... bueno desde la experiencia que he tenido, es como... es lo que, o sea, como debe de ser y lo que tienes que emplear, o sea ya sea una cirugía, una consulta, una exploración, todos los estudios que le tienes que hacer y le tienes que hacer, no sé, una tomografía y después una resonancia, y después, no lo sé, a los seis meses, un ultrasonido, o sea es porque, o sea porque así debe de ser, pues, nadie se queja, o sea a mí la verdad tuve buenas experiencias.

Resulta interesante notar que este fenómeno ha contribuido a la segmentación de la oferta de sedes hospitalarias donde las y los estudiantes realizan el internado, siendo la presencia o ausencia del componente enseñanza o, en su defecto, del estilo de práctica médica asociado a la medicina basada en evidencias los criterios que articulan la diferenciación entre hospitales.

Antes de finalizar, quisiera hacer una breve acotación sobre las bases sociales que, a mi juicio, sostienen la vigencia de la afinidad entre el sector médico privado y la medicina basada en evidencias. Como ya he mostrado, esta afinidad se ve actualizada de manera constante por medio de la oferta de un modelo formativo que incentiva que tanto médicos y médicas internas como residentes acudan a estos hospitales en tanto ahí es posible obtener mayor enseñanza y menor carga de trabajo, menos maltrato, dando pie a fortalecer su preparación para el examen nacional de residencias médicas.

Si bien el modelo formativo de los hospitales privados puede atraer a un conjunto de recursos humanos actuales y futuros (potenciales), en ocasiones necesarios para el propio funcionamiento de dichas instituciones, este por sí mismo no es un factor que explique por qué las instituciones privadas (por lo menos alguna entre ellas, las más grandes y prestigiadas) han adoptado la medicina basada en evidencias como su marco de trabajo.

Las razones de dicha adopción están en otro lado, posiblemente se trate de razones de carácter comercial y legales, las cuales, en última instancia, también remiten al potencial impacto económico que supone atender y resolver procedimientos legales. Proceder médicamente según el modelo de la medicina basada en evidencias sienta las bases de una justificación o sustentación de las decisiones médicas que tiende a ser en menor medida controvertible y por lo tanto menos sujeto a un reclamo legal. De esta forma, realizar diagnósticos, procedimientos e intervenciones, así como administrar tratamientos bajo este principio avala y protege, tanto a las y los médicos como a los hospitales frente a alguna potencial querrela que les impute una mala práctica o el haber cometido alguna negligencia.

Fernando es hijo de una ama de casa y de un empresario de la construcción, el nivel de capital económico de su hogar era alto,

Fernando egresó de la UNAM, su perfil formativo remite es mixto con acento en la clínica.

Néstor: Una pregunta antes, ¿qué tanto confía en sus habilidades clínicas con respecto a los estudios o la imagenología?

Fernando: El 90% es clínica, el 10% son estudios que afirman o no afirman el diagnóstico presuncional.

De estudios se ha abusado mucho por cuestión de demandas y norma oficial, por decirle que la norma oficial técnica dice que una apendicitis hay que hacerle tomografía, que es el estudio estrella, es estar remitiendo al paciente x miles de pesos extra y no necesariamente nos van a dar el 100% del dedo, en ocasiones está con tomografía, puede haber una falla, pero si no pide uno eso, está incurriendo en una actitud si no ilegal, de menor calidad. Si llegaran a tener que juzgar la actuación de uno en un comparecimiento de esos, me van a decir, ¿por qué no pidió tomografía? Ni modo que diga, porque el paciente no tenía el [...], eso no es argumento en ningún lado. Sí lo es, si el paciente no la tiene, pero ante una situación legal no lo es. Todo eso ha acontecido en una medicina defensiva que ha encarecido la medicina. También es mundial, aquí no usamos tanto, en Estados Unidos no. Para un padecimiento menor piden una cerca de estudios que cuestan más los estudios que el procedimiento, y que no van a dar ni mejor diagnóstico ni mejor solución, pero pues ya es un hecho que no es reversible, porque es una situación mundial. Eso está muy promulgado por las aseguradoras. Aquí cuando Zedillo, que creó la CONAMED, fue en conjunto con todas las aseguradoras, para obligar al médico a asegurarse.

Néstor: ¿Así lo interpreta usted?

Fernando: No, así lo interpretan en su momento, es que esas cosas nunca se hacen públicas. No. Porque si usted se pone a ver, inventaron un tribunal de excepción, no hay un tribunal para juzgar a los pilotos o a los contadores o a los ingenieros, en cambio, hay un tribunal único para juzgar a los médicos. Cuando existe el derecho civil y el derecho penal que tienen clasificadas todas las malas actuaciones en un momento dado.

Pero era mucho meterle presión a los médicos para que compraran seguros de mala práctica. Esa es la función principal de la CONAMED [...] Por términos generales, bueno, si a mí se me muere un paciente, pues me pueden acusar de homicidio. Y si un paciente tiene lesiones, pues me acusan de lesiones. Ya clasificará qué tipo de lesión fue. Los mecanismos legales existen. Entonces no era necesario esa cosa de la CONAMED. Y además es juez y parte.

Néstor: Y usted cree, por ejemplo, en términos del perfil de los residentes, de los estudiantes, ¿usted cree que ha cambiado el peso que le dan a la clínica en su proceder?

Fernando: Sí, bastante. Conforme va pasando el tiempo, confían más en los estudios. Que los estudios también sean sofisticados mucho más, eso también es una realidad. La calidad de las tomografías y de las resonancias que vamos a decir es lo que más usamos nosotros, se llegan a hacer diagnósticos con gran facilidad y con gran certeza.

Y también todo está basado actualmente en medicina basada en evidencia. Entonces, pues antes por irnos al caso de un apéndice, bueno, yo lo tocaba, hacía tales maniobras, me indicaban que era una apendicitis. Y iba a estar con certeza si el laboratorio salía de X formas, el general de orina era negativo, etcétera. O sea, en un noventa y tantos por ciento, ¿no?

Si además le pido una tomografía, desde el 92 me subo al 96, muy poquita la ganancia, contra el 90% de la ganancia. Bueno, no lo gasta el médico, lo gasta mi paciente y aun así queda un pequeño margen. Pero pues ya es la medicina que se quedó, ¿no?

Néstor: ¿Qué implica la medicina basada en evidencias para la práctica de los médicos?

Fernando: Que la medicina se quede en evidencias. Que tiene que haber un estudio que corrobore lo que yo estoy sosteniendo.

Néstor: ¿Eso refuerza de nuevo la dependencia de la técnica, por decirlo así?

Fernando: Sí, sobre todo en el ámbito que estamos, ¿no? Si uno estuviera practicando cirugía en la Sierra de Guerrero, pues ahí con

dificultad va a conseguir un equipo rayos X simple. Entonces ahí no se puede dar el lujo, uno es clínico y puede haber un margen de error, y ni modo. Es lo que existe en ese establecimiento. Pero se cambia uno a este nivel [medicina privada], en este nivel la medicina basada en evidencia es casi obligatoria. Se supone que es a nivel nacional, pero a los doctores que inventaron eso se les olvida que el 90% del país se atiende con unos niveles muy bajos en cuanto a obtención de esos recursos.

6.3 Hospitales "interno friendly"

Un tercer criterio que, si bien no se encuentra tan generalizado, cada vez toma mayor relevancia es el que la sede del internado sea un espacio donde se trate “adecuadamente” a las y los internos. Esto es, donde no existan cargas de trabajo desmedidas, donde no sean maltratados, violentados o castigados.

Nicolas es hijo de una ama de casa y un funcionario de gobierno, el nivel de capital económico en su hogar era medio-alto, es egresado de la Universidad Autónoma de Chihuahua, su formación enfatizaba la adquisición de conocimiento.

Néstor: Me decías también que ponderaste de alguna manera esto del ambiente, ¿a qué te refieres con el ambiente?

Nicolás: El ambiente, que no sea esto de militarización, o sea, jerárquico, pues, había historias, por ejemplo en el Hospital General de Chihuahua, que era el otro de Secretaría, había historias de que los residentes eran feos con los internos, ¿no? de que no podías descansar, de que te hablaban de mala manera, de que porque él era de mayor jerarquía te trataba mal, entonces cosas de esas se escuchaban del hospital general, y en el hospital central, ¿no? en el hospital central se escuchaba que eran todos familia, y sí, haz de cuenta que tú podías ir a desayunar con el residente sin ningún problema, te quedas dormido ahí, atacado de risa con el residente, siempre, siempre, por ejemplo, en cirugía se acostumbraba a que cenáramos todos juntos, pedir comida y cenar todos juntos, se paraba todo, el R4, el R3, el R2, el R1 y el interno a comer, entonces era esta camaradería que se escuchaba bien, en el hospital Morelos, este, por

ejemplo, que era el otro público, se escuchaba que había buena camaradería, pero porque abundaban los internos, entonces era buena camaradería entre internos, pero todo el mundo evitaba el general por el ambiente así jerárquico que reinaba en ese momento.

El relato de Patricia muestra una variación de este mismo principio, en este caso, ella eligió un hospital donde no hubiese médicos residentes, lo que, aunque en de primera instancia supondría una mayor carga de trabajo y responsabilidad, también implicaba la evitar el efecto de la jerarquía médica dando la oportunidad para que los y las internas colaboraran directamente con médicos de base, reforzando así la adquisición de conocimiento y habilidades.

Patricia es hija de una enfermera y un estilista, su nivel de capital económico es medio, ella es egresada de la UNAM-CU y ha sido formada en un modelo mixto, de corte tradicional.

Patricia: Es que hay muchas trampas. En el hospital donde yo estaba no había residentes. Entonces nunca tuvimos que lidiar con la jerarquía. Nosotros hablábamos directamente con los doctores y los doctores siempre nos trataron muy bien. Así nunca hubo alguien que nos faltara el respeto. Todos eran super amables contigo. Y en cuanto a las enfermeras, pues como yo era la única mujer de mi equipo y los otros eran bastante habilidosos y amables, entonces ya sabíamos que cuando teníamos que pedirle algún favor a un doctor o a alguien hombre, iba yo a pedirlo amablemente y viceversa cuando teníamos que pedir algún doctor o una doctora o una enfermera, iba cualquiera de mis compañeros.

Vale la pena decir que este criterio con frecuencia se asocia con aquel que prioriza la enseñanza; esto es así porque las cargas de trabajo, el efecto negativo de la jerarquía, el maltrato y los castigos con frecuencia están asociados a la sobresaturación de la demanda de atención. El exceso de demanda implica escasez de personal, limitación de recursos y de tiempo, condiciones que hacen poco viable el que las y los médicos puedan organizarse de manera adecuada para crear modelos de enseñanza. En este mismo sentido, las y los médicos buscan ambientes propicios tanto para el aprendizaje como para la preparación de cara al examen de residencias médicas.

6.4 Lejanía y seguridad de los hospitales

Un último criterio que no puede ser dejado de lado y que muestra su efecto particularmente en las sedes hospitalarias fuera de las grandes zonas metropolitanas del país remite a la percepción de seguridad y lejanía de los hospitales. Este criterio resulta especialmente sensible para las mujeres y, como ya vimos al momento de elegir la universidad o la escuela de medicina, muestra sus efectos a lo largo de toda la trayectoria formativa y laboral.

Los hospitales alejados del lugar de residencia con frecuencia suponen que las y los médicos deban viajar y, en ocasiones, enfrentarse a vivir por su cuenta, lejos del hogar, lo cual puede llegar a resultar riesgoso dadas las condiciones de inseguridad que caracterizan a amplias zonas del país.

Néstor: En esta etapa tu mamá te decía algo ya específicamente al momento de elegir la especialidad. ¿Te recomendó algo?

Paulina: No, o sea, ella sí creía que me quedara acá en Nuevo León o algo cercana al norte este porque pues sí tenía mucho miedo del resto del país específicamente por Ciudad de México. Porque pues acá en el norte, pues acá, y supongo que es igual en todo el país, pues sabían las noticias de lo que está pasando allá. Entonces sabían más si daba mucho miedo que me pasara algo.

Lo mismo ocurre para con la percepción de seguridad de las zonas colindantes a los propios hospitales, incluso dentro de las grandes zonas metropolitanas del país, la organización de los horarios de trabajo, de las guardias, etc..., exponen a las y los médicos, aunque sea de manera temporal a las condiciones externas del hospital, lo que potencialmente implica quedar expuestas y expuestos a situaciones que vulneren su seguridad e integridad personal.

Aunque he podido documentar sólo de manera muy superficial este fenómeno, ambos elementos: la seguridad y la lejanía de la familia, son formas narrativas, quizá las principales, con las que los médicos, pero, sobre todo, las médicas dotan de sentido a aquellos determinantes de la probabilidad de que su formación profesional se encuentre

condicionada por una heterogeneidad en la oferta formativa, particularmente, las limitaciones y restricciones que las condiciones de seguridad impone a las personas en su trayectoria formativa y laboral.

Ahora bien, hay que decir que la mera distancia y la percepción de seguridad no se consideran de manera aislada; con frecuencia, en los relatos, es común que estos factores se asocian con expresiones relativas a la percepción del contexto urbano inmediato de los hospitales como: “está feíto”, “está bien oscuro”, “es peligroso”, “me da miedo salir ahí de noche”, “está bien lindo”, “está ok”, “se ve moderno”, etc... No debemos olvidar que muchas de estas expresiones no remiten como tal a acervos de conocimiento lógico y claramente postulado sino a un conjunto de saberes prácticos y particularmente a emociones y sensaciones.

Patricia: Entonces mientras mejor promedio tengas, mayor posibilidad tienes de escoger lo que quieras para el salón, para rotar, para el hospital, para todo. Y entonces al mío no era tan malo y escogí Centro Médico Nacional Siglo XXI, porque sabía que, si me iba a un lugar, pues no sé, tal vez más sencillo, más no sé, cómo catalogarlo, tal vez no me iba a gustar. Entonces quise escoger lo que en ese momento me pareció lo mejor para no, pues sí, o sea, para ver lo mejor del lado de la medicina, porque lo necesitaba, estaba muy decepcionada. Y el Centro Médico me gustó muchísimo [la entrevistada hace un ademán relativo al espacio, al lugar, refiriéndose quizá a la arquitectura]. Ahí ya tuve un doctor que, al contrario de los del año pasado, se preocupaba un chorro por nosotros, tenía todo súper bien organizado y nos conseguía doctores que nos dieran clases siempre. Entonces el tercer año en mi carrera dura tres semestres, no sólo dos. Entonces esos tres semestres yo me quedé en Centro Médico y la verdad es que me encantó. O sea, ahí tomaba clase y también ahí mismo me iba con los doctores a la clínica. Entonces me dejaban entrar al quirófano, entrar en la consulta y ellos me enseñaron lo básico de la medicina. Y ahí me atrapó porque sí, eso sí.

[...]

Néstor: Regresemos ahora a los campos clínicos. Me decías que te fuiste al Siglo XXI. Que ahí estuviste los tres semestres completos. ¿Podías elegir otro lugar que no fuera Centro Médico?

Patricia: Sí.

Néstor: ¿Y por qué no lo hiciste?

Patricia: Pues muchos lugares, básicamente. Como yo era de las primeras podía elegir el General. Estaban abiertas prácticamente todas las sedes. El único que ya se había acabado era el hospital de Nutrición. Pero ahí en fuera estaban todos los hospitales.

Néstor: ¿Y por qué no te fuiste a algún otro?

Patricia: Pues porque al general no me gusta. Creo que soy un poco superficial ahora que me estoy escuchando. Pero es que, por ejemplo, yo nunca he estado así a expensas de sufrir y eso no se va a hacer padre.

Entonces también busco un buen lugar, que tenga buenas condiciones.

Que esté seguro. Que esté bonito. Y, por ejemplo, el general, no me gusta la entrada porque se me hace inseguro, están todos los puestos, hay un chorro de gente. Los otros hospitales, por ejemplo, Médica Sur, esos no considero que sean lo mejor para aprender porque ni siquiera haces nada, los pacientes son bien fresas y no te dejan hacerles nada, entonces eso no sirve cuando estás aprendiendo.

Entonces, por eso es que el IMMS me pareció una buena opción: tienes un chorro de pacientes, tienes buenos doctores, con un buen nivel de conocimientos y el hospital está bonito, está seguro. Entonces, ¿por qué no? Y si ya me había ido hasta CU a estudiar la universidad [Patricia vivía en casa de sus padres en ese momento, en un municipio del Estado de México cercano a la Ciudad de México], pues que no me fuera unos 40 minutos antes para los campos clínicos. Claro.

[...]

Néstor: ¿Te hubiera gustado ir a otro que no fuera...?

Patricia: Pues sí, el 20..., pues pude ir al 20 de noviembre. Al Adolfo López Mateos, al Fernando Quiroz, al Médica Sur, es que hay un buen... Entonces hay un buen de hospitales, pero yo ni siquiera los conozco. O sea, conozco, así como los más grandes que son los que algunos de mis amiguitos o conocidos iban. Que son Nutrición, el 20 de noviembre, el General. En López Mateos. Y de ahí en fuera ya son cada vez más raros o clínicas que ni siquiera ubico dónde están. Pero no, el Centro Médico me parecía una muy buena opción.

Porque incluso era accesible para llegar ahí. Como yo siempre me trasladaba en transporte público. Pues era la misma línea que utilizaba para llegar a CU, simplemente me bajaba a unas estaciones antes, y la entrada del metro está allá adentro, o sea, sales y ya estás dentro del mismo hospital.

Dichas emociones y sensaciones, difusamente identificables, se suman a los mapas y esquemas clasificatorios en los que se mezclan con otras categorías y principios como los antes mencionados. En no pocas ocasiones, estas percepciones y emociones se integran como complementarias de otros criterios, de esta forma, no es de extrañar que la carencia de recursos de los hospitales públicos también se manifieste en el propio mantenimiento y el aspecto físico y arquitectónico de los propios hospitales.

Ahora bien, estas percepciones se integran a los propios esquemas clasificatorios que las y los médicos van desarrollando a lo largo de su itinerario formativo, de esta forma se complementan con los esquemas con los que organizan y clasifican el propio espacio hospitalario, las características de los servicios hospitalarios y de las especialidades, etc...

Un ejemplo que resulta revelador de esta idea, son las diversas experiencias de incomodidad, miedo, riesgo e incertidumbre que las doctoras, principalmente las más jóvenes: internas y residentes, vivencian en su trayectoria formativa. De esta forma, las doctoras (los doctores también lo saben, aunque no les resulte problemático de manera personal) elaboran mapas en los que se definen de manera tácita los servicios, consultorios, turnos y médicos, que deben evitarse o a los que se debe asistir siempre acompañada.

De lo anterior se desprende que la percepción de inseguridad, sentimientos como el miedo y sensaciones como la belleza o la falta de ella, devienen importantes criterios que afectan directamente la forma como se estructuran las trayectorias de los médicos y sobre todo de las médicas. Esta idea resulta otro hallazgo relevante de esta investigación.

6.5 Esquema clasificatorio de las estrategias formativas

En líneas anteriores he indicado que el análisis de las estrategias formativas de las y los estudiantes de medicina pueden ser una oportunidad para evidenciar u objetivar la presencia de la incorporación de los intereses y principios de campo y la profesión médica. He postulado que dichos intereses y principios se encuentran implicados y contenidos de manera tanto explícita como tácita en los conocimientos especializados y en los sistemas de disposiciones que dan pie a una serie de marcos de significado que en su conjunto constituyen la visión del mundo médico.

Como he dicho más arriba, estos esquemas clasificatorios, principios de visión y de división del mundo médico, así como los esquemas generativos y esquemas corporales a que dan lugar son de naturaleza práctica (Bourdieu, 2007b, p. 129 y ss.) y, por lo tanto, no son objetos a los que se pueda tener acceso de manera directa o inmediata. Dar cuenta de ellos supone un trabajo de *teorización* (yo diría de interpretación) que evidencie sus recurrencias, sus patrones y sus estructuras (sus reglas), las cuales no se hacen evidentes sino mediante la sistematización de la variación de sus manifestaciones⁵⁴.

De esta manera en esta investigación recorro a la reconstrucción de *esquemas sinópticos* que me permitan reconstruir en una sola instancia (en el marco de una totalidad de relaciones)

⁵⁴ En el marco de esta investigación que recurre al análisis de relatos de prácticas, no podemos reconstruir esquemas clasificatorios a partir de su manifestación en el discurso de un individuo aislado, se hace necesario así un análisis sistemático de una diversidad de manifestaciones discursivas (o en su caso de las prácticas situadas) que nos permitan objetivar gradualmente las características de aquellas estructuras sociales objetivas interiorizadas como esquemas. En otras palabras, que nos permita captar las características globales (las reglas, las regularidades) de aquellos marcos de significado social e históricamente situados de los cuales hacemos uso para orientar nuestras actividades en la vida cotidiana.

las principales categorías y los atributos de dichos esquemas generativos. Hay que decir que esta estrategia de objetivación si bien es necesaria para la objetivación científica implica por sí misma la imposición de una *forma* ajena (abstracta, esquemática y reificada) a la propia lógica y naturaleza práctica de dichos esquemas, la cual si bien puede ser reconocida y apropiada reflexivamente por nuestros agentes investigados nunca están a su plena disposición ni en su totalidad durante la *duración* de sus prácticas.

“Al contrario de la práctica, “serie esencialmente lineal”, como el discurso, que, en razón de su “modo de construcción, nos obliga a expresar sucesivamente, mediante una serie lineal de signos, relaciones que el espíritu percibe o que debería percibir simultáneamente y en otro orden”, los esquemas o diagramas científicos, “cuadros sinópticos, arboles, atlas históricos, suerte de tablas de doble entrada” permite, como observa Cournot, “sacarle un partido más o menos afortunado a la extensión en superficie para figurar relaciones y vínculos sistemáticos difíciles de desentrañar en el encadenamiento del discurso”. Dicho de otro modo, el esquema sinóptico permite aprender simultáneamente y de un solo golpe de vista, uno *intuitu et total simul*, como decía Descartes, monotéticamente como dice Husserl, significaciones que son producidas y utilizadas políticamente, es decir no solamente una detrás de otra, sino una a una, paso a paso.” (Bourdieu, 2007b, p. 134)

Para nuestros agentes, para las y los médicos, estos esquemas clasificatorios si bien son conocidos y dominados de manera implícita, los saben llevar a cabo, nunca están presentes en su totalidad, salvo que ellas y ellos mismos los sometan a una determinada objetivación⁵⁵ que supone, por sí mismo, un ejercicio de reflexividad y de suspensión de la actitud de la vida cotidiana. Vale la pena decir que para las y los médicos (o para cualquier persona) la naturaleza de estos esquemas clasificatorios nunca es meramente cognitiva, en el sentido de que nunca es mera conocimiento formal, sino que remite constantemente a categorías imprecisas, generales y polisémicas y que en muchas ocasiones se sustenta en un conjunto de *homologías* que devienen en categorías con *valores* equivalentes, pero con significados

⁵⁵ Lo cual sucede, por ejemplo, cuando registran disrupciones al *orden* establecido, a la *actitud natural* que conforma su experiencia en la vida cotidiana, en dichos momentos, las y los agentes involucrados pueden hacer una glosa reflexiva total o parcial de dichos esquemas para restaurar la *naturaleza* del mundo y en su caso definir las sanciones normativas -morales- a que haya lugar, véase al respecto Garfinkel (1967), Zimerman (1987) entre otros.

disparos, incluso de naturaleza divergente. Por ejemplo, si bien en un cierto registro un médico puede clasificar un hospital “A” como un lugar donde la práctica médica se ciñe al principio de la “medicina basada en evidencias” puede clasificar a su contrario, un hospital “B”, como una institución donde “se hacen puras cochinadas” o que *percibe* como “feo”, o del cual *siente* inseguridad y falta de limpieza, incluso todas ellas de manera simultánea, lo cual, en ocasiones refuerza la naturaleza de las preferencias de las y los médicos así como la propia persistencia de las diferencias estructurantes del campo médico.

Así, he recurrido a una representación gráfica, a un esquema sinóptico, que me permita objetivar (aunque de manera parcial) de manera sincrónica (hasta cierto punto totalizadora) un conjunto de relaciones que no son evidentes en las propias prácticas de las y los médicos, aunque dichas relaciones y sus distinciones inherentes y vivenciadas sean las que les doten de pleno sentido. Para ello decidí, quizá por economía de esfuerzo o por mis propias limitaciones, graficar las principales categorías y sus propiedades en una especie de *mapa factorial*, el cual, si bien rescata la intuición que está detrás de este tipo de técnicas de análisis de datos no fue elaborado según los procedimientos que esta técnica exige. En este sentido recomiendo al lector o la lectura tener cierto cuidado en las conclusiones que de él se extraen.

Este *mapa* nos permite ubicar las principales categorías y sus propiedades, y en este caso, una serie de instituciones, en el marco de la *influencia* de determinadas *dimensiones*. Así, se estableció en el eje horizontal la confluencia de dos dimensiones recurrentemente asociadas entre sí: la restricción de acceso de los hospitales y en nivel de dotación de recursos, por su parte el eje horizontal remite a una dimensión constituida por el tipo de práctica. En las dimensiones representadas de manera horizontal, en el extremo izquierdo es posible ubicar tendencialmente los hospitales privados y los niveles altos dotación de recursos, por su parte, en el extremo derecho, los hospitales públicos y los niveles bajos de dotación de recursos.

Por su parte, en el eje vertical es posible ver en el extremo superior los hospitales donde se practica manitas y en el extremo inferior donde se fomenta la enseñanza, ahora bien, hay

que menciona que se representa una cuarta dimensión que cruza, de manera diagonal, desde el extremo inferior izquierdo hasta el extremo superior derecho, estando en la parte inferior las instituciones con mayor prestigio y en la parte superior derecha los hospitales como menor prestigio.

De esta forma, las instituciones, categorías y propiedades relativamente más cercana a los extremos de los ejes supone una caracterización de esas posiciones, por ejemplo, en el extremo superior derecho se ven un conjunto de instituciones que pueden caracterizarse por ser públicas, con escasez de recursos y fomentar el aprendizaje de manitas, al mismo tiempo es posible observar un conjunto de categorías y propiedades asociadas con estas instituciones, por ejemplo, que hay maltratos y castigos, donde se hacen más procedimientos y los internos sufren. La cercanía o lejanía con los diferentes extremos de las dimensiones implican otro conjunto de características que también pueden definir a las instituciones o categorías, un ejemplo de esto son los Institutos Nacionales de Salud, los cuales siguen estando en el cuadrante derecho, y por lo tanto sabemos que son instituciones públicas, pero son *atraídos* hacia la izquierda, hacia una mayor restricción de acceso por la propia selectividad que impone en el ingreso de pacientes (priorizando la atención de casos raros y/o que requieren demasiada especialización) y hacia una mayor dotación de recursos, por otro lado, dichos institutos son atraídos hacia el extremo inferior lo que supone que puede ser descrito por el hecho de que favorece un modelo formativo basado en la enseñanza, lo mismo puede decirse de su cercanía a la categoría medicina basada en evidencia, pues su cercanía nos ayuda a describir uno de sus principales atributos, lo mismo sucede con respecto al nivel de prestigio.

Otro ejemplo interesante puede ser el Hospital General de México (HGM) que ocupa una posición intermedia tanto en el eje vertical como en el eje horizontal, lo cual quiere decir que si bien es un hospital público, se acerca a un modelo formativo que privilegia la clínica, una posición intermedia entre la teoría y las manitas, pero también es un hospital que a pesar de sus carencias cuenta con una dotación fuerte de prestigio aunque no lo suficiente como para predominar sobre el resto de influencias, lo mismo sucede con la enseñanza,

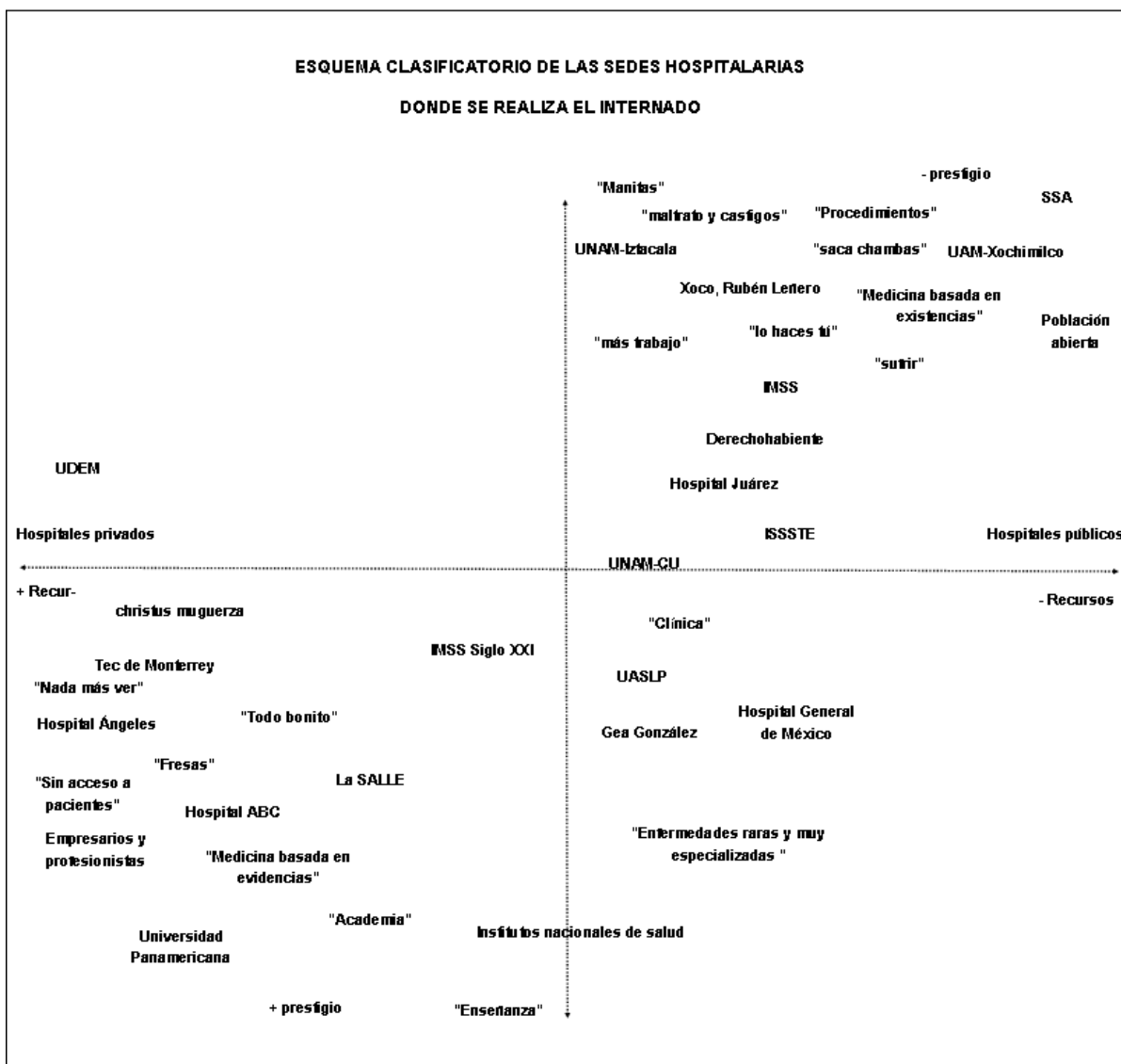
estas “propiedades” ejercen cierta *atracción* sobre dicho hospital y lo mismo sucede con sus opuestos, así, debemos recordar que al final de cuentas, estamos hablando de un hospital público que recibe a población abierta en grandes cantidades, lo que supone un uso intensivo de manitas así como la escasez relativa de recursos. Hay que notar además que la posición del HGM se encuentra cercana a otras instituciones, tanto hospitales como escuelas, lo que nos indica que estas otras instituciones tienen cierta similitud con este hospital e incluso cierta relación entre unas y otras. Por ejemplo, dicho hospital está cercano a la posición de la UNAM-CU, lo cual refleja cierta tipicidad en los patrones de movilidad entre estas instituciones (es frecuente que el HGM reciba durante los ciclos clínicos, internado y residencia a una gran cantidad de estudiantes y egresados de la UNAM -CU).

Ahora bien, este esquema sinóptico, este mapa, nos permite resumir un conjunto de categorías y sus propiedades que dan cuenta de los principales criterios, definiciones, así como de los principios de visión y de división del campo médico, los cuales, son interiorizados y utilizados por las y los médicos para dotar de inteligibilidad tanto a su contexto como a sus propias prácticas, proyectos y aspiraciones. La complejidad y riqueza de esta representación es que nos permite describir simultáneamente las características objetivas

De igual forma, he dicho todos estos componentes de la visión del mundo médico implican la incorporación de un conjunto de esquemas clasificatorios que le permiten a las personas, en este caso a las y los médicos, organizar su percepción, dotar de sentido a sus contextos al tiempo que les permite estructurar y guiar sus prácticas de manera competente. Sin olvidar que es la propia experiencia subjetiva (reflexiva) de dichos *taxones*, de sus categorías y mediante ellas, de sus definiciones, sus significados y sentido que las personas pueden identificarse a sí mismas, crearse una identidad.

Dar cuenta de estos esquemas clasificatorios, si bien al costo de su objetivación y del esquematismo que por sí mismo implica una cierta reificación, es necesario para lograr cierta comprensión del sentido que adquieren las prácticas de los individuos. Nos permite

observar la manera como las personas incorporan las *reglas*, las regularidades del mundo médico, (sus estructuras objetivas) y que devienen en un habitus, en un esquema generativo que estructura sus propias prácticas, delimitando a lo largo de la trayectoria, determinados estilos de práctica médico y dentro de estos una identidad profesional (Bottero, 2010) .



Conclusiones

Un primer hallazgo relevante de este capítulo es que se pueden ubicar por lo menos dos tipos de criterios principales contrapuestas entre sí, aquel que prioriza la obtención de la mayor cantidad de experiencia clínica posible, particularmente la adquisición de

experiencia en la realización de diversos procedimientos médicos en contraposición con aquel otro criterio que prioriza una formación más teórica, basada en evidencias.

Sostengo que esta oposición de criterios en cierta medida se encuentra estructurada en función del tipo de formación recibida por las y los estudiantes durante la universidad, si es que egresaron de universidades públicas o privadas, lo cual, en última instancia es una manifestación del efecto que tiene el origen social en las trayectorias formativas de las y los médicos. Considero que tendencialmente quienes provienen de universidades privadas y cuentan con un origen social favorecido económicamente optarán con mayor probabilidad por sedes donde puedan reforzar la enseñanza, particularmente, de cara a la realización del ENAM, para lo cual, realizar un internado con mejor enseñanza les otorga ciertas ventajas en términos de preparación.

Por su parte, quienes provienen de universidades públicas se ven en la necesidad (en este caso la posibilidad de elección es limitada) de elegir entre sedes en hospitales públicos, donde la formación en “manitas” no es una cuestión de elección sino una necesidad apremiante dada la escasez de recursos.

Un segundo hallazgo relevante remite a la complejidad interna de cada uno de estos criterios, sobre todo a la variabilidad en que se manifiesta el principio de “hacer manitas”. Como vimos, el sector público está caracterizado por una muy amplia gama de matices, en los cuales se puede obtener una mejor transmisión de habilidades clínicas en función del tipo de población que acude a cada tipo de institución hospitalaria.

Un tercer hallazgo, vinculado directamente al anterior, remite a los tipos de relaciones de poder que estructuran de manera latente cada uno de estos criterios y subcriterios. Al final, las y los médicos estructuran sus estrategias en función de su posibilidad de poder disponer de la voluntad de las y los pacientes para ser examinados, para practicar y aprender de ellos. Esto nos muestra de manera indirecta que las relaciones médico - paciente, y entre ellas la posibilidad de sufrir violencia o maltrato por parte de médicas y médicos se encuentra directamente asociada con la posición que los pacientes tienen en el espacio social, esto es

en función de su clase, de su género, de la cantidad de recursos con los que dichos pacientes concurren a la consulta y a los servicios hospitalarios.

Un último hallazgo de suma relevancia para la formación de las y los médicos remite al establecimiento de *homologías* entre los diversos criterios utilizados por las y los médicos para orientar sus prácticas, en este caso, sus estrategias formativas. Como mostré en este capítulo, las y los médicos no sólo definen la sede en la cual realizarán el internado en función de si obtienen manitas o si obtienen enseñanza, en realidad hacen uso de una serie de criterios que en muchas ocasiones se sobreponen entre sí. De esta forma, hospitales “interno-friendly”, aquellos donde es poco probable el maltrato hacia las y los médicos internos con frecuencia es concurrente con hospitales que favorecen la enseñanza, de igual forma no es poco probable que sean grandes hospitales con recursos, ubicados en lugares céntricos. Por su parte, hospitales donde los internos experimentan maltrato con frecuencia corresponden a hospitales sin recursos, “feitos” y maltrechos, donde la obtención de “manitas” es el resultado del involucramiento activo en el trabajo de atención de los pacientes y no un programa formativo como tal.

Las homologías remiten a estas correspondencias y sobreposiciones de criterios, en muchas ocasiones los principios y las categorías clasificatorias se amalgaman no necesariamente de forma explícita, de hecho, ahí radica la fuerza de la homología, pues definir un criterio supone en muchas ocasiones la presencia latente, tácita, del resto de criterios que redundan en la definición de la elección. Ahora bien, no debemos olvidar que algunos de estos criterios no operan en una dimensión estrictamente cognitiva, como conocimientos, sino que remiten a emociones y criterios corporales.

Esto último queda de manifiesto en la percepción que se tiene sobre la seguridad o inseguridad de determinadas sedes, lo mismo ocurre cuando se prefiere una sede por sobre otra en razón de si se tiene una determinada percepción estética del hospital, sin pasar por alto que la definición de un hospital donde se evita el maltrato hacia los internos no es sólo un criterio asentado en el conocimiento sino una disposición corporal asociada a la dimensión emocional.

7. El internado, mecanismos de integración y particularización

“...pero ya cuando llegas al internado donde formas parte de la fuerza de trabajo laboral del hospital, ahí es cuando te cae el 20 de lo que es realmente vivir y trabajar como médico y ahí es cuando te topas con pared, porque tú nunca lo viste venir cuando estabas diciendo: «quiero estudiar medicina» y aunque te lo digan no lo sabes hasta que lo vives...”

Introducción

Si bien la asimilación de un conocimiento médico especializado es un requisito para desarrollar una visión del mundo acorde con la profesión es el ingreso al internado donde las y los estudiantes devienen en médicos mínimamente competentes. Aunque a partir del capítulo pasado pudiera haber quedado cierta imagen de que el internado adquiere relevancia solo por la adquisición de habilidades clínicas o, en su defecto, por la adquisición de mayor conocimiento especializado, en realidad, el internado es mucho más que sólo la transmisión de determinadas habilidades.

El internado representa una instancia de integración e incorporación a la profesión. A través del ingreso a los hospitales, las y los médicos son *reconocidos* como parte de un entramado de conocimiento situado, de un “algoritmo de atención” que transcurre entre

reglas, principios y lógicas, acervos de conocimiento encarnados, artefactos, entramados institucionales y relaciones interpersonales.

En este sentido, en este capítulo busco dar cuenta de los principales arreglos institucionales, que he denominado *mecanismos*, por medio de los cuales las y los médicos son incorporados a la profesión. Atender de esta manera al internado tiene como finalidad el poder dar cuenta de las principales pautas de socialización por medio de las cuales las y los estudiantes de medicina devienen en profesionales reconocidos.

Ahora bien, la integración de las y los médicos a la profesión médica supone entrar por completo en contacto con dicha profesión y, como tal, también implica el familiarizarse con sus propios procesos de diferenciación interna, esto es con sus procesos de especialización. Paradójica y simultáneamente, el proceso de socialización profesional durante el internado supone tanto la asimilación de un conjunto de conocimientos, habilidades y disposiciones compartidos por el grueso de la profesión como la experimentación de un conjunto heterogéneo de condiciones diferenciadas propias de la segmentación de dicha profesión. Las y los médicos asimilan un conjunto de elementos que les permiten crear una identidad única y más o menos homogénea al tiempo que deben asimilar e interiorizar otros que los diferencian entre sí.

El que las y los médicos puedan entrar en contacto con diversas manifestaciones diferenciadas de la profesión médica supone para ellos y ellas la posibilidad de construir su propia identidad en función de sus propios intereses, competencias y gustos. Podemos decir, que, en cierto sentido, son condicionados a definir su propia identidad diferenciada. De este modo, sostengo que el proceso de identificación profesional de las y los médicos reproduce de manera no buscada la propia diferenciación y segmentación interna de la profesión.

Este fenómeno fue descrito de forma rudimentaria por Georg Simmel hace más de un siglo, cuando analizó el *cruce de los círculos sociales*, para este autor:

“El individuo se ve primeramente colocado en un medio para el cual su individualidad es relativamente indiferente, medio que lo encadena a su propio destino y le impone una estrecha convivencia con aquellos junto a quienes lo ha situado el azar del nacimiento [...] Así, la familia encierra un número de individualidades diversas, que primero han de atenerse a esta reunión estrecha. Pero a medida que van progresando, los individuos se relacionan con personalidades que están fuera de este círculo primario de asociación; y esas relaciones obedecen a la igualdad objetiva de las disposiciones, inclinaciones, actividades, etc. [...] se percibe que actúa aquí un elemento de libertad, pues, aunque la posición de obrero individual implique siempre cierta sujeción, la pertenencia a un oficio en general supone mayor libertad de elección que la pertenencia a una ciudad. En general, todo tipo de evolución del que aquí tratamos manifiesta una tendencia al aumento de libertad. No suprime la sujeción, pero concede libertad para elegir el grupo al que se ha de estar sujeto. Frente a los lazos locales y, en general, a todos los que no dependen de la voluntad personal, los individuos libremente elegidos habrán de expresar, por regla general, lo que el que elige es de hecho y, por tanto, las agrupaciones de esta clase se fundarán sobre relaciones objetivas, esto es, estarán arraigadas en la naturaleza misma del sujeto” (Simmel, 2014, p. 426)

Si bien algunos de los términos y expresiones utilizadas por Simmel pudieran parecernos superadas, lo cierto es que nos muestran de manera abstracta la posibilidad de ganar márgenes de libertad en la medida en que nos separamos de nuestros ámbitos y espacios de habituación. De esta forma, quienes gozan de la posibilidad de pertenecer a un sin número de posiciones sociales gozan de un mayor nivel de libertad y singularidad. Como dice Simmel, no se elimina la sujeción, pero se gana la libertad de elegir a cuál sujeción pretendemos pertenecer.

Esto mismo sucede con la formación médica durante el internado, las y los médicos internos se ven obligados a asimilar las propias regularidades de una serie de especialidades y servicios hospitalarios dándoles la oportunidad de preferir el tipo de práctica médica que ellas y ellos desean realizar, ya no se trata de la reproducción a ciegas de la única ocupación heredada.

7.1 Mecanismos de integración: disciplina y uniformidad

En los apartados anteriores he mostrado ciertos aspectos y momentos de la trayectoria formativa que favorecen tanto la uniformidad como la heterogeneidad en el proceso de identificación de las y los médicos. He sostenido, hasta ahora, que el proceso de asimilación del punto de vista médico se encuentra marcado por el Inter juego de estas dos tendencias.

De hecho, considero que una particularidad del citado proceso de identificación profesional de quienes aspiran a desempeñar esta ocupación radica en el alto nivel de institucionalización (en comparación con otras profesiones u ocupaciones) de estos momentos de diferenciación e integración, dando pie a que este proceso se encuentre definido por la cantidad de momentos en que los y las médicas en formación deben desplegar estrategias destinadas a incidir reflexivamente en la definición de su propia identidad.

En este apartado quisiera enfocarme ahora en el principal de los procesos, tendencialmente orientado hacia la unificación y la integración de las y los estudiantes dentro del mundo médico.

7.1.1 La separación del mundo

Si bien, las y los estudiantes de medicina comienzan a familiarizarse con la práctica médica durante sus primeras rotaciones, como “semestrosos”, esto es, durante los ciclos clínicos, no es hasta que se desempeñan como “Médicos Internos de Pregrado” que ejecutan un rol activo y de primera mano en el cuidado de las y los pacientes. Lo anterior supone que durante el internado los y las médicas se abocan de lleno y de manera intensiva a la asimilación y aprendizaje de un conjunto de habilidades clínicas, conocimientos y disposiciones propias de la atención médica directa, así como del conjunto de saberes informales que las y los médicos deben dominar para desempeñarse en el ámbito médico hospitalario.

En términos generales, se puede decir que la socialización durante esta etapa se encuentra predominantemente marcada por su naturaleza tanto práctica como informal. Ya sea por el necesario aprendizaje clínico que las y los estudiantes deben interiorizar de manera formal, en tanto que parte de su currícula, como también por las disposiciones y por los marcos de significado y los acervos de conocimiento informal que los y las internas deben aprender para realizar sus labores con éxito al interior del ámbito hospitalario.

En este sentido, es posible sostener que el proceso de socialización profesional propio del internado se contrapone de forma equidistante tanto a la etapa formativa universitaria como a la socialización dentro del ámbito familiar. En primer término, porque la formación durante el internado es contraria al carácter teórico y abstracto del conocimiento adquirido durante las primeras etapas de la trayectoria formativa de las y los médicos.

En segundo término, se opone a la socialización familiar en la medida en que exige la asimilación e introducción a una cultura laboral restringida a unas reglas y un *ethos* del gremio, a un “espíritu del cuerpo”, cultura que traslada y reposiciona, concomitantemente, a las y los médicos hacia una integración a los marcos de sentido propios del espacio público, el mercado de trabajo e incluso de la vida política⁵⁶.

⁵⁶ Si bien, no fue el objeto de esta investigación, pude dar cuenta de cómo, durante su formación profesional, las y los médicos no sólo aprenden y asimilan los conocimientos, disposiciones y marcos de significado propios de su ocupación, sino que también incorporan activamente los acervos de conocimiento, habilidades y actitudes para transitar en la movilidad social. Las y los médicos aprenden de sus pares todo aquello que les permita *distinguirse* y denotar un *estatus* social diferenciado, propio de un médico o una médica “respetable”, aprenden a ser o, por lo menos, representar aquella posición a la que aspiran sus propias estrategias de reproducción social. También fue muy interesante notar que, como parte de este proceso, las y los médicos, hábil y activamente, se involucran en la producción y reproducción de una justificación ideológica de estas distinciones y diferencias de estatus, justificación que mezcla una narrativa meritocrática relativa al esfuerzo educativo personal (ampliamente institucionalizada) y diversos aspectos propios del dominio monopólico de un conocimiento y habilidades especializadas. A juicio de los y las médicas, dicha justificación ideológica legitima el que dicha profesión pueda y deba ocupar una posición privilegiada en el espacio social. Uno de los aspectos más llamativos de este fenómeno es su evidente impronta moral. Así, los y las médicas no sólo aprenden a *ser* representantes de una profesión, sino que también asimilan todo aquello que les permite llevar a cabo (y ser objeto de) una *ascesis social* que los consagra y los separa de los profanos. Por lo tanto, se puede decir que el proceso de

Estas oposiciones, adquieren sentido y pertinencia cuando las y los médicos experimentan durante el internado primero y, posteriormente, durante la residencia, una *separación del mundo* cotidiano. Dicho aislamiento, a diferencia de otros momentos formativos de las y los médicos, no sólo remite a un distanciamiento o extrañamiento de la experiencia con respecto a los marcos de sentido y acervos de conocimiento de la vida cotidiana, sino que implica una marcada segregación espacio temporal y, por lo tanto, particularmente relevante para el disciplinamiento de la corporalidad y la adquisición de las disposiciones propiamente médicas, para el *habitus médico*.

Durante un año o año y medio, dependiendo de la escuela de la cual se trate, las y los médicos, deben realizar una serie de “rotaciones” por los diversos servicios que componen a los hospitales donde se realiza el internado. Durante dichas rotaciones, los y las internas, deben realizar largas jornadas de aprendizaje y de trabajo al interior de los servicios hospitalarios.

Es relevante mencionar que para los y las médicas, el internado, supone volcar y asimilar su experiencia, corporalidad y subjetividad (incluso en términos del propio comportamiento biológico de su persona) a la dinámica social, temporal y espacial de la institución hospitalaria. El hospital, sus servicios y, dentro de ellos, las diversas situaciones sociales que articulan a dicha institución contienen, limitan y conforman la experiencia de las y los jóvenes internos e internas.

No es banal decir entonces, que esta institución *recluye* la experiencia (aunque con diferencias de estatus evidentes) tanto de las y los pacientes como del propio personal de la salud, creando así, un mundo aparte, caracterizado por sus propias reglas, su lógica, su sentido (Becker, 1961, p. 218; Payá & Bracamonte, 2019, p. 153 y ss. ; Villanueva Lozano, 2019). En una celebre investigación, Erving Goffman caracteriza lo que él denominó una *institución total*:

socialización profesional de los y las médicas implica simultáneamente un múltiple trabajo de definición y redefinición de límites sociales.

“La característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se realiza en la compañía inmediata de muchos otros, a quienes se da el mismo trato y quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de ellas se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, concebido expofeso para lograr los objetivos propios de la institución” (Goffman, 2004, pp. 22-23)

Entrar en el mundo creado al interior de la institución hospitalaria, ser reconocidos y legitimados dentro de él, supone, en el caso de las y los médicos, su necesaria integración y asimilación al “algoritmo de atención”, a los *sistemas de* conocimiento experto, así como a las tradiciones de habilidades médicas encarnadas, puestos en práctica al tiempo que son materializadas y cobran objetividad mediante la organización burocratizada de la atención de la salud. Profundizaré en esto más adelante. Por el momento, vale la pena decir que es la asimilación de los estudiantes de medicina al campo médico, durante el internado, la que les permite a los hasta ahora estudiantes ser reconocidos como médicos⁵⁷ tanto por sus pares, sus pacientes así como institucionalmente, pero sobre todo por sí mismos y sí mismas pues es en esta etapa donde la mayoría de los médicos comienzan a crear una auto representación basada en el desarrollo de la apreciación reflexiva sobre el efecto de su

⁵⁷ Dicho reconocimiento es relativo, pues si bien realizar el internado es necesario para para que las y los médicos puedan ser reconocidos formalmente para ejercer profesionalmente es muy común que sean discriminados ya sea por su edad o por su género, a lo anterior se suma el que las y los médicos generales, o por lo menos su título, sufre de una devaluación (tanto interna como externa al campo médico) frente al conjunto de especialidades y subespecialidades. Así, el pasar por el internado, es el mínimo indispensable para que los médicos sean reconocidos profesionalmente pero no de forma suficiente para alcanzar una serie de expectativas normativas cada vez más institucionalizadas sobre la profesión. Es necesario mencionar esto, porque quienes viven esta situación con frecuencia se ven expuestos a una serie de “problemas” recurrentes que van desde el desempleo, la precarización laboral, la discriminación por parte del propio gremio y, en muchos casos, el desarrollo de una definición negativa de sí mismos, la cual se sustenta, entre otras cosas en la inseguridad, la decepción y la infravaloración de sus capacidades.

proceder, de su conocimiento, de su comunicación sobre la vida y la salud de las y los pacientes.

La mencionada separación del mundo se articula alrededor de por lo menos dos dimensiones, ambas relevantes para el desarrollo del proceso de identificación profesional médica, una y otra, mutuamente implicadas y constituyentes entre sí de este momento de la trayectoria formativa. La primera remite a la dimensión espacial, la segunda a la dimensión temporal.

7.1.1.1 El hospital, un espacio aparte

En primer término, durante el internado, los y las médicas llevan a cabo su proceso formativo en espacios claramente delimitados (los hospitales) y a los que se tiene un acceso restringido, privilegiando el derecho de entrada tanto para aquellos que detentan el estatus de pacientes o “pacientitos” como para los profesionales abocados al cuidado de la salud y, dentro de esta categoría, en especial para quienes ejercen la medicina de manera profesional.

No es arriesgado proponer la interpretación de que la propia segregación espacial que supone la institución hospitalaria es, en parte, un correlato del monopolio que un conjunto de profesiones tiene sobre el conocimiento y las habilidades médicas, así como de las prerrogativas relativas a la atención autorizada y legítima de la salud de las personas.

Como veremos más adelante, esta segregación y monopolio del criterio médico son aspectos determinantes articuladores de las reglas y de la lógica que organizan la vida al interior de los espacios hospitalarios, pues si bien permean en ellos diversos factores externos, son la fuerza del monopolio de los asuntos médicos así como la segregación espacial hospitalaria las que posibilitan que el campo médico defina y reordene sus propios intereses, criterios y prioridades, reinventado así el sentido propio del espacio hospitalario. Es esta separación del mundo el principal mecanismo de producción y reproducción del campo médico.

Siguiendo esta idea, si bien no puedo decir que la institución hospitalaria “invierte la lógica del espacio”, es perfectamente legítimo sostener que media y refracta (en ocasiones distorsionando, limitando y en otras reforzando) las influencias externas a dicho espacio, las modifica según los intereses y principios de este campo y de las diversas profesiones que en él concurren.

Así, en términos generales, puedo sostener que la experiencia subjetiva y, con ella, la socialización de los y las internas queda contenida y determinada en buena medida por las condiciones y situaciones específicas en que se articula y organiza la institución hospitalaria, particularmente, por la heterogeneidad de espacios y lógicas diferenciadas al interior del espacio hospitalario, el cual como ya hemos dicho se encuentra segmentado y organizado en diversos servicios y sub espacios que atienden tanto a la especialización interna de la profesión y conocimiento médico como a la propia organización y división de tareas propias de la gestión burocrática de la atención a la salud.

Como abundaré más adelante, esta naturaleza heterogénea y diversa al interior de la institución hospitalaria es el fundamento y principio de dos tendencias en apariencia contradictorias: por un lado, facilita la integración, asimilación y disciplinamiento de las y los médicos según los principios y reglas de la profesión (se trata de una tendencia integradora) al tiempo que mandata a que los y las internas experimenten una pluralidad de condiciones, situaciones, reglas, por no decir una diversidad de sistemas de conocimiento experto y de tradiciones de habilidades (se trataría de una tendencia hacia la diferenciación).

Si bien, como se verá después, esta separación del mundo se estructura alrededor de la socialización profesional y, sobre todo, en torno a la gestión del trabajo de las y los internos, también hay que decir que la segregación y contención de las personas es tan comprensiva y totalizante que termina constituyendo muy diversos e íntimos aspectos de la subjetividad y corporalidad de las y los médicos. Durante el internado, las y los médicos, de forma colectiva, constituyen su cotidianidad al interior del hospital: trabajan, estudian, comen, descansan, duermen, se divierten o sufren dentro de dicha institución.

Néstor: Algunos médicos me han dicho que cuando están en el internado desarrollan como muchos lazos de amistad entre los compañeros, entre la guardia ¿cómo fue tu caso? ¿pasó esto, no pasó?

Joaquín: Sí, yo, en un principio, por ser de la UAM, era muy discriminado, en cada rotación, habíamos dos internos de la UAM, la compañera que me tocó de la UAM, yo no me llevaba muy bien con ella, y los demás eran de la UNAM, con sus... eran del grupo NUCE, pero de los que no alcanzaron a entrar al Instituto, porque también son limitados los grupos que entran a institutos y todo eso, o a hospitales NUCE, por excelencia, como el Gea González y cosas así, y pues como que nos hacían bastante de lado, entonces, al momento de que empezamos a hacer guardias, me tocó con esta chica de la UAM y otra de la UNAM, que veía que yo era movido, que les ayudaba, que no me ponía, pues, mamerto, ni nada de eso, fue una de las que permitió que yo me empezara a juntar con los otros, porque les decía, oye, que es buena onda, sí hicimos un núcleo bastante unido, se vuelven tus compañeros de guerra, te la pasas encerrado con ellos, convives con ellos, duermes con ellos, hasta te cambias con ellos, entonces, ya no lo ves con tanto amor y, obviamente, hay muchas relaciones, igual si te llevas bien con los residentes, pues se vuelven tus amigos, tus hermanos, tus compis.

Las y los médicos deben aprender a realizar estas actividades, hasta ese momento llevadas a cabo en la intimidad familiar o individual, ahora en el marco de las particularidades del espacio hospitalario, según las posibilidades y limitaciones que éste ofrece, siempre en función de las exigencias asociadas al ritmo de trabajo, de la atención y realización de “los pendientes”. La mayoría de los hospitales destina espacios específicos para que las y los internos puedan dormir, descansar y estudiar, para el caso de los internos, este espacio es denominado coloquialmente “la mipera” y este se vuelve el escenario de la experiencia colectiva en la que se deben llevar a cabo todas aquellas actividades antes enlistadas, de igual forma, otros espacios como “el comedor”, la “rampa de urgencias”, “la residencia” o “enseñanza” se vuelven espacios significativos para la subjetividad médica, cada uno con sus propias regularidades y marcos de sentido e incluso emotividades específicas.

Andrés: [...] en la zona donde están los internitos, donde te guardan en la noche, le llamamos la mipera...

Néstor: ¿la qué?

Andrés: la mipera, que viene de Médico Interno de Pregrado, la mipera, de M-I-P

Néstor: ¿todos los hospitales tienen esto?

Andrés: si, algunas son compartidas con la residencia, hay unos que tienen muy malas condiciones, yo llegué a dormir, en el Hospital de Venados, yo llegué a dormir en una repisa de la ventana, literalmente recargado en una viga, y la vez que me dormía bien, o sea estaba tan cansado que le agarré cariño a esa repisa en la ventana, realmente recuerdo con cariño ese detalle...

Pero no solo eso, durante el internado, las y los médicos deben “acostumbrarse” y adaptarse a las limitaciones y posibilidades que les ofrecen las diversas configuraciones espaciales (y las reglas sociales asociadas) que ofrece cada servicio hospitalario por el que rotan. Así, las y los médicos deben aprender a descansar, comer y dormir, en las camillas, las sillas de las áreas de espera, “debajo del lavabo”, sentados “sobre la máquina de escribir” (Payá & Bracamonte, 2019, p. 174) , etc.

Vale la pena anotar que la exposición de la subjetividad de las y los médicos al espacio hospitalario, no es nunca un asunto propiamente individual, todo lo contrario, la socialización y la adaptación de los médicos al espacio, a sus condiciones y a la dinámica social ahí inscrita es una vivencia que se experimenta en colectivo, los y las internas se enfrentan a los espacios insertos en densas redes de compañeros y compañeras “mips”: trabajan, estudian, comen, duermen, resuelven sus problemas con otros médicos, atienden sus crisis emocionales juntas y juntos, a veces en condiciones de franco hacinamiento. Profundizaré en esto más adelante.

Néstor: Algunos médicos me han comentado que justamente en el internado se desarrollan muchos vínculos de solidaridad y de compañerismo. ¿Era así en tu caso?

Patricia: Sí, totalmente. Para empezar, convives mucho tiempo con las mismas personas, tu equipo de guardia, con ellos te estás 36 horas y se generan situaciones de conflicto que tienes que resolver. No es la gran cosa, pero tienes que aprender a trabajar en equipo, entonces, sí.

Desde el punto de vista personal, te conocen enojado, triste, frustrado y también, académico, pues siempre hay que ayudarnos unos a otros. A veces no todos teníamos la misma cantidad de trabajo, pero pues ya se repartía para que termináramos. Vas a comer con ellos, cenas con ellos, tu duermes con ellos. Entonces sí, te conocen en todas tus facetas. Y para hacer las cosas más leves pues obviamente te tienes que ayudar.

Esta última característica adquiere un sentido especial al tiempo que se ve reforzada por la propia separación del mundo que supone la segregación y contención al interior del espacio hospitalario toda vez que, este *mundo aparte* fomenta que se establezca una intensa formación de vínculos de todo tipo entre el personal que ahí labora, no sólo entre médicos ni mucho menos entre internos e internas. Dichos entramados de relaciones, quizá más frecuentes entre colegas⁵⁸, sirven como sustento para la producción de fuertes vínculos de

⁵⁸ Vale la pena decir que si bien la segregación espacial facilita ciertos aspectos de la articulación de estos vínculos existe un muy complejo y estricto conjunto de reglas, particularmente de carácter moral, que ordenan y sancionan el establecimiento de las relaciones posibles. Estas reglas facilitan y fomentan, por medio de la naturalidad, el que miembros de una profesión, con un estatus similar, puedan establecer una relación afectiva o sexual; del mismo modo, fomentan (y en esto se puede registrar el papel estructurante del poder del género y del propio de la diferencia jerárquica) y son permisivas (aunque sufridas principalmente por las mujeres) con el establecimiento de vínculos entre personas con estatus disímiles como puede ser el de una enfermera (mujer) con un médico varón, o de niveles jerárquicos diferentes para el caso de un médico de base o residente (varón) y una médica interna (mujer). En sentido contrario, dichas reglas sancionan negativamente que una médica (sea cual sea su nivel jerárquico) establezca relaciones con médicos varones de nivel jerárquico inferior y lo mismo sucede para con cualquier persona con estatus diferente (como puede ser un camillero o en su caso enfermero). Las regularidades aquí citadas son apenas un ejemplo de un repertorio mucho más amplio que debe profundizarse, en particular la influencia que puede tener la redefinición de las coordenadas del género, latente en los ejemplos mencionados más arriba, el efecto de las estrategias de reproducción social, como se puede captar en ocasiones de manera muy explícita, en las sanciones e incentivos que fomentan que las médicas desestimen una vinculación con personas con estatus inferior y fomenten una vinculación con otros médicos de estatus similar o mayor.

intimidad al tiempo que constituyen la materia prima para la creación de vivencias y experiencias, así como marcos de sentido compartido.

Una instancia particularmente interesante de esta intensa *socialidad* incentivada por la separación del mundo es lo que el personal de atención a la salud denomina como “la putería”. El establecimiento de estos vínculos de intimidad, así como la propia convivencia prolongada, con frecuencia facilita que no sólo los médicos y las médicas sino el personal de la salud en general establezca frecuentes y densos entramados de relaciones sentimentales, sexuales y de amistad (así como de enemistad y rivalidad).

En general, dichos vínculos son un medio para el intercambio de recursos, para la generación de confianza así como para el establecimiento de intrincadas redes de significado (particularmente moral, en el caso de los vínculos amorosos y sexuales) que las y los médicos deben dominar y administrar para que estos se puedan integrar en el manejo de sus labores cotidianas y, cuando sea el caso, utilizarlas a su favor como parte de los recursos movilizados cuando se ponen en práctica las diversas estrategias y tácticas profesionales.

7.1.1.2 La temporalidad en el hospital, entre las rotaciones y las guardias

La segunda dimensión que constituye esta separación del mundo generada por la institución hospitalaria es la dimensión temporal. La forma en que las y los médicos experimentan el paso del tiempo al interior del hospital adquiere una lógica y duración particular, específica, subordinada y constituida por los procesos de gestión del trabajo médico, particularmente por el ordenamiento y la administración de los procesos relativos a la atención de la salud.

En este sentido, el primer mecanismo temporal que modifica la vivencia cotidiana del tiempo es la propia organización y administración institucional del proceso educativo. De manera formal, las y los internos son contenidos y distribuidos al interior del espacio hospitalario, en los diferentes servicios, por periodos claramente delimitados de tiempo con la finalidad de adquirir las diversas formas de conocimiento, la habilidad y la experiencia clínica propias de las especialidades médicas de estos espacios.

En términos del lenguaje médico cotidiano dichos periodos son conocidos como “rotaciones”. A partir del internado y en adelante, las rotaciones definen y determinan, en pleno sentido⁵⁹, la dinámica del itinerario formativo en la medida en que le dotan de horizontes, límites temporales y expectativas, pautando así, cierta naturaleza cíclica e itinerante de dicho proceso. Como veremos más adelante, esta es de suma relevancia en el proceso de identificación profesional de las y los médicos.

Néstor: ¿Cuánto duraban las rotaciones?

Estefanía: Dos meses, mis rotaciones fueron cirugía, urgencias, medicina interna, pediatría, medicina familiar y ginecología. Entonces, cirugía que fue el primero. Haz de cuenta si tú ese día no tenías guardia, te correspondía entrar a la primera cirugía de la mañana. Entrar y nosotros como internos instrumentábamos la cirugía. Entraban los residentes a operar, los residentes de cirugía, operaba el médico adscrito y tu como interno tenías que instrumentar la cirugía y hacer toda la papelería que tenía que ver con esa cirugía. Pero era mínima porque como está el residente, a él es al que le interesa más todo esto de cirugía porque es residente de cirugía. Entonces el hacía la nota de evolución, la nota de la cirugía, de prequirúrgico, quirúrgico, post quirúrgico y todas esas cosas.

[...]

Entonces ya te digo, salías de la cirugía, hacías como todo este papeleo, subías a piso, pasabas visita, hacías, no sé, no me acuerdo, trabajábamos en la máquina de escribir, hacer notas, y ya los pendientes como curaciones, cambiar sondas, programar estudios, hacer estudios pre-operatorios, muestras de orina, sacar sangre. Y ya ahí se te iba como medio día. Y en la tarde si tenías guardia, otra vez, o sea la cirugía de la tarde, la cirugía programada para la noche o cirugía de urgencia de la noche, de la madrugada, de la hora que fuera y ya. Te la pasas haciendo la misma rutina, pasar visitas, hacer curaciones y como a las 4pm ya te podías ir.

⁵⁹ Hay que recordar que durante los ciclos clínicos las y los estudiantes de medicina rotan también por diversos hospitales, sin embargo, solo es hasta que comienzan el internado que estas rotaciones implican una pleno involucramiento y asimilación en el trabajo de la atención a la salud.

Ahora bien, esta administración institucional del proceso formativo implica, de manera correlativa y, hasta cierto punto, informal, la gestión de la mano de obra y el trabajo provisto por las y los internos (si bien aun escasamente calificada). Asimilarse a la lógica temporal de la institución hospitalaria supone que las y los internos deban adaptarse y dominar los “horarios” de la “consulta externa”, de los “pases de visita” a “la guardia”, de igual forma, supone aceptar y dominar el ordenamiento implícito con el que los “turnos” de trabajo (“turno matutino”, “verpertino” y “la velada”) articulan la presencia o ausencia de los diversos recursos necesarios para el funcionamiento del hospital, y por lo tanto para el trabajo de las y los propios médicos. En términos más generales, lo anterior supone que los médicos internos deben adaptarse a la propia dinámica e intensidad del trabajo hospitalario.

Néstor: ¿cómo fue tu experiencia, tu primer mes en el internado en general, el internado cómo fue en este sentido?

Ayme: Me sentí como pollito descabezado, entré en gineco, odio gine, sentía una responsabilidad enorme, me salió una neurodermatitis, me acuerdo, y no eran tantos pacientes, pero era el saber las cosas administrativas, ¿qué se tiene que hacer? Entonces, como no hay residentes, todo lo haces tú, entonces, por ejemplo, era de que, ok, entrabas, una cesárea, y ya, pues yo era como que, bueno, ¿y qué sigue? No, pues que le tienes que hacer la nota de la postoperatoria, y tienes que poner la técnica quirúrgica, y yo, achis, pues, y ni que yo me sepa la técnica quirúrgica, pues, y yo no soy el ginecólogo, ni sé cómo se llaman las méndigas pinzas, qué voy a hacer, y ah, no, es que hay un machote que tienes que escribir esto, y no sé qué, entonces, como que ese desconocimiento de las áreas te genera un poco de ansiedad, y te genera un poco de, así como que, ay, ¿por qué chingados estoy haciendo?

Pero ya, pues, te vas guiando con tus compañeros que ya estuvieron ahí en las ocasiones anteriores, te vas acomodando a los ritmos, vas aprendiendo, la verdad, a dormir poco, y lo poco que tienes libre lo aprovechas para dormir, vas tratando de adaptar tu vida a ese rol, tratas de reírte cuando puedes, o sea, sí fue así como que empiezas a tener estas, creo que es como este estrés postraumático, ese de que te

levantas en la noche y la paciente a la cama 140, no sangró, no sangró, es que me están diciendo que la maté, ya, duérmete, duérmete ya, entonces, empiezas a estar viviendo este constante estrés de la responsabilidad de los pacientes, pues, o sea, es tuya y no es de nadie más, porque no hay nadie más, entonces, es ese shock de esta responsabilidad es mía, y es mi responsabilidad que esta cosa salga adelante, y si yo no le indico la transfusión, la señora no se va a transfundir y va a morir desangrada, o sea, es ese shock de que ahora está en mis manos, entonces, así como que, ah, es importante, sí, genera un poco de ansiedad al inicio, la verdad es que sí.

De la misma manera, la organización de las jornadas laborales del personal que trabaja en el hospital, su presencia o ausencia, dicta los propios ritmos de la temporalidad al interior de este. Esto último es un aspecto relevante de la experiencia de las y los médicos durante el internado toda vez que impacta directamente en la necesidad de que se involucren tanto en la atención médica de los pacientes, en ocasiones debiendo improvisar procedimientos para los que carecen de la adecuada habilidad o experiencia, pero también en la ejecución de otro tipo de actividades no meramente médicas.

No es baladí mencionar la relevancia de la temporalidad interna de los hospitales, no sólo para el personal de la salud, sino, fundamentalmente, para la experiencia de los pacientes, toda vez que la ausencia o presencia del personal suficiente o adecuadamente capacitado puede incidir directamente en su estado de salud.

Octavio: ...tú sabes que, para extubar a un paciente, si es fin de semana, uno se tiene que esperar hasta el lunes por la mañana pues es cuando está presente todo el personal.

Para el caso directo de las y los internos (aunque sucede lo mismo con los médicos residentes), la organización temporal de sus actividades supone articular su presencia en el hospital por medio de “guardias”, esto es periodos de tiempo en los que deben mantenerse en el hospital para realizar sus actividades, intercalados con periodos de tiempo destinados al descanso y a la realización de otras actividades.

Néstor: Cuéntame en términos generales cómo fue tu experiencia en el internado. En el internado fue muy buena.

Ariana: Vi muchas cosas... La carga de trabajo sí estaba pesada porque hacíamos guardias ABC. Entonces cada tercer día ya iba de guardia nuevamente, o sea, llegaba y descansaba un día y al día siguiente ya tenía que ir de guardia otra vez. Entonces sí estaba pesado en ese aspecto, pero veía muchos pacientes, veía muchas cosas, o sea, que sólo había leído y ya saberlas con la práctica es mucho mejor. A mí me gustó mucho, sólo que sí estaba pesado.

En términos de la separación del mundo que supone el realizar el internado al interior de una institución hospitalaria, la relevancia de las guardias radica en que retienen e imponen a los médicos el permanecer al interior del espacio hospitalario abocados de manera intensiva y por amplios periodos de tiempo al trabajo que supone la atención de los pacientes.

Por su parte, en cuanto al disciplinamiento de la corporalidad y subjetividad de los futuros médicos, llevar a cabo guardias hospitalarias les demanda a las y los médicos internos una adaptación y dominio de las temporalidades propias del hospital, pero, sobre todo, el habituamiento a los ritmos del trabajo médico organizado. Las y los internos deben adaptar sus capacidades y disposiciones corporales para adecuarlas a las exigencias de tiempo derivadas de la atención de la salud de los pacientes hospitalizados.

Un hecho interesante que muestra como la dimensión espacial y, sobre todo, la dimensión temporal, devienen en recursos estructurantes de la práctica médica hospitalaria remite a la naturaleza temporal de las sanciones y “castigos” que los propios médicos se imponen entre sí como una forma de coerción. De esta forma, es común, particularmente entre los residentes, que se les impongan sanciones relativas a extender temporalmente su permanencia y, por lo tanto, el trabajo al interior del espacio hospitalario. Así, los castigos remiten con frecuencia a “sacar más pendientes” o, en otras palabras, aumentar la cuota de trabajo y particularmente a permanecer recluidos de manera no voluntaria al interior del hospital, esto es, a permanecer “guardados”, extendiendo el tiempo de guardias.

Néstor: ¿Por qué crees que sean así? [le interrogo sobre el carácter autoritario de algunos residentes]

Vanessa: Desconozco el motivo, simplemente forman personas de carácter muy muy duro, que ahí recuerdo que hasta el médico de base podía ofender al R1 o al interno en frente del paciente, estaban en lo que conocen, un pase de visita que es una revisión de los pacientes, y el médico de base le soltaba de groserías al R1 o al interno, a lo mismo que al R4, es algo a que se deba que en esta especialidad sea de las más difíciles, y de hecho está catalogada como una de las más difíciles en el sentido de relacionarse, ellos a veces no salen ni en 15 días, aunque estén libre no salen, se quedan guardados.

7.1.2 “Eso es trabajo del interno”

Durante el internado, las y los médicos se integran plena y legítimamente al trabajo de atención propio del cuidado de la salud de las y los pacientes. Si bien durante etapas previas al internado las y los estudiantes comienzan a aprender y a familiarizarse con los aspectos más abstractos y formales del conocimiento médico, dicho aprendizaje supone una integración parcial y limitada; lo mismo ocurre incluso cuando las estudiantes comienzan a rotar por hospitales durante los ciclos clínicos, donde se puede decir que las y los “semestrosos” sufren de una carencia de estatus y reconocimiento.

La relevancia de la citada integración durante el internado, remite, en última instancia, a todos aquellos elementos *implicados* (embedded) en dicho conocimiento médico. Comprender la naturaleza implicada del conocimiento médico supone asumir que su sentido específico no sólo deviene de las relaciones que este conocimiento abstracto establece entre una infinidad de proposiciones lógicas sino de que remite en una muy alta proporción a muy diversos conjuntos de referencias y marcos contextuales que lo dotan de significado.

Asimilar el conocimiento médico supone, en primera instancia, aprender y dominar todos aquellos marcos de significado y acervos de conocimiento tanto formales como informales vinculados a dicho sistema de conocimiento experto y que coadyuvan a delimitar y a

especificar su significado. Ahora bien, para desempeñarse como médicos y médicas calificadas no basta con *conocer* dichos marcos de significado y acervos de conocimiento asociados al conocimiento médico experto.

Como es plenamente sabido de forma cotidiana por las y los propios médicos, éstos deben aprender y dominar además un conjunto de habilidades y capacidades clínicas (*tradiciones prácticas*⁶⁰) más o menos formales que la propia profesión médica ha delimitado como necesarios para poder desempeñarse legítimamente como médicos y médicas competentes. De hecho, en términos institucionales esta podría decirse que es la finalidad principal de realizar el internado. Desde el punto de vista oficial, las y los internos deben adquirir cierta experiencia clínica básica con la finalidad de ser reconocidos profesionalmente.

Hay que decir que, si bien es necesario que las y los internos deban aprender un conjunto de competencias clínicas más o menos reconocidas formalmente, estas no agotan, por mucho, el ámbito de habilidades prácticas que usualmente se incorporan durante el internado y que son igualmente necesarias para el reconocimiento de las y los internos como médicos profesionalmente competentes⁶¹.

⁶⁰ He utilizado este término, para identificar conjuntos difusamente delimitados de habilidades y competencias clínicas; su sentido se opone a la aspiración de sistematicidad del conocimiento experto. Esta delimitación debe entenderse en términos heurísticos más que reales, ni el conocimiento científico goza de plena sistematicidad ni las habilidades prácticas están delimitadas por su aspecto tradicional. Esta discusión puede profundizarse si se remite a los desarrollos que se han hecho en filosofía e historia de la ciencia, particularmente, a partir de la obra de autores como Alexandre Koyré y, posteriormente, Thomas Kuhn.

⁶¹ Uno de los principales aspectos prácticos consustancialmente implicados tanto en los sistemas de conocimiento médico como en las tradiciones clínicas remite a todo el entramado de recursos tecnológicos y de conocimiento aplicado sobre el cual se desarrolla la práctica médica. En este sentido, las y los médicos no sólo deben incorporar y desarrollar cierta destreza o maestría sobre las competencias manuales que constituyen a su formación clínica, sino que también deben aprender a dominar el uso de todas aquellas herramientas, implementos y *artefactos* que se dan por sentado cuando se pone el juego el conocimiento y las habilidades clínicas. Considero que se debe tener claro que todos estos recursos tecnológicos no solo se encuentran implicados en el conocimiento y las habilidades clínicas sino también en las propias condiciones espaciales de la institución hospitalaria, así como en la propia organización y diferenciación organizativa del trabajo al interior del hospital. Seguir esta línea argumental, nos permite interpretar al hospital, sus servicios, y su organización, como si estos fueran por sí mismos una extensión de los recursos tecnológicos por medio de los

Así como las y los internos deben incorporar toda esta serie de conocimientos y habilidades ya mencionados, incluidas las habilidades propias del manejo del espacio y el tiempo al interior de la institución hospitalaria, también deviene en una necesidad el que aprendan y dominen la capacidad de actuar adecuadamente al interior de la organización administrativo-burocrática del trabajo médico.

Aunque pudiera pensarse que la asimilación de los acervos de conocimiento, marcos de significado y disposiciones propias de la administración y organización del trabajo médico son aspectos con una relevancia secundaria, en realidad se trata de elementos que tienen un peso igualmente importante al del conocimiento médico y las habilidades clínicas formales. Estos aspectos, contextuales al ejercicio profesional de la medicina, son necesarios y determinantes toda vez que constituyen el marco referencial y práctico que le otorga un significado concreto a dicho conocimiento y habilidades clínicas.

Las y los médicos, al interior del espacio hospitalario, actúan incorporados a un “algoritmo de atención”, a un procedimiento estandarizado y delimitado por el efecto conjunto del conocimiento médico, las habilidades y disposiciones clínicas, las propias condiciones del espacio hospitalario y sus recursos tecnológicos, así como por la organización del trabajo del personal que confluye al interior o en relación con el hospital.

La mutua implicación del conocimiento médico con sus referentes prácticos, con las reglas que organizan su contexto, es lo que nos permite por un lado discernir el significado concreto de dicho conocimiento, pero también, por otro lado, orientan de manera coherente la actividad de los y las médicas cuando aplican dicho conocimiento en la atención y cuidado de la salud. Que los y las médicas puedan *hacer cosas con palabras* (con los signos articulados en sus sistemas de conocimiento experto) remite a la movilización (acaso a la *agencia*) de toda esta serie de aspectos contextuales que hacen que el cuidado de

cuales se desarrolla la actividad de las y los médicos y por lo tanto una forma materializada que objetiva el propio conocimiento profesional acumulado por generaciones.

la salud sea posible y en ello radica la verdadera *fuerza* de la profesión (Austin, 1975; Schrewe et al., 2017).

Teniendo esto último en claro se debe sopesar y valorar con mayor precisión el peso relativo que tiene el aprendizaje de todos aquellos aspectos, formales e informales, prácticos y cognoscitivos, propios de la organización del trabajo médico al interior del espacio hospitalario.

En este sentido, el internado se caracteriza por incorporar a las y los internos, los “mips”, a la distribución del trabajo médico cotidiano al interior de la institución hospitalaria, asignándoles un conjunto de tareas (“los pendientes”) acorde a su nivel de conocimiento y destreza.

Néstor: ¿Y cómo fue tu experiencia ahí en general?

Dulce María: Bueno.

Néstor: ¿Qué es lo que...? ¿Cómo te fue...? Digo, algunos médicos me dicen que los internos son como los “sacachambas”.

Dulce María: Sí, por supuesto. Es el año que hay que vivirlo. Somos los esclavos ese año. Pero es un año agradable, pero de todo...

Néstor: ¿Qué es lo que te tocaba hacer específicamente cuando estabas en el internado?

Dulce María: Dependía del servicio. Empecé en medicina interna, son dos meses de medicina interna, dos meses de cirugía, dos de urgencias, dos de pediatría, dos de medicina familiar y dos de ginecología.

Y era pues dependiendo del servicio, pero en general había que hacer ingresos, historias clínicas, revisar pues pacientes, hacer los pendientes, tomar muestras, tomar gasometrías, electros en urgencia, llevar interconsultas, pedir radiografías, en urgencias poner yesos, en gine atender partos, en pediatría recibir a los bebés. Era pues, en general.

Si bien dichas tareas, en principio, suelen ser sencillas, con frecuencia también son abundantes en volumen, demandando de las y los internos un ritmo de trabajo intenso y exhaustivo.

Nicolás: lo que si es que a veces me pedían por ejemplo “ponle la sonda” y yo ponía muy nervioso porque eran las primeras sondas o cosas así, pero así que me mandaran y yo dijera por qué tengo que hacer eso yo o así, pues realmente no pues yo reconocía que era mi trabajo tomar los electros, tomar las gasos, tomar eso, que era trabajo de interno, específicamente, entonces yo lo que dije era bueno, yo soy el de más abajo, entonces voy a tratar de estos tipos de cosas que me hacen hacer, por ejemplo, yo sacaba la gasometría que es un estudio para ver lo de los gases, y yo trababa de, mientras iba a entregarle la gasometría trataba yo de leerla y esto y el otro y yo llegaba con el residente y “parece que tiene esto o lo otro” y me decía “ah, sí, mira, es por esto, por aquello” y trataba que esas pequeñas cosas que me ponían a hacer trataba de analizarlas lo más posible, pero nunca me molestó que me dijeran o me pidieran tal o cual cosa...

Aunque el nivel de involucramiento de las y los internos en el trabajo médico hospitalario formalmente está adecuado a su nivel de conocimiento y capacidades, dicho involucramiento se ve afectado por la escasez de personal profesional de la salud, particularmente por la carencia de personal médico.

Néstor: ¿Qué consideras tú que aprendiste del internado? ¿Qué fue lo mejor que te quedó del internado?

Vanessa: En el internado aprendes a quitarte el miedo de enfrentar al paciente, te metes realmente con una edad de urgencias, te toca ver de todo, de todo tipo de pacientes graves, ya cuando fallecieron, te toca dar los ciclos de reanimación, entonces aprendes a quitarte el miedo, a tratar embarazadas, por ejemplo cuando estábamos en la gineco, nos dejaban atender los partos, nos dejaban apoyar en las cesáreas, en el caso de pediatría recibir al bebé, reanimarlo, limpiarlo, entonces realmente es cuando tienes todo el contacto con el paciente, y digamos que es cuando agarras, por así decirlo, callo en cuanto a cómo tratar las cosas y las urgencias.

Néstor: ¿Se diferencia esto de los ciclos clínicos o de las rotaciones previas?

Vanessa: Sí, porque en las rotaciones eres estudiante, entonces como estudiante nada más estás viendo, es muy raro el médico que te deje meter las manos, ya como interno, no tienes como tal una carga legal, pero ya esperan que sepas hacer las cosas, o sea que se te explique una vez, se te enseña una vez y tú hagas las cosas.

En cuarto año y tercer año, tu tercer año es apenas el primer contacto con el paciente [...] ya en tercero, que se le llama tercero avanzado, que hace un año es cuando haces tus rotaciones ya por hospital, pero repito, no puedes meter mano, estás aprendiendo, estás viendo, y en quinto año ya es meter mano.

Néstor: ¿Y eso cambia con respecto a otras instituciones en ese nivel de responsabilidad?

Vanessa: Sí, en la Secretaría de Salud, el interno, pues como dicen, aprendes a hacer hasta, básicamente hasta utilizar los dientes, por así decirlo, porque es como el lugar más pobre, Secretaría de Salud, pues tienes que aprender a hacer de todo con todo lo que tengas, nada más. En el IMSS no sé cómo se maneje realmente el internado, porque no lo hice ahí, ahorita lo veo con los internitos, pero son este, que no tienen mucha responsabilidad en el IMSS, en la Secretaría de Salud, sí.

Esta carencia de personal, crónica o coyuntural, como comúnmente ocurre durante “las guardias”, suele colocar a las y los internos ante la necesidad de participar de manera directa y activa en la atención de los pacientes⁶², lo cual es quizá otro de los aspectos que hace determinante, desde el punto de vista de las y los internos, a este momento de la trayectoria formativa, toda vez que, por vez primera, interactúan, con cierto nivel de responsabilidad (aunque aún por completo subordinada al criterio de médicos y médicas de

⁶² Como ya mencioné antes, el trabajo de la y el interno, así como la intensidad de este, suele verse impactado no sólo por las limitaciones de personal médico ya que en ocasiones deben suplir (aún en contra de su voluntad, intereses y estatus) las funciones desempeñadas por otras ocupaciones al interior del servicio hospitalario creando conflicto y tensiones entre el personal.

base o de las residentes), de manera directa con las y los pacientes⁶³. Recuperaré estos últimos puntos más adelante.

⁶³ Puedo sostener que la interacción con las y los pacientes es una de las principales dimensiones sobre las que se desarrolla el proceso de identificación profesional de las y los médicos (Bloom & Wilson, 1998). Sin embargo, he de mencionar que en esta investigación sólo he recuperado algunos elementos de dicha dimensión de manera fragmentaria. Sirvan las líneas siguientes para reseñar algunos planteamientos generales sobre la importancia que tiene la interacción con los pacientes para la identificación profesional de las y los médicos. En esta investigación me he enfocado en diversos aspectos de la socialización profesional de las y los médicos, particularmente, aquella marcada por la influencia familiar, la instancia educativa y la institución hospitalaria. Así, he intentado rastrear la continuidad y la transformación en los patrones de socialización por medio de los cuales las y los médicos adquieren y reproducen una identidad. Como parte de ello, he mostrado sólo la influencia de ciertos aspectos relacionales, en particular, me he restringido a aquellos relativos al cambio de vínculos que se establecen cuando se pasa de una posición social a otra, de la posición que ocupa la familia dentro de la “estructura de clases” a la posición que se ocupa dentro del profesión y a su vez la posición que esta última ocupa en el espacio social en su conjunto, por lo tanto, he restringido la observación y el análisis a un conjunto limitado de contextos de interacción determinantes de dicho proceso, pues solamente me he enfocado en dar cuenta de la influencia de las interacciones al interior del espacio familiar y al interior del grupo profesional. Otro subconjunto de relaciones con una importancia mayor remite a las relaciones con las y los pacientes. Para decirlo en términos más sencillos, para ser médico o médica no basta con ser reconocida o reconocido por la familia y no basta ser reconocido por otros médicos, si bien estos reconocimientos son necesarios no son suficientes, se requiere, entre otros, el reconocimiento de las y los pacientes y, a través de ellos, de la sociedad en su conjunto. Así, la definición de la relación con las y los pacientes resulta tan esencial como la propia existencia de la profesión médica, toda vez que esta se sostiene en la medida en que cuenta con una legitimación y un reconocimiento de su autoridad sobre el conocimiento médico. Dicho lo anterior, como parte de su proceso formativo, las y los médicos, así como deben aprender el conjunto de conocimientos y habilidades que son pertinentes para el desempeño de su ocupación, también deben desarrollar las habilidades pertinentes para relacionarse con los y las pacientes. Así, las y los médicos deben aprender a crear un *límite* o una distinción para con los pacientes. A partir de dicho límite los médicos estructuran un diverso conjunto de propiedades de su actividad profesional y de su identidad. De esta forma, las y los médicos deben aprender a generar una “respetabilidad”, una diferencia de estatus así como una “diferencia de clase”, de igual forma deben aprender a crear cierta neutralidad emocional o afectiva, al tiempo que gestionan una cierta distancia empática, por otro lado, las y los médicos deben generar la habilidades y competencias (particularmente comunicativas y de performatividad) para poder ejercer cierta dominación legítima sobre los pacientes al momento de definir una diagnóstico y un tratamiento. Ahora bien, si las y los médicos pueden actuar de manera competente (dominando las habilidades antes citadas y otras), es posible que tanto sus familias, colegas y pacientes les *reconozcan* como médicos profesionales. Sobre esta base del reconocimiento, particularmente por parte de los pacientes (pero no solo de ellas y ellos), ocurre quizá uno de los momentos más interesantes de la toma reflexiva de conciencia sobre la identificación de *sí mismos, de sí mismas* como médicas: cuando las y los médicos pueden constatar la *fiabilidad* (o la falta de ella) de su proceder, pueden constatar con cierta certidumbre la consistencia de sí. A esta constatación con frecuencia se suma el

Néstor: Específicamente durante el internado, ¿qué tenías que hacer? ¿Cuáles eran tus responsabilidades? ¿Cómo era ese hospital con respecto a lo que sabías de otros hospitales?

José Luis: El internado, bueno, las responsabilidades básicas que teníamos eran: estar cuidando a los pacientes, estar vigilando los pendientes, después de los medicamentos, las teníamos todas. Pero a comparación de otros hospitales, por ejemplo, los hospitales donde faltaba personal, nosotros tenemos menos responsabilidades.

Nosotros no hacíamos notas, nosotros no corríamos indicaciones, nosotros no nos quedábamos como jefes de piso en los turnos de la noche porque eso es de los hospitales de concentración donde llega el médico de la noche y: «bueno, me voy a dormir, muchachos. Si es importante, me despiertan, si no, no se les ocurra y ahí te quedas a tu suerte.»

Y acá no, sí teníamos a médicos a cargo, entonces hacíamos lo que nos pedían. En ese sentido, teníamos muchas menos responsabilidades y por lo mismo de que teníamos menos responsabilidades, teníamos menos probabilidades de cometer errores y por lo tanto no nos maltrataban.

7.1.3 “La familia”

Tanto la segregación espacio temporal sobre la que se sustenta el ejercicio del internado como las exigencias a las que se someten las y los residentes dadas la cantidad e intensidad

reconocimiento expreso por parte de las y los pacientes, llegando en ocasiones a representar diversos rituales por medio de los cuales, se enuncian efusivos reconocimientos así como el agradecimiento por la labor del o la médica siendo en ocasiones objeto de gratificaciones por medio del otorgamiento de obsequios que pueden ir desde cosas sencillas como alimentos y bebidas, “unos tacos”, hasta bienes de valor, como un “animal” o productos suntuosos. Por último y quizá de manera aún más importante, no debemos olvidar que el establecimiento de la ración médico paciente representa por sí misma la materia de su actividad profesional en tanto que es en los pacientes donde se construye el *objeto* (no es de extrañar que salten las alarmas sobre la “deshumanización” de la profesión médica si las cosas se ven de esta manera) de su saber y de su práctica: la enfermedad, así el encuentro con las y los pacientes, resulta necesario porque es solo a través de la transformación de las y los pacientes en patologías, a través del dominio de las habilidades para diagnosticarlos, “manejarlos”, tratarlos y curarlos como las y los médicos adquieren una imagen de sí mismos, de sus capacidades y de sus habilidades como profesionistas.

del trabajo médico acentúan el que los y las internas implementen soluciones de trabajo colaborativo o cooperativo⁶⁴(Becker, 1961, p. 297 y ss.), de igual forma, las citadas condiciones facilitan la creación y reproducción fuertes vínculos y relaciones interpersonales de solidaridad por medio de los cuales encaran la fuerte demanda de atención médica que se registra en los hospitales. Así, la intensa experiencia asociada al trabajo de los y las internas durante el internado, y particularmente durante las guardias, llega a tal grado que los vínculos creados con frecuencia son resignificados y renombrados como lazos de “familia”, donde se definen no solo nuevos colegas sino hermanas y hermanos (Payá & Bracamonte, 2019, p. 179).

Néstor: ¿Tienes que pasar por todas las áreas?

Estefanía: Si, casi todas, por ejemplo, no rotamos ni en ortopedia ni en neurología, esas dos no, eran los otros servicios que tenía el hospital. En Xoco me quedé en lo que fue cirugía, luego urgencias, luego medicina interna, como una rutina parecida. Para pediatría como el programa que tiene la facultad Xoco no tiene pediatría, entonces te buscan subsedes. En mi caso la subsede era el pediátrico de Xochimilco, con una rutina parecida. Medicina familiar era en un centro de salud es distinto. Luego tampoco hay ginecología en Xoco, entonces el que te correspondía era el Magdalena Contreras. Así fue mi quinto año y fue me gustó mucho porque aprendí mucho, tal vez a la mala o cansado, pero aprendí mucho. Aparte mi equipo de trabajo, vives con ellos y pasas tanto tiempo que se vuelven tus hermanos. Entonces mis hermanos que éramos cinco más, o sea éramos seis en total, nos apoyábamos muchísimo. Yo creo que fue el momento en que he trabajado más en equipo que nunca. Entonces eso obviamente influyó. Y ya ahí fue como tanto el cambio que a mí me sorprendió,

⁶⁴ Esta es una característica presente desde los primeros años del itinerario formativo, las y los estudiantes primero y las y los internos después se agrupan entre compañeros para solventar y gestionar algunas de las dificultades implícitas a la dinámica intensiva de estudio durante su formación en las aulas, este patrón se repite nuevamente al interior del espacio hospitalario, aunque a diferencia del ámbito universitario, en los hospitales la elección del grupo de colegas, el equipo de “la guardia” no siempre va a depender de una libre elección, incluso, fue interesante notar que la composición cuasi obligatoria de estos grupos podía integrar a estudiantes de diferentes escuelas, con orígenes y perfiles disímiles, lo que, en ocasiones derivaba en una diferenciación interna del grupo con base en unas supuestas habilidades y conocimientos diferenciados.

porque cuando terminamos, te digo, pues sigues teniendo clases. Sigues teniendo exámenes departamentales. Terminas un módulo, por decirlo, si terminas cirugía tienes examen departamental de cirugía, que es tu evaluación que te da la facultad como teórica y la práctica que la llevas en el internado. Entonces cuando terminé el internado yo tenía la calificación más alta del grupo y dije ¡oh, funcionó!

[...]

Estefanía: Si, te digo, en general no porque ay el internado es muy difícil para nosotros porque ya vives en el hospital y estás con estas personas, con tus hermanos todo el tiempo, todo el día el bendito día estás con ellos. Entonces, éramos un grupo, en Xoco éramos 20 personas y de esas 20 se hacían grupos de seis. Entonces, todos los demás grupos se pelearon entre ellos, así se llevaban mal. Ahí desertaron dos personas de Xoco en el primer mes.

Si bien la estructuración de estas relaciones interpersonales puede ser interpretada como una adaptación mecánica a las condiciones propias de la organización de la división del trabajo médico, la cual, somete a grupos enteros, a cohortes, a una experiencia común, no debemos olvidar que conforme se genera cierto dominio y habituación de la situación, cierta familiaridad con las regularidades de trabajo hospitalario, las y los médicos son perfectamente capaces de desplegar de forma creativa estrategias y tácticas a partir del dominio de las regularidades del trabajo médico antes señaladas.

Néstor: ¿cómo era? ¿en qué etapa? [hacia referencia a la actitud entre los compañeros]

José: en el internado, usualmente nos dividíamos el trabajo lo más equitativamente posible y cuando el trabajo era mucho lo dividíamos de diferente forma, le dejábamos, lo dividíamos ahí por habilidades, si tú eras bueno tomando las gasometrías, bueno, tú tomas todas las gasometrías y sabemos que a ti te falla la toma de muestras de sangre, ah bueno las va a tomar el que sabe más y eso lo hacemos para bajar más rápido.

Néstor: algunos médicos me han dicho que justamente en el internado crean vínculos muy fuertes, una especie de familia, ¿cómo fue en tu caso?

José: igual, hicimos una hermandad y nos vimos una vez al año desde el internado al menos una vez al año, lograr esa familia, conseguir esa familia son varios aspectos: desde el hecho de que sabes que la otra persona está en la misma situación pésima que la tuya, eso genera cierto entendimiento y también porque uno se ve forzado a hacerlo porque desde el internado la vida social desaparece casi totalmente, aunque ahorita ya no tanto. Antes y por la forma de las guardias, ahorita tienen guardias ABCD, cada 4 días se pisa el hospital.

El hecho de tener un día menos pues si te condicionaba bastantes cosas, tu vida sólo se reducía a pre-guardia, guardia, posguardia, preguardia, guardia, posguardia, y así en las tres estabas siempre cansado, tú no tienes ganas de hacer nada, entonces, pues siempre te la vivías encerrado con tu mismo grupo de compañeros y eso te obliga a convivir más con ellos, entonces cuando tenías un problema te desahogabas con ellos, te entendían y pues tú actuabas de manera recíproca siendo que de ahí es donde viene la formación de estas hermanas, es la convivencia y el entendimiento de que estamos en la misma situación....

Como se puede observar la articulación de vínculos, entendida como despliegue de estrategias, corresponde con patrones estratégicos y tácticos, no sólo ocurren en un sentido de adaptación e integración a la organización colectiva del trabajo, sino que también puede registrarse en sentido contrario, es decir con la finalidad de evitar y evadir el trabajo y la responsabilidad que ello conlleva⁶⁵. Lo anterior nos recuerda que la capacidad reflexiva de las personas se encuentra siempre vinculada al dominio (práctico) de las reglas, de las regularidades, denotando así la naturaleza habilitadora de las reglas sociales.

⁶⁵ Véase en Payá y Bracamonte (2019, p. 185) sobre el establecimiento de diversas estrategias informales que las y los médicos adoptan para gestionar las exigencias del trabajo médico al interior del espacio hospitalario, en este caso, de un “*mercado negro de favores*”.

Néstor: ...ahorita me decías que ustedes veían mal al que se desaparecía, en este caso...

Aymee: Sí, solamente nos llegó a pasar con un compañero, pero realmente era, fue un compañero que había estado un año anterior en el IMSS, y lo corrieron, llegó con nosotros, tuvo muchos problemas y lo corrieron, o sea, sí solamente fue una persona, pero es que no había manera de perderte, cómo te voceaban, y se escuchaba eso en todo el hospital, o sea, no había manera que dijeras, o sea, en el baño, en todo se escuchaba, entonces no había manera que dijeras, que te pudieras excusar con el “no sabía, no me di cuenta, no supe o algo”, ¿no?

Entonces en específico fue un problema con un interno, pero ese ya tenía problemas reiterativos desde el año anterior, o sea, él ya lo habían corrido del IMSS, con nosotros lo corrieron yo creo que a los seis semanas, pero este tipo tenía problemas de drogas, llegaba a veces super tarde, tenía problemas de vender de benzodiacepinas, no sé qué, entonces este tipo pues sí era muy mal visto porque nos dejaba, cada guardia se tenía que hacer tipo un censo del hospital, que era una hoja que se tenía que hacer, entonces por guardia te la rolabas, o sea, un día le tocaba uno, otro le tocaba otro, porque la verdad no era un censo normal de que escribir y ya, era un miedo hacer esa hoja, porque era un algoritmo muy muy extraño, tanto que terminando la guardia siempre tenías que ir con el jefe de epidemiología a que te revisara la hoja y que te dijera qué habías hecho mal, además era un censo normal de número de cama, diagnóstico, número de seguro, bla bla bla, o sea no, era un rollote mover esa cosa, entonces siempre ibas al final a que te revisaran la hoja, siempre, siempre tienes que revisar la hoja, entonces nos explicó una vez, él estaba en mi guardia, hubo una vez que le dijimos, oye te toca hacer la hoja, tres de la mañana te toca hacer la hoja, seis de la mañana ya hiciste la hoja, siete de la mañana la hoja, entonces al final nos comentaron que nunca hizo la bendita hoja, y nos castigaron a toda la guardia porque esta personita no hizo ese trabajo, entonces obviamente pues no estábamos felices ni de nada con este tipo, porque reiteradamente se le dijo muchas veces que tenía que hacer esa hoja, pero como la verdad si estaba muy complicada, o sea si era muy frustrante hacer esa hoja, si era muy frustrante, entonces

comprendo que este tipo no tenía la resiliencia de aguantar ese tipo de cosas, más por sus problemas de nervios, pero pues nos fregaron a todos, entonces pues no, la verdad él era nada, o sea si él no era nada recibido, pero al final lo terminaron corriendo, entonces solamente en específico él, él era el que se perdía, y lo iba si lo buscabas y estaba de que dormido, tirado así, somnoliento, te están hablando de urgencias, te están hablando de urgencias, no escuchas el voceo, te están hablando de urgencias, sí, sí, sí ya voy, nos íbamos y no iba, entonces era como que como nos metimos en problemas con él, pues no, no era bien recibido, pero pues es que se terminó, o sea con todo el mundo se peleaba, con todo el mundo le hablaba mal, o sea tenía sus ataques de ira, entonces pero pues al final ya duró muy poco en el hospital, duró como un mes y medio, pero sí, eran pocos los casos, pero éramos pocos internos, éramos, en total creo que éramos como 15 internos en total, para todo el hospital, o 12 o algo así, no me acuerdo cuántos éramos, no sé cómo 15.

El que las y los médicos puedan jugar con la regla, apostado en contra de ella, puede ser interpretada, en su sentido técnico, como una *desviación* (Becker, 2009a) que nos permite dar cuenta de manera indirecta de la estructura normativa sobre la que se asienta la organización colectiva del trabajo al interior del espacio hospitalario, también nos permite observar cómo las y los médicos pueden dar cuenta reflexiva y cotidiana de dicho entramado moral. Es importante mencionar que estos entramados normativos articulan no sólo los aspectos formales del trabajo médico, sus relaciones institucionales o el vínculo médico-paciente sino también las situaciones y las interacciones informales que se gestan en la cotidianidad del trabajo dentro de hospital.

En esto último radica la importancia de la producción e integración de las y los internos en estos vínculos de trabajo colaborativo que he denominado la familia, ahí, los médicos, gradualmente, se familiarizan, aprenden y dominan el *ethos* médico al tiempo que interiorizan las regularidades propias de la organización y gestión del trabajo al interior de la institución hospitalaria.

Aunque las interacciones entre internos e internas son monitoreadas de forma reflexiva por ellos y ellas mismas, hay que decir que la propia integración de las y los internos a la

jerarquía médica supone llevar este monitoreo y vigilancia a un alto nivel de institucionalización, como veremos más adelante. Un ejemplo notable de dicha institucionalización de la vigilancia es el uso de diversos recursos narrativos asentados en la cultura médica, como es el caso de la figura conocida como el “mago” o el “mandrake”, figura que hace referencia a un personaje de la cultura popular, quien, en su carácter de mago tiene la capacidad de desaparecer mágicamente.

Néstor: ¿Y cómo los consideraban a estos hospitales [hospitales públicos que atienden a población abierta]?

Joaquín: Pues son hospitales de guerra, en el sentido de que son hospitales muy sobrepoblados, más que los del IMSS y tú vas ahí a hacer manos, a muchas personas les gusta porque hacían todos los procedimientos, era una tierra sin ley prácticamente, entonces hacías muchas manos si a ti te interesaba, y también te podías hacer el mandrake que les decimos como el mago, muy cabrón.

Si bien los párrafos precedentes nos recuerdan que la definición de “la familia” hasta cierto punto se sostiene sobre cierta capacidad de *agencia* de las y los médicos, no debemos olvidar que dicha agencia ocurre en un entorno social altamente estructurado que difícilmente puede ser reducido a la voluntad individual de las y los médicos. La propia noción de estrategia, así como la de táctica sólo adquieren sentido en un contexto donde preexiste un juego que dota de inteligibilidad tanto a sus fines como a sus medios. Dominar las reglas y plantear apuestas sobre ellas, incluso contra ellas, sólo es un indicador de la eficacia estructuradora del juego mismo.

Siguiendo esta idea, es factible ver cómo en “la familia” las y los médicos ponen a prueba y ensayan los principios y la lógica que organiza la gestión del trabajo médico al interior de la institución hospitalaria. Así, las y los internos aprenden y reproducen el manejo y la administración de la “responsabilidad” (Becker, 1961, p. 224 y ss.), la cual en parte se vincula a la salud y bienestar del paciente, pero sobre todo deriva de las estructuras de compromisos y expectativas implicadas en el trabajo colaborativo y en la propia

organización colectiva del trabajo. La articulación de dicha “responsabilidad” deviene quizá en la principal fuente de elementos normativos y morales que dan pie al *ethos* médico.

Andrés: [en una pregunta sobre su proceso de ingreso al internado] ...pero después descubrimos que varios de mis compañeros de toda la carrera estábamos en ese hospital, entonces fue curioso, creo que sí fue clave porque finalmente mi relación con mis compañeros durante todo el internado fue muy buena y para las jornadas de trabajo que te avientas, para el estrés que manejas, el cansancio tener una buena relación de trabajo con tus compañeros porque además vas a estar compartiendo la noche vas a estar compartiendo problemas, tratando de solucionarlos juntos llevarse bien con tus compañeros es clave y yo, eso nos fue muy bien, o sea éramos como hermanos, entonces hizo que el internado en ese punto de vista fuera muy tranquilo, muy muy tranquilo entre comillas porque tengo compañeros que se odiaban todos y te hablaban de un infierno al multiplicado, en cambio yo no paso por eso.

Néstor: Es una pregunta medio rara, pero ¿qué crees tú que tienes que hacer para generar estos grupos, este compañerismo?

Andrés: Yo creo que tiene que ver que ya nos conocíamos de antes eso tiene un detalle, ya nos habíamos conocido de años anteriores entonces ya había una buena relación pero tiene mucho que ver con la personalidad de todos nosotros porque todos teníamos una personalidad y una buena disposición al trabajo, todos éramos como de a mí me toca esto y como me toca yo lo voy a sacar bien y voy a hacer lo posible para que cuando yo le entregue a mis pacientes a mi compañero al día siguiente todo esté en orden para facilitarte tu trabajo para que cuando yo llegue mañana también hagamos lo mismo entonces yo creo que había muy buena disposición de todos nosotros de manera personal a hacer tu trabajo y hacerlo lo mejor que pudieras entonces creo que tiene que ver mucho de una manera personal qué tanto compromiso había con tu trabajo porque justo lo que los otros compañeros que nos platicaban que sufrían mucho era porque había un compañero que le valía o sea se volaba la guardia y no iba y abandonaba los pacientes entonces dejaba a los otros dos solos o hacía las cosas con los pies y aunque lo regañaban no le importaba entonces mucho tiene que ver con el compromiso de la

persona con la que trabajas porque si te toca a alguien que no le importa es muy difícil lidiarlo con eso de hecho a mí me pasó al final del internado era un muy buen chico, era una muy buena persona pero se quedaba dormido, no aguantaba las guardias y luego como que era muy distraído, era una que no le importaba, era muy distraído entonces si llegábamos a tener algunos problemas por este chavo, problemas graves o sea tenemos una paciente que está con una bomba de insulina entonces cuando tienes bomba de insulina tu azúcar, tu glucosa empieza a bajar de manera constante y si no lo cuidas pasa de más y si tú llevas la glucosa a cierto nivel matas al cerebro porque es lo único que come el cerebro este cuate y yo ni sabía que tenía un paciente con bomba de insulina este se le olvidó a media noche me despierta una enfermera diciéndome oiga doctor qué onda con la bomba de insulina y yo tenemos una paciente con bomba de insulina entonces no tomen la muestra y pónganle a solucionar el desmadre que hizo mi compañero que no sabía, no sé no le pasó por la cabeza que tenía que estar cuidando la bomba de insulina no era que no le importara, solo era muy distraído también me pasó con este mismo chavo que llegó un cuate y, no, eso sí era negligencia de su parte llegó un paciente y en la nota médica dice que tenía un problema en el hígado y a raíz de ese problema en el hígado tuvo problemas a nivel del cerebro, de que estaba como todo dormido digo, estoy evitando usar términos médicos bueno, él no revisó al paciente, simplemente se quedó aquí con lo que decía la nota médica, con eso se quedó, bueno, a la mañana siguiente llega y, oye Pedro, este, puedes este oye Pedro, perdón, oye Pedro, este, puedes revisar a mi paciente la cama tal, es que está raro, ya lo voy a ver, le reviso los ojos y las pupilas ya así todas dilatadas y yo: «¿qué tiene este paciente?, a ver, enséñame, ¿por qué llegó?», «no, pues ese es el problema del hígado y no sé qué tanto», yo, pero, o sea, lo que yo estaba viendo era falla que había una caja neurológica fuerte, este, esto no es el hígado, ¿no? y empiezo a platicar con el familiar, a ver, «¿por qué llegó tu paciente? o sea, ¿qué pasó?» bueno, va a ir rápido a interrogar dice: «no, es que se pegó ayer en la cabeza», yo: «¿cómo que se pegó en la cabeza?», entonces, lo que tenía una hemorragia en el cerebro y la tenía desde que llegó el día anterior y mi compañero no lo vio, entonces ese tipo de problemas, ya sea porque a la persona no le importa o porque sea distraída, puede mermar la relación que tú tengas con tus compañeros

laborales, lo que yo tenía que hacer ahora era que yo ya no tenía cargo 20 camas, tenía cambio 40 camas porque yo no podía confiar en mi compañero porque sabía que se le olvidaba, entonces a partir de esas dos situaciones ya se me duplicó el trabajo, porque finalmente si un paciente le pasa algo, no regañan al culpable, regañan a la guardia, o sea, a todos, ¿no? parejo, entonces complicó mucho ese tipo de cosas, de todas formas nos llevábamos bien y si yo llegué a regañar como dices que no puedes estar haciendo esas cosas, ¿no? y lo entendían, pero por ejemplo hay gente que simplemente no le importa, si tú tienes que lidiar con gente que simplemente no le importa, está difícil, está muy muy difícil, yo creo que la clave es que tanto a uno se compromete con su trabajo, ¿no? y eso puede ayudar mucho, y que tanto estás dispuesto a llegar a punto, o sea a hablar con la gente, ¿no? y llegar a acuerdos.

De este modo, “la familia” deviene en una especie de laboratorio social donde las y los residentes no solo son inducidos a la dinámica y a la lógica de distribución del trabajo, sino que también deviene en una pequeña *comunidad moral* (Hafferty & Franks, 1994) en la que aprenden a gestionar, de manera colectiva, tanto la toma de decisiones como la propia responsabilidad por la vida y la muerte de los pacientes (aunque formalmente aun no sea su responsabilidad propiamente, a pesar de todo, siguen manteniendo el estatus de estudiantes) al tiempo que interiorizan una serie de principios orientados hacia el compromiso y el respeto del trabajo de las y los compañeros, hacia la lealtad y el compañerismo para con “su guardia”.

Hay que mencionar que, si bien este ethos pudiera parecer hasta cierto punto abstracto, en realidad remite a una serie de criterios más o menos simples, recetas prácticas que les permiten a las y los internos orientarse tanto en sus propias actividades, pero sobre todo en la definición de criterios y expectativas con las que evalúan y vigilan el comportamiento de otras y otros médicos.

Joaquín: [sobre la actitud de otras y otros internos] ... entonces es algo que me molesta, yo ya tomé tantas muestras, y me chocaba porque ellos dejaban cosas pendientes a mi guardia, porque yo no sabía que yo iba a ser el saca chambas, y me chocaba porque ellos dejaban cosas

pendientes a mi guardia, yo las hacía y no había problemas, pero si yo les dejaba una muestra sin tomar, era un desmadre, lloraban, me acusaban con los residentes de mayor jerarquía, porque los hacía trabajar demasiado, esa actitud me nefastea, y ellos muchas veces dejaban más desmadres, y yo no decía nada y lo hacía, porque se tenía que hacer, al final de cuentas es como una bola de nieve, mientras más dejas que se acumule, más cosas van a haber y no terminas, entonces trata de frenar esa bola de nieve y ya.

En suma, “la familia” juega un papel determinante en la forma en que las y los médicos se integran al trabajo médico al interior de la institución hospitalaria; mediante su articulación las y los internos aprenden y ponen en práctica las habilidades y conocimientos clínicos necesarios para el ejercicio de su profesión al tiempo que despliegan sendas estrategias colaborativas de trabajo por medio de las cuales se adaptan a las exigencias y demandas del trabajo médico.

Por su propia naturaleza colectiva, “la familia” es el principal vehículo para el desarrollo de un conjunto de horizontes intersubjetivos, de experiencias y vivencias compartidas, por medio de los cuales las y los internos producen y reproducen las principales coordenadas de la visión del mundo médico y, muy posiblemente, la objetividad de la definición médica de la realidad.

Estos horizontes intersubjetivos y, en particular, las condiciones bajo las que se estos se construyen representan quizá uno de los principales referentes identitarios movilizados por las y los médicos cuando elaboran una reconstrucción narrativa de su propia identidad.

La naturaleza cooperativa del trabajo de las y los internos, así como el carácter intersubjetivo de las experiencias vivenciadas durante el internado sientan las bases de un sentido de complicidad y lealtad⁶⁶ entre quienes comparten las condiciones sobre las que se

⁶⁶ Si bien, la experiencia del internado parece contribuir de manera determinante a la generación de una solidaridad necesaria para la integración de la profesión, también es cierto que dicho *capital social* puede tener aspectos negativos (Portes, 1999), como pueden ser la opacidad o el encubrimiento de responsabilidades legales derivadas del ejercicio de malas prácticas. De esta forma, no es infrecuente que los entramados morales desarrollados durante el trabajo médico compitan y se sobrepongan a criterios normativos externos al campo médico.

despliegan estos momentos de la trayectoria formativa, contribuyendo así a formar una solidaridad intra profesional, un *espíritu de cuerpo*, sobre el que se sustenta una serie de *fronteras sociales* (Abbott, 1995; Lamont & Molnár, 2002) que entre otras cosas contribuyen a delimitar la competencia de la profesión médica.

7.1.4 La jerarquía médica: gestión del trabajo y de “la responsabilidad”.

Decir que las y los internos se integran al trabajo médico de atención a la salud en el marco de la organización y administración hospitalaria es sinónimo, en términos cotidianos⁶⁷, de que son incorporados de manera subordinada a un orden jerárquico y a sus relaciones de poder, orden que, en principio, se encuentra organizado y justificado en función de la variación de conocimiento, habilidades y experiencia que poseen las y los médicos (Becker, 1961, p. 240; Payá & Bracamonte, 2019, p. 184 y ss.).

Dicha estructura jerárquica coloca y delimita (les otorga una posición⁶⁸) a los médicos internos entre sus niveles más bajos, sólo por encima de los y las estudiantes

⁶⁷ Es posible sostener que la estructura de poder al interior de un hospital se encuentra organizada alrededor de dos entramados de relaciones que se encuentran fuertemente imbricadas entre sí, la primera, quizá más formal, es aquella que remite a la organización administrativa formal, dicha estructura burocrática es ocupada por quienes poseen una autoridad legal, se trata de funcionarios, en su mayoría médicos que cumplen con una función directiva pautaada por otros órganos administrativos del Estado, o en su caso, por intereses empresariales diversos. El segundo entramado, en ocasiones concurrente y alineado a las autoridades formales del hospital, es la jerarquía médica.

⁶⁸ En términos relacionales podemos decir que la jerarquía, sus relaciones de poder y sus entramados normativos definen el sentido de la identidad de las y los médicos, o mejor dicho de las posiciones que en determinado ocupen al interior del orden jerárquico. Esta identidad adquiere su sentido específico tanto por los atributos relativos a la posición que ocupan los médicos dentro de dicha estructura de posiciones, pero también por las propiedades de relaciones que se establecen con el resto de las posiciones del sistema jerárquico. Así, por ejemplo, las y los internos ocupan una posición plenamente subordinada (Simmel, 2014, p. 206 y ss.) en todos los aspectos de sus actividades y vivencias, no debemos olvidar que a pesar de que el trabajo que desempeñan al interior de los hospitales aún poseen un estatus de estudiantes y por lo tanto no cuentan con los derechos y privilegios con los que si cuentan otros médicos en el mismo espacio hospitalario, esta condición, agudizada por las propias carencias del sistema de salud pública del país ha llevado a que las y los internos experimenten condiciones de explotación laboral relativa sin que ello suponga el otorgamiento de una retribución acorde al desgaste y esfuerzo de trabajo, esto ha motivado a lo largo de la historia recientes que las y los médicos internos organicen de manera cíclica y persistente

(“semestrosos”)⁶⁹. Por su parte, posiciona sobre ellos a las y los médicos residentes, quienes, a su vez, se encuentran segmentados en función del número de años de duración de su especialidad y/o subespecialidad, colocando finalmente, en los niveles más altos, a los y las médicas de base y, sobre ellos, a aquellos quienes desempeñan una autoridad administrativa al interior de la institución hospitalaria o bien, fuera de ella, en los diversos organismos de Estado relativos al sector salud.

Una de las particularidades de la jerarquía médica es que se trata de un mecanismo dinámico y claramente normado que permite la movilidad interna entre las distintas posiciones que la componen. En principio y, de manera formal, los capitales que tienen un efecto ordenador de dicha movilidad son los mismos que, de poseerlos, habilitan y reconocen a las y los médicos como profesionales competentes, estos son: el nivel de conocimiento, las habilidades, así como la experiencia clínica adquirida (capital clínico) a lo largo de la trayectoria formativo-laboral.

Néstor: un poco hablando del orden jerárquico ¿cómo fue tu experiencia con él? porque hace un rato me decías que tenías como dificultad de hablarle de usted por ejemplo a los pacientes o viceversa como cuando estaba hablando de usted a ti, pero ¿cómo fue en tu caso con los médicos en general? y en el internado ¿cómo te fue con los residentes y con los médicos?

Andrés: para cuando llegué al internado ya estaba más que acostumbrado a hablarle de usted a todo el mundo porque ya me habían regañado mil veces por hablarle de tú a los médicos, o sea ya me habían regañado un buen de veces entonces ya aprendí que tenía que hablarle de usted, entonces no tuve mayor problema, realmente uno también va haciendo una relación, sobre todo en el internado ya finalmente es un año con las mismas personas, los mismos médicos,

acciones colectivas de protesta como un medio para lograr la mejora de sus condiciones formativas y “laborales”.

⁶⁹ Hay que mencionar que incluso al interior del internado se establece una propia jerarquía y límite interno, entre los “MIP 1” y los “MIP 2”, distinción que responde al ingreso escalonado de los estudiantes al internado, lo que permite que coexistan dos cohortes de internos simultáneamente, quizá con la finalidad de que los primeros puedan orientar e instruir a los segundos sobre los deberes y tareas a realizar durante su estancia como internos.

aunque vas rotando, pero ya los conoces y si formas ciertas amistades o enemistades algunos, entonces vas aprendiendo a mover la relación como con cualquier amigo, vas conociendo una persona y al principio es como muy de lejos y luego te vas acercando pero la verdad es que ya no tuve problema para eso, para cuando llegué al internado ya fue muy sencillo ese detalle, ya ves que nunca he tenido, o sea en la parte social me considero bueno, o sea siempre socialmente hablando siempre he sido bueno para llevar las cosas llevar los problemas, entonces creo que no tuve detalle en ese sentido

Néstor: ¿para qué funciona el orden jerárquico?, digo en tu experiencia ¿en qué les ayuda a los médicos?

Andrés: Yo creo que es para la toma de decisiones, el origen debe ser la toma de decisiones finalmente tienes a una persona que es más experimentada y que en un ámbito saludable es el que tiene que ayudar a tomar las riendas de algunas situaciones, si yo tengo tres líneas jerárquicas no tengo el interno, tengo el residente y luego tengo el adscrito como la mayor línea jerárquica debo poner el orden debo decirle qué le toca al interno, debo decirle qué le toca al residente y si el interno se traba que se apoye en el residente y si el residente se traba que se apoye en el adscrito, yo creo que el origen saludable de eso es mantener un orden y además que se gana con la experiencia que se gana con esa capacidad que adquieres de poder tomar buenas decisiones de poder hacer buenos diagnósticos y todo eso el valor de esas jerarquías yo creo que radica en poder mantener una buena organización de qué le toca hacer a cada quien en cuanto al trabajo y de apoyar cuando uno de estas situaciones sale mal o se atora y poder coordinar y poder ayudar a sobrellevar ese problema yo creo que eso es como debería hacer, creo que ese es el valor que tiene esa jerarquía y que se gana precisamente con esa experiencia con esos años de trabajo que finalmente no es lo mismo cuando estás leyendo con el libro a cuando ya estás trabajando o sea realmente que es mucho, mucho, mucho la diferencia de lo que adquieres, de cómo es tu actuar médico, el problema es que con esas jerarquías luego ya hay abuso de poder, entonces ese es un detalle yo creo que eso es lo importante de estas jerarquías, o sea si creo que deben existir para que vaya una correcta organización pero en el momento en el que ya hay un abuso de esa jerarquía ahí es donde ya se disocia el asunto.

Néstor: ¿Tú cómo la ejercerías si llega el momento en que estás en una posición de poder superior a otros médicos?

Andrés: Yo creo que uno de los principales problemas y de las peores actitudes que yo creo que puede haber en el hospital o en cualquier ámbito laboral es la frase de «eso a mí no me toca», yo creo que esa es una de las frases más tóxicas que puede haber, sobre todo en este un ámbito hospitalario es terrible porque eso a mí no me toca y el paciente va y no puedes abandonar a la gente, pero precisamente para evitar eso yo creo que lo más importante sería definir muy bien los roles de qué le toca hacer a cada quien y qué hacer cuando no se está logrando ese tipo de cosas es difícil porque finalmente siempre hay una persona que no quiere trabajar, siempre hay una persona que no pone de su parte y el trabajo tiene que salir y entonces sí poder tomar medidas pero directas esa persona, por ejemplo este tipo de castigos grupales donde la regó él y entonces castigo a todos los demás es terrible, o sea no es didáctico, fomenta una mala relación entre tus trabajadores necesitas algo que haga que se sienta como una unidad o sea yo lo que haría sería fortalecer los vínculos entre las tres jerarquías de tal manera que se respete la toma de decisiones de acuerdo a la jerarquía pero que se sienta como una unidad, en la medida que te sientes como un grupo se va perdiendo esta sensación de eso a mí no me toca tienes una mejor disposición de trabajo de todos y creo que eso nos pasó mucho por ejemplo entre mis compañeros de internado, nuestra cohesión de grupo era tan fuerte que no existía el a mí no me toca sino existía el yo sé que mi compañero se le pasó esa parte, lo voy a hacer yo para echarle la mano porque si a mí un día se me pasa porque va a pasar en algún momento pues que también me eche la mano, entonces yo como en una situación de poder yo creo que fomentaría esa sensación de somos diferentes jerarquías pero somos un grupo y definir muy bien qué le toca cada día para que se vayan cumpliendo las cosas y cuando algo no funciona bien abordar directamente los problemas y sentarse a hablar yo creo que eso sería clave medio debrallándome porque en la parte práctica luego es difícil lidiar con todo o sea tendría, digo si el interpretó más o menos bien al final tiene una función también de control de control de este conjunto de gente que está trabajando juntas y que hay que tomar decisiones y bueno etc. Finalmente, como cualquier ámbito laboral donde hay un director de áreas, subdirector y

entonces es la misma cuestión jerárquica que me imagino es relativamente necesaria para que no tengas gente que no sabe qué tiene que hacer o está perdiendo el tiempo, ayudando a sacar el trabajo. Pero tiene consecuencias negativas como las que tu mencionabas que generan pues esto, un problema ahí en la solidaridad del grupo. Si se abusa de la jerarquía definitivamente, o sea si ya entras en sus detalles como negativos de como abusar del poder.

Sobre la base de esta distribución jerárquica de los conocimientos y las habilidades, se articula una organización y gestión de la toma de decisiones médicas, así como de la propia responsabilidad por la vida y salud de los pacientes. De forma concurrente, es esta misma distribución de capitales la que define el grueso de las relaciones de poder al interior del ámbito hospitalario e incluso en buena parte del campo médico.

Néstor: Y con respecto a residentes, médicos de base, ¿cómo fue la relación? ¿siempre fue en buenos términos o no?

María: Dependía mucho el servicio y el área. Por ejemplo, en medicina interna, nunca se nos hizo menos por ser estudiantes o internos. Pero en pediatría y en gineco, era muy marcada la jerarquía. Tu interno, al único al que le puedes hablar es al R1, y el R1 solamente le puede hablar al R2 y el R2 y al R3 y el R3 al R4, tu interno no le puedes dirigir la palabra al R3 ni al R4.

A los médicos de base, pues, ya pasan por esa parte de maduración y no son así, pero sí entre residentes, en algunas especialidades está muy marcada la jerarquía.

Néstor: ¿Cuál consideras tú que es donde se marca más la jerarquía?

María: Todas las quirúrgicas, pero principalmente las quirúrgicas: gineco, traumatología, cirugía general, oftalmo y otorrino. Realmente, donde lo vi que se marcara más era en cirugía general.

La jerarquía médica deviene en el medio básico para la gestión del trabajo médico al interior de la institución hospitalaria, son los superiores jerárquicos quienes toman las decisiones médicas y, por lo tanto, quienes definen la distribución de las cargas de trabajo, así como

las condiciones y otras particularidades relativas a la forma en que este trabajo debe llevarse a cabo.

Por mutua implicación a la toma de decisiones y administración del trabajo, la jerarquía médica deviene en el principal mecanismo de gestión de la responsabilidad por la vida y estado de salud de los pacientes. Ahora bien, uno de los hallazgos relevantes de esta investigación remite a la relevancia que el manejo cotidiano de dicha “responsabilidad” tiene para la estructuración tanto del trabajo del día a día de las y los médicos como de la institución hospitalaria y el campo médico.

Aunque esto pudiera parecer algo trivial u obvio, dado que la labor del médico o la médica, remite, entre otras cosas, a una especie de vínculo o compromiso moral para con el bienestar de las y los pacientes; en el marco cotidiano del trabajo hospitalario (e incluso en su generalidad como actividad profesional) este compromiso para con los pacientes se relativiza al tiempo que pierde relevancia, siendo desplazado por la responsabilidad y el compromiso de las y los médicos hacia el trabajo, tanto el trabajo propio como por el trabajo de los otros, dada una división y distribución de las tareas en el marco de la atención hospitalaria.

Néstor: ¿Cuál consideras tú que fue, digo, la primera lección que les dio, que les dieron en el internado?

Dulce María : No sé, yo creo que ya la responsabilidad, porque cuando vas estudiante, pues nada más vas y ves, no tienes ninguna responsabilidad ahí y de interno pues ya sentir la responsabilidad del paciente de cierto modo, que cambia muchísimo cuando eres residente, cuando eres residente ya de verdad la sientes más, pero en ese momento pues también tienes responsabilidad de los ingresos, de los estudios del paciente, pues de que estén a ayuno para que pueda bajar en el quirófano, por ejemplo, o en interna de poesía, en los estudios de lo que necesiten, cuando hablan en la noche de que se siente mal, y pues de lo que le vaya pasando.

Yo creo que es eso la responsabilidad de adaptarte al horario, que, pues es la guardia, hacemos guardias a veces, y pues era muy pesado,

yo sentía que durante una guardia pasaban muchísimas cosas, porque era pues más de un día y medio.

Lo anterior no quiere decir que el estado de salud de las y los pacientes sea irrelevante, de hecho, todo el tiempo está presente como horizonte⁷⁰, sin embargo, esta priorización por la vida y bienestar de los pacientes se encuentra mediada por la “responsabilidad” que las y los medios deben demostrar a través de su atención, dedicación y compromiso en aquello que les corresponda dada una distribución interdependiente de las cargas de trabajo y en el marco de un “algoritmo de atención”.

[Respondiendo a una pregunta sobre el comportamiento de sus compañeros internos]

Sara: lo principal es entender que: como ya eres un médico, tienes una responsabilidad para con el paciente y de comprometerte realmente a con el paciente porque, aunque a lo mejor tú no eres el responsable directamente, pues si ya tus acciones o lo que haces viene a impactar; entonces un interno que está comprometido, que es responsable, pues obviamente, si de repente no sabe, no sé, no sabe cómo se indica tal cosa, pues lo va a buscar y se va a poner a leer sobre eso y, de repente, te dicen: «oye, ¿sabes cómo poner un protocolo central?», si no, te interesas y ya te pones a buscar la técnica y a decirle que: «mira es esto, es esto» [...] tratar de como tener esa iniciativa de que «puedo hacerlo», este, probablemente sustentándote verdad, no tener iniciativa a lo tonto, verdad, yo creo que eso es como

⁷⁰ De hecho, las y los médicos asimilan y aprenden a manejar un discurso moral relativo a la prioridad de la salud, el bienestar y el buen trato de cada uno de los pacientes. Sin embargo, el efecto de dicho discurso es hasta cierto punto selectivo. En parte, se encuentra siempre presente a través de la “responsabilidad” como señalo más arriba, pero también es cierto que se da por sentado y deja de ser un foco de orientación durante el trabajo cotidiano, donde la relevancia del compromiso con el paciente (esta relación particularista) tiene que adecuarse a la presencia de otros principios y marcos de sentido. Ahora bien, este discurso moral, deviene en un recurso siempre latente que puede utilizarse según sea el caso tanto por otros médicos, cuando se suele apelar a él como una norma que legitima sanciones o castigos, pero también por la institución hospitalaria, cuyas autoridades y representantes con frecuencia lo utilizan como una herramienta de legitimación y control o, en su caso, por los propios pacientes o sus familiares cuando entran en conflicto con los médicos en demanda de una mayor o mejor atención. Son bastante conocidos en la práctica cotidiana de la medicina los usos, por parte de los pacientes, de expresiones como: “es que el médico no tiene vocación” o el “por mi tragas” las cuales apelan al aludido trasfondo moral y por medio del cual se espera poder incidir en un cambio en la conducta del personal médico.

lo más importante porque si lo tomas como que es un mero trámite, pues nunca te vas a involucrar

[...]

o sea, muy poca gente llega y se pone a explicar, entonces, yo creo que lo principal es eso, ya que tú ya te sientas comprometido a que ya tus acciones van a impactar y eso pues obviamente te va a mover a que quieras leer a que quieras interesarte en clase a que preguntes por tal paciente a que le digas al médico interno o al residente que te explique tal cosa y ya uno como residente porque pues digo: yo lo vi y como interna y ahora lo vivo como residente, pues ya le pones más atención al que ves que está atento al que es que se interesa al que ves que tiene actitud pues es al que te lo llevas y el que le dices de que voy a ver vamos a hacer esto o te avientas a poner claro qué interesante este te voy a preguntar otra cosa porque ya llevamos un ratito...

[...]

yo creo que yo también como que a lo mejor pude haber dicho: «no pues yo soy interna y nada más hago...», pero me gustaba, intentaba hacer un poquito más y, por ejemplo, yo me llevaba muy bien, de hecho, con todos mis residentes, con todos, me llevé bien porque pues trabajaba y si notaba diferencias, así, [los residentes] hacían una diferencia cuando te veían trabajar, o sea, de repente, no te ponían nada más a hacer papelería, te ponían a pensar y veías que te empezaban a tomar en cuenta para ciertas cosas.

Te digo algo así como muy qué me acuerdo de empezar a poner centrales [catéteres] de pacientes que te empezaran a confiar, porque te veían que te interesaba y también. De mi parte, mucho a lo mejor a mí no me gustaba lo público, pero sí tratar de apoyar a mis residentes cuando piensas que estaban muy de que: «sabes que tengo mucho que hace», piso, bueno no, yo me meto a quirófano o, yo te ayudo con tales curaciones o, yo te ayudo con tales cosas y también de preguntarnos que: «¿ya comiste?, bueno este, te traigo algo de comer o aquí traigo un sándwich», como que también procurar esto era como cuidar entre nosotros tanto ellos como nosotros a ellos y eso era lo que hacía que estuviera que fuera una convivencia buena, incluso me tocó que muchas veces los R superiores de algunos de algunas, por

ejemplo, a veces te quedabas todo el día completo en urgencias, entonces pues te veían trabajar y parecía que no te veían o que no estaban al pendiente pero de repente te empezaban a confiar para ciertas cosas o veían cómo te hablaban los R menores y de repente les decían a ellos: «oye no le hables así u oye pide las cosas de esta forma», entonces pues era algo muy padre.

Vale la pena mencionar que buena parte del peso de esta responsabilidad, y por ello, de su relevancia, descansa en sus implicaciones, tanto legales como administrativas y, por supuesto, en el prestigio profesional del o la médica.

Así como la jerarquía médica favorece a quienes mayores recursos poseen (conocimiento, habilidad y experiencia), toda vez que son ellas y ellos los que tienen cierto privilegio y poder en la toma de decisiones, en la asignación de trabajo, etc, también es cierto que les impone la titularidad de la responsabilidad sobre la vida y la salud de los y las pacientes. Esto último, hace particularmente rígida y estricta la vigilancia por parte de las y los médicos de mayor jerarquía para con sus colegas en los niveles inferiores.

Fue interesante notar, como las y los médicos, durante los primeros momentos de su trayectoria formativa, perciben y definen a este orden jerárquico como una cuestión arbitraria, violenta y autoritaria e incluso poco legítima e innecesaria dada una supuesta naturaleza racional (basado en evidencias) del proceder médico para luego cambiar de parecer en la medida en que ellas y ellos mismos escalan en la propia jerarquía y asumen gradualmente una mayor parte de esta titularidad de la responsabilidad, llegando a justificar algunos de las sanciones que a su juicio merecen quienes faltan a dicha responsabilidad.

Néstor: a tu juicio ¿por qué crees que se de esa forma de tratar a los internos y a los residentes?

Nicolás: no sé fíjate, no, bueno, a ver, ahorita que yo soy el r3 y que tengo a mi cargo otros r2, a veces me desesperan, por ejemplo, teníamos el paciente, estaba yo de guardia y tenemos el paciente que le pusimos el central [un catéter] y le digo al residente, al r2, le digo «oye, ve a preguntar en cuánto tiene la presión, porque ese paciente

está grave» y va el r2 y le dice la enfermera: «no, yo tomo los signos a las 6:30» y se regresa me dice: «que toma los signos a las 6:30», y yo: «cómo cabrón si lo tenemos grave...» y yo voy le toco a la enfermera: «dime la presión, porque el paciente está grave» y le digo al r2: «oye, tienes que ser más incisivo pues es el paciente»

Entonces, a lo mejor la creencia falsa de que es disciplina, de que inculcas sobre todo disciplina, porque bueno, si bien a lo mejor académicamente el r2 puede ser más brillante que tú, pero necesitas imponerte de alguna manera pues...

Este, yo en mi trato intento ser lo más cordial, hacer muchísimos amigos, este atacarnos de risa, poner música y todo porque yo vengo de la escuela del Hospital Central, de ser amigos y todo ese rollo, hay otros que vienen de México y es así que: «yo no tengo por qué ser amigo de él, este y todo ese rollo a mí no me gusta, yo, yo, vengo de la escuela de que somos todos iguales pues pero yo creo que es por imponer disciplina y como no puedo imponerte académicamente te impongo este con castigos...

Néstor; un poco profundizando en esto, ¿consideras que hay motivos por los cuales..., motivos legítimos por los cuales vale la pena castigar a un interno a un residente o tratarlo de disciplinar?

Nicolás: motivos legítimos no, o sea, legítimos, legítimos, no; bueno..., es una pregunta complicada creo que creo que sí cuando realmente el error cae en irresponsabilidad, si es por falta de conocimiento no lo puedes regañar porque pues realmente no lo sabe, pero si es por irresponsabilidad si tienes que llamar la atención, pero no con majaderías ni con desmanes feos que se hacen ahí dentro del hospital sino que debe de haber una consecuencia y la consecuencia es: «me vas a traer una clase me vas a hablar específicamente de esto» o a lo mejor: «no te vas a quedar de castigo pero te vas a quedar hasta que salga tal resultado» algo así, que sea significativo a lo mejor y sí pero es cuando realmente cae en irresponsabilidad, el problema que yo veo es que muy pocas veces es por irresponsabilidad, no hay nadie, ahorita yo, por ejemplo, te soy sincero, yo estuve de guardia solo y yo era el residente de mayor jerarquía, el externo no se metió nadie me dijo si estaba bien que yo le pusiera el central, si estaba bien que yo le pusiera ese tratamiento si estaba bien que lo recibiera así, me explico,

entonces, cómo me pueden regañar a mí que lo hice mal si nadie me está guiando, o sea, entiendo que debo de estudiar yo, va, pero entonces cuando trato de aterrizar el conocimiento pues obviamente voy a tener fallas, o sea, porque no sé si lo que estoy haciendo está bien mal, o sea, ok, por eso yo digo: cuando me recibe a mí en la mañana el doctor, el externo, me dice por qué no hiciste tal cosa, ay cabrón, porque pues no sabía o no me acordé o tenía otros tres cuatro pacientes igual o sea es difícil que sea por responsabilidad pura el castigo, ahora, si lo detectas que es por irresponsabilidad pues si tienes que hacerlo no porque a mí sí se me hace que ahí este ya no, tú sabías, o sea, por ejemplo, si yo hubiera dejado a este a este residente, que se sentara y a las seis de la mañana me dijera la nueva TA [tensión arterial], la nueva esta, pues ya es irresponsabilidad de él, porque pues no peleó por el paciente, porque él ya sabe tratar un choque de esa magnitud, entonces le dices: «oye, levántate, ve a ver y dímela la está» aunque no quiera...

Néstor: ¿con quién tienen que demostrar responsabilidad los médicos que están en formación, con los pacientes, con los compañeros, con los médicos de mayor jerarquía, hacia quién?

Nicolás: o sea, cuando yo soy el r más, va la responsabilidad con el paciente, obviamente para que no se nos muera pues, pero allá dentro la responsabilidad es con el de mayor jerarquía, o sea, si yo soy el r1 le respondo al r2 al r3 al r4 si este y el r4 le responde el externo entonces son las jerarquías, o sea, la responsabilidad va con el que está arriba de ti, por ejemplo, si a mí me dijera el r4 tienes que este ponerle este medicamento pues se lo tengo que poner porque pues él es el de mayor jerarquía pues eso sería la responsabilidad con el que está arriba de ti.

Explicar la persistencia de la jerarquía médica, a pesar de la inconformidad y el conflicto que su institucionalización pueda generar, particularmente entre los recién llegados al campo médico, así como de las consecuencias negativas que ésta provoca (abuso y violencia), remite a su alta eficacia funcional para la organización del trabajo al interior de la institución hospitalaria.

Como he mostrado líneas más arriba, la jerarquía persiste y es activamente reproducida porque es un medio idóneo para la distribución de la toma de decisiones y, particularmente, para la gestión de la responsabilidad entre las y los médicos. Pero, además, la vigencia de la jerarquía se sostiene porque la organización y la división del trabajo al interior del espacio hospitalario requiere del ejercicio del poder, así como del establecimiento de ciertas relaciones de dominación por medio de las cuales un conjunto de personas (las y los médicos) adquieren las disposiciones necesarias para priorizar la atención y el cuidado de una tercera persona (las y los pacientes) en detrimento de sus propios intereses.

De igual forma, la jerarquía se mantiene en buena medida por que supone la institucionalización de un mecanismo que la propia profesión ha impuesto para el reconocimiento de sus pares, las y los médicos son reconocidos como tales porque han sido capaces de trascender los distintos umbrales que supone su formación, han adquirido las habilidades y conocimientos básicos necesarios para actuar como representantes fiables de su profesión, en este sentido, la persistencia de la jerarquía en cierto sentido se explica también porque deviene un ritual de paso que la propia profesión ha impuesto a quienes aspiren a acceder a su posición privilegiada.

Comprender el papel de las relaciones de poder y dominación en el marco de la distribución y división del trabajo médico al interior de la institución hospitalaria⁷¹ nos permite otorgar la debida relevancia al papel que juegan los entramados morales, los castigos y el disciplinamiento en el proceso de identificación profesional de las y los médicos.

7.1.5 Ethos médico: castigos, disciplinamiento y subjetivación

Como he mostrado en las dos secciones inmediatas anteriores, la organización colectiva del trabajo y la integración a la jerarquía médica les permiten a las y los internos la asimilación de las principales coordenadas normativas y morales presentes tanto en la institución hospitalaria como también en el campo médico en su conjunto. Es cierto que se trata de un aprendizaje parcial y temporalmente acotado, pero es la matriz, los principios básicos, de

⁷¹ Aunque esta referencia sea fundamentalmente de carácter analítico.

un *ethos* que llevarán consigo, interiorizado, las y los médicos a lo largo de su vida profesional.

Tanto en la literatura especializada sobre el tema (Parsons, 1976, p. 399 y ss.) como en el propio sentido común se ha supuesto que dicha ética pauta una orientación de los intereses propios de las y los médicos hacia el bienestar general de las y los pacientes, de la sociedad, etc... Como ya lo he mencionado, esto es parcialmente cierto, en tanto discurso moral, este principio ético que prioriza los intereses de las y los pacientes por delante de los intereses de las y los médicos se encuentra institucionalizado junto con otros al interior del campo médico y, por lo tanto, es utilizado según sea el caso por médicos, autoridades institucionales y pacientes.

Ahora bien, aunque se puede aceptar que este discurso moral forma parte del *ethos* profesional de las y los médicos, dicha *ética realizada* se encuentra más bien orientada hacia dos problemas fundamentales interconectados entre sí: en primer lugar, el *ethos* médico busca sancionar y vigilar el “correcto” desempeño, competencia y la capacidad de todas y todos aquellos expuestos la socialización profesional. En otras palabras, el *ethos* médico cumple con una función de monitoreo cotidiano, tácito, del *performance* (Butler, 1988; West & Zimmerman, 1987) de los médicos.

De esta manera, el *ethos* profesional, ejecutado por cada una y por cada uno de los médicos, los hablantes de la gramática profesional de la medicina, busca y vigila en el día a día de sus propias actividades, de sus iteraciones, todos aquellos indicios que den cuenta de que ellas y ellos mismos, así como aquellos y aquellas con quienes interactúan poseen y ejecutan correctamente, de manera “normal”, las disposiciones, las habilidades y los conocimientos que los facultan como profesionistas socialmente competentes. Este *ethos* incluye signos de respetabilidad social que trascienden el campo médico, pero lo caracterizan.

Néstor: Y en términos de situación económica, ¿cómo crees que les va tanto en rendimiento como del trato a las instituciones para con ellos y ellas? O sea, si son chicos con menos recursos, ¿cómo les va a la escuela, cómo les va a la institución? ¿los tratan diferente por ser...?

Andrés: Creo que sí, la verdad es que sí, yo nunca he tenido o sea yo nunca he tenido ningún problema en ninguno de los hospitales en los que yo he estado siempre he tenido muy buen entendimiento con los profesores, siento que tiene que ver la actitud, pero también hay una predisposición de los profesores, de hecho me acuerdo esto ocurrió en, no voy a decir nombres, pero esto ocurrió en el hospital Adolfo López Mateos, teníamos un profesor, era de cirugía, era bueno, era bueno, pero era un clasista de lo peor, así mal, mal, mal, mal plan, hacía comentarios fuertes, o sea era como de, «¿qué tú apenas te acabas de bajar del monte, todavía tienes ramas aquí en el cabello?», le decía una de mis compañeras que era de rasgos morenita, todo este rollo, ¿no?, que me agarraba por ejemplo a mí y otro compañero de ejemplo, la gente me ve y cree que tengo dinero porque tengo el cabello güerito, la piel blanca y ojos verdes inmediatamente creen que cago dinero y la verdad es que no es una realidad, pero lo asumen, entonces siempre nos agarraban de ejemplo a mí y otro compañero, que «míralo bien vestidos, mira que limpios vienen», lo que sea y ponían en evidencia a otros compañeros, un compañero que venía de bien lejos con sus zapatos todos rotos, claramente no tenía para comprarse otros, «mira que es esta porquería, tú no entras así a mi clase tú vienes así a la próxima clase y te saco», y sí se los cumplía si llegaba a sacar gente por su forma de vestir pero que claramente no era una cuestión de limpieza, era una cuestión de eficiencia económica, ¿no? y a mi compañera con la que yo rotaba que era morenita y porque se le notaba en su manera de hablar y se le notaba en el color de piel que pues su familia no tenía un poder adquisitivo alto y la maltrataba horrible, o sea era como de a ti te toca cargar esto y le daba un montón de libros y su mochila y ahí tenía que ir mi compañera cargando cosas y yo no lo podía ayudar porque también tenías la parte de como autoridad te está ejerciendo un poder también sobre mí en que bueno, ¿yo qué hago con mi compañera? ¿cómo le ayudo? no le podía yo decir pásame los libros porque tenías finalmente esta figura de autoridad que te lo está impidiendo quizás sí le podía y no fui lo suficientemente valiente pero también ella me acuerdo mucho de esto bien rudo porque ella era gordita y la bata no le cerraba entonces el doctor le dice la bata tiene que ir cerrada, a ver ciérrate la bata y no le cerraba a ella, mira ni te cierra, ni te cierra, cómprate una grandota y así, yo creo que eso sí estuvo muy muy

fuerte es un maltrato psicológico feo por parte de la parte económica, por parte del físico entonces es un caso así super...

En segundo lugar, el ethos médico se enfoca en la vigilancia y el examen constante de la conducta y las prácticas de las y los médicos en el marco de la organización y distribución del trabajo médico. Se puede decir así que el ethos *disciplina* a las y los médicos para que estos se adecuen a las condiciones y exigencias propias del “algoritmo de atención” por medio del cual se lleva a cabo la gestión de la atención a la salud.

Una parte constitutiva de este esfuerzo disciplinario descansa, como ya vimos antes, en el monitoreo del cumplimiento de la “responsabilidad”, monitoreo que ocurre informalmente entre colegas, compañeros de guardia, pero también y, sobre todo, a través de los propios mecanismos que la jerarquía médica ha diseñado para mantener bajo examen constante y cotidiano el cumplimiento de las “obligaciones” impuestas por la dinámica de trabajo al interior del hospital.

Néstor: los médicos también un poco, bueno, en general me han comentado que en esta fase es como común la idea de los castigos.

Joaquín: Ah, sí, sí, toda la vida.

Néstor: ¿Cómo fue en tu caso?, ¿cómo fue en tu experiencia?

Joaquín: Sí, sí, me tocaron castigos, afortunadamente a mí no me castigaron tanto, fueron castigos generales, por culpa de alguien más, pero a mí, a mí, a mí, directamente, que me hayan castigado, bueno, sí, una vez, y no fue tanto mi culpa, pero tuve injerencia, yo estaba muy atorado en el servicio de cirugía, estaba cansadísimo, y a mis compañeras no les gustaba bajar a quirófano, entonces supuestamente ellas se quedan en el piso sacando los pendientes, muestras, haciendo curaciones, y yo bajaba a cirugía, llegó una doctora de colon y recto que me pidió que le tomara unos tiempos a su paciente para que lo operaran, se me fue, y ellas no habían terminado las curaciones, yo salí de quirófano como a las 3 de la mañana, y me dijeron que no habían terminado las curaciones, y como sabía que no se iban a abrochar si no estaban las curaciones, me puse a terminarlas, y se me olvidó tomar esos tiempos, al día

siguiente no se operó el paciente, y me la dejaron ir doblada, estuve castigado una semana.

Néstor: ¿A tu experiencia qué es lo que se castiga específicamente en estos casos, más allá del internado, en general qué es lo que se castiga?

Joaquín: Son muchas cosas, casi siempre es la indisciplina, la insubordinación, la hueva, pero sobre todo la hueva que condiciona perjuicios en el paciente en general, porque también hay otras personas que por joder te friegan, y eso me pasó en la subespecialidad, pero en general o al menos, y a eso a mí sí me parecía hasta cierto punto justo, hasta cierto punto con sus limitantes, y hasta cierto punto que se te regañara, que se te castigara.

Néstor: ¿Específicamente por qué? ¿Cuál crees tú que es un motivo justo o legítimo de castigo de los que me has mencionado?

Joaquín: Lo que yo pasé por ejemplo, fue mi irresponsabilidad, que me costaba decirle a mis compañeras, oigan tomen esa muestra, también fue mi responsabilidad decir, por qué no terminaron las curaciones, ustedes son dos, y tírenme el paro, tomen esta muestra, pero me puse a terminar lo que quedaba pendiente, entre que no me molestaba hacer el trabajo, y ya me había acostumbrado a que ellas, pues dejaban cositas así, y ellas me ayudaban, pero yo en proporción siento que sí hacía más, y era una de las cosas que discutía con mi novia, porque no puedes hacer el trabajo de tres, pero pues sí, por esa irresponsabilidad no se operó ese paciente, y era un paciente con cáncer, por dos días que se retrasó su cirugía, no hizo mucha diferencia, pero el paciente obviamente se molestó, quería quejarse, empezó a gritar que iba a demandar, porque no lo operaron, porque no tenía tiempos de coagulación actualizados, y pues eran importantes para que se operara, porque si la coagulación está bien no va a dejar de sangrar, entonces es un riesgo operarlo. Yo entendía que lo que hice estaba mal, y pues sí, de modo que acepté que se me castigara, no tenía cómo negarme.

Néstor: Hace un momento mencionabas que la indisciplina era un motivo importante, ¿a qué te refieres con la indisciplina?

Joaquín: Hay muchos internos, que son medio huevoncillos, y los mandan a hacer algo, y no están acostumbrados a recibir órdenes, lamentablemente esto es un sistema muy jerarquizado, y tienes que ser el office boy al final del día, todos los trabajos lo tienes que hacer en medicina es el internado, entonces tú tienes que sacar la chamba, los ponen a hacer cosas, y los ponen a hacer cosas si no les gusta, porque los están haciendo que trabajen demasiado, y que no están para sacar chamba y todo eso, pero todos tenemos que pasar por ahí, y conforme vas subiendo de nivel vas delegando responsabilidades, porque ya aprendiste a hacerlo, y harás responsabilidades un poco más complicadas, en base a tu nivel, pero dejas de hacer el trabajo pesado.

Néstor: Hace un momento me decías que un par de compañeros, no sé si eran un par o más, pero unas compañeras te dejaban hacer más chamba a ti, y que tú aceptabas hacerla, ¿a qué consideras tú que se debía que te dejaran a ti por algún motivo en particular?

Joaquín: Pues es que ellas eran un poquito más flojillas, no del todo, pero por ejemplo no les gustaba colocar sondas, sondas urinarias, «¿qué le voy a andar agarrando a un viejo?».

Ok, yo nunca fui bueno tomando muestras, entonces luego les decía, no seas mala, este paciente ya lo piqué un buen de veces, no me da, pícalo todo, entonces como que ellas se escudaban en que me tomaban muchas muestras, y a mí yo quería hacer uno, entonces no me molestaba poner sondas, y ese tipo de cosas, y luego también en ese momento medio estaban queriendo salir con unos residentes, y pues los residentes para quedar bien con ellas no las obligan tanto a que hicieran las cosas, porque sabían que subía yo y que las hacía.

Ahora bien, hay que decir que este disciplinamiento no se limita a la vigilancia y el monitoreo, tampoco se restringe a la expresión de comentarios, llamados de atención, etc..., las y los médicos tienen a su disposición un amplio repertorio de sanciones y castigos (los cuales gozan de una considerable institucionalización y legitimidad) que pueden utilizar para “corregir” la conducta y el desempeño de sus colegas.

Diana: ...en algunos hospitales aún no están reguladas las guardias de castigo, por ejemplo, entonces, en el Hospital General, si te equivocas queda a consideración del doctor el guardarte, él tiene el derecho de guardarte y pues a ver cuándo vuelves a la luz del día y en el IMSS eso ya está prohibido.

[...]

Néstor: me decías hace un momento que en el hospital en el que tú estabas ya no había castigos o ya no estaban permitidos este... quizá ya no te guardaban, pero... ¿había algún otro tipo de castigo no sé qué te pusieran a estudiar, que te pusieran a exponer, cosas por el estilo?

Diana: A, si si, los castigos académicos siguen vigentes todavía, por ejemplo, en ginecología varias veces nos hicieron ir a toda la rotación más temprano de lo que ya íbamos para que tuviéramos una clase de X cosa, de algún artículo que el doctor que tomó el castigo, eh, lo diera, era como una mesa, un conversatorio, como una pequeña explicación de los artículos que habíamos leído ese día; pero si, por ejemplo, su entrada era a las 7 ahora es entrar a 5 y media de la mañana o 5 de la mañana para poder hacer eso, ¿qué otros castigos? pues igual, todo era como leer artículos y hacer exposiciones extra...

Y si no.... pues yo creo que ya no era como de medicina sino como de con enfermería, siempre te cobraban, así como «lo hago yo doctor, pero me debe una coca, un pastel o un desayuno» entonces pues si era algo que tenías que hacer porque si no, tienes el enfermerito del día: «¿y mi coca, y mi desayuno?», entonces pues sí ese tipo de cosillas

Pero si casi todo era más académico...

Néstor: ¿a tu juicio consideras que hay castigos que son legítimos o justos? ¿hay cosas que hagan los internos o los residentes que consideres tú que deban de ser castigadas legítimamente?

Diana: yo creo que, o sea, como que la palabra castigo se escucha como muy fea, pero, por ejemplo, en el aspecto que sea enriquecer para tu formación yo sí estoy de acuerdo y creo que, si se necesita, porque a veces tu ego no te permite preguntar, o sea, como decir:

«hay no es que van a decir que soy guey, ¿cómo no sé hacer esto?». No, pero pues es preferible preguntar a hacerle el daño al paciente [...] y es que si hay errores más que nada que se meten con la integridad el paciente, que es lo que yo creo que si está mal, o sea, te puedes equivocar, no sé, escribiendo mal o, no sé, hacer cualquier otra tontería, por ejemplo, hay historias clínicas como muy amplias y que te preguntan: «cuántas mascotas tiene», pues, o sea, tal vez eso no es tan importante y no es cuestión para un castigo, pero si hay, por ejemplo, tratamientos en lo que te equivocaste: si le pusiste soluciones de más, si no escogiste, el antibiótico que necesitaba si el drenaje, no está bien, puesto que yo sí considero que pues es necesario aprender [...] sí son cosas que no podemos dejar pasar...

Néstor: ¿Te llegaron a castigar alguna ocasión a ti o a tu grupo? ¿A tu compañero?

Patricia: Pues no, nada más regaños. Bueno, no, sí, ya me acordé. Ese mismo compañero que era el que se quedaba dormido, también era el mismo compañero que llegaba tarde. Entonces en las órdenes de fin de semana, cuando no llegabas a tiempo, el doctor se enojaba y como castigo bajaba urgencias al que llegaba tarde y nos quitaba a un elemento a nosotros.

Entonces en vez de repartirte los 50 pacientes entre 5 y que te tocaran de 10, pues ya nada más lo repartían entre 4 y te tocaban más pacientes, más pendientes cuando ni siquiera era tu culpa. Entonces a nosotros no nos parecía nada ese castigo de que él lo bajara porque mientras tanto él estaba en urgencias poniendo yesos, bien feliz, porque él quiere ser traumatólogo. Hasta parecía que lo premiaban y, mientras, nosotros arriba bien atorados.

Néstor: En tu experiencia y digo más allá del internado ¿qué cosa consideras tú que justifica un castigo? ¿Qué falta consideras tú que justifica un castigo?

Patricia: Pues alguna que afecta al paciente, o sea, que por descuido o irresponsabilidad o sueño o lo que sea afecte de manera directa al paciente.

Néstor: ¿Y qué tipo de castigos te parecen a ti que sean los más pertinentes?

Pues primero que sean dirigidos hacia la persona y sin afectar a los demás, porque en medicina lo que se da mucho es que si alguien llega tarde castigan a todos para que todos lleguen una hora antes. Y entonces creo que ahí influye mucho el factor psicológico, porque entonces los demás se enojan con esa persona y así ya no lo quiere volver a repetir.

Entonces, he pensado eso algunas veces y pues de entrada que sea dirigido hacia ti y creo que algo académico. O sea, tal vez no es la mejor manera, pero, ya sea con trabajo, es que eso se me hace muy arcaico.

Yo estoy en contra de que te vas a quedar hasta las 11 de la noche tomando muestras. No, no le encuentro sentido, entonces yo creo que mejor algo académico.

O sea, nos haces una clase de lo que sea para mañana a tal hora y si no llegas pues entonces vamos a ver dos clases y así hasta ver cuando te cansas. Y que sean clases bien hechas. Algo académico.

Como ya he dicho antes, buena parte de estos castigos se encuentran orientados tanto a prolongar el tiempo que las y los médicos deben permanecer recluidos en el hospital, abocados a la realización de tareas y trabajo médico como a perfeccionar el dominio del conocimiento y las habilidades clínicas. En ambos casos, es posible observar que los castigos buscan incidir en la formación de la habitualidad, en la modificación de las disposiciones corporales por medio de las cuales los médicos se integran al algoritmo de atención, a la división y a la organización del trabajo.

Siguiendo a Foucault (2009, 2017a, p. 353 y ss.) y a Butler (1997, p. 83 y ss.), es posible decir que el disciplinamiento de las y los médicos tiene por finalidad constituir un *sujeto*, una identidad médica acorde con los requerimientos del trabajo hospitalario y los criterios de la competencia profesional. Así, los castigos buscan incidir, formar la propia corporalidad y la subjetividad de las y los médicos para que puedan integrarse de manera eficiente al

“algoritmo de atención médica”: a ese sistema de conocimiento experto, así como a la división y organización del trabajo médico.

7.2 Mecanismos de particularización

El internado médico tiene una importancia capital para el proceso de identificación profesional de las y los médicos. Como hemos visto en secciones precedentes, es durante este momento de la trayectoria que las y los médicos internos interiorizan aquello que los define como médicos competentes al tiempo que son reconocidos e integrados en el propio espacio de posiciones que constituye al campo médico. Es posible decir que este proceso de socialización tiende hacia la integración con la profesión médica.

Lo anterior no quiere decir que queden sin efecto otros factores que pueden delimitar formas particulares como se lleva a cabo esta socialización, características como el origen social nunca pierden su influencia diversificadora a lo largo de toda la trayectoria formativa y formal. Sin embargo, durante su paso por el internado, a estas características se sobrepone al efecto de los propios intereses y principios de la profesión, del campo médico. En este sentido, no resulta baladí la segregación espacio temporal, ni tampoco lo es el sometimiento a un ethos profesional.

A esta faceta de la socialización profesional que tiende hacia la asimilación e interiorización de los intereses y la lógica del mundo médico, la he denominado analíticamente como mecanismo de integración.

Ahora bien, durante el mismo internado, las y los médicos experimentan un proceso en sentido contrario, proceso que remite hacia la heterogeneidad y diferenciación de la propia profesión. Una de las particularidades de este momento en la trayectoria formativa es el notable nivel de institucionalización que mantiene esta tendencia hacia la pluralidad.

Paradójicamente, durante el mismo internado, las y los médicos, son expuestos obligatoriamente a una heterogeneidad de condiciones y situaciones de socialización con

la finalidad de adquirir una visión panorámica de las principales especialidades en que se ha diferenciado la medicina.

De esta forma, las disposiciones, conocimientos y habilidades, el habitus de los y las internas se ve sometido a una serie de rupturas y cambios al alternar por una serie de condiciones y posiciones diversas. Esta “rotación” entre diversas situaciones al interior de la institución hospitalaria demanda de cada médico y médica una adaptación a los intereses, principios y lógica de funcionamiento de cada una de estas especialidades o, en su caso, a los diversos servicios al interior de la institución hospitalaria.

Analíticamente, a este proceso lo he denominado mecanismo de particularización toda vez que opera en un sentido contrario a la integración de las y los médicos a un conjunto homogéneo de atributos que los distingue como médicos profesionales. La exposición a la heterogeneidad de condiciones y posiciones que componen al espacio hospitalario permite (obligatoriamente) a los y las internas ciertos márgenes de libertad en los cuales pueden generar una afinidad o preferencia singular por el tipo de medicina con la que ellas y ellos más se identifican.

En esta investigación pude identificar una serie de factores que muestran también una tendencia hacia la diversificación y la heterogeneidad, como es el caso del origen social, el género, el lugar de residencia o quizá el tipo de universidad, sin embargo, todos ellos son factores externos al campo y la profesión médica. Los criterios y la lógica imperante en ellos son hasta cierto punto ajenos a los intereses propios del campo médico.

Aún en el caso de la elección del tipo de hospital, la cual ya refleja una evidente influencia de los criterios médicos, se puede identificar una correspondencia y una inercia del efecto que sobre la trayectoria generan los factores antes mencionados. Como hemos visto, elegir un hospital aún se encuentra hasta cierto punto condicionado por el tipo de formación recibida en la universidad, y a través de ella, la influencia del origen social y el lugar de residencia, etc...

Sólo en el caso de las rotaciones por las diversas especialidades durante el internado se puede observar una primacía plena de los criterios y la lógica interna de la profesión médica, en este caso, de su diferenciación interna. Incluso es factible hablar de un condicionamiento institucional que coloca a las y los médicos ante una serie plural de condiciones que se encuentra fuera de su capacidad de elección.

En cierto sentido se puede decir que este mecanismo de particularización es vivenciado por las y los médicos con la misma fuerza y condicionamiento que los lleva a integrarse al trabajo hospitalario y por lo tanto al mundo médico. Sin embargo, paradójicamente, este condicionamiento conlleva en sí mismo, la posibilidad de romper con las inercias de habitualidad sobre las que descansa la socialización y posterior integración a la profesión médica.

De esta forma, las y los médicos enfrentan de manera condicionada un proceso en el que se generan ciertos márgenes de libertad a partir de los cuales ellas y ellos crean una afinidad y preferencia por determinada forma de practicar la medicina. Así, la experiencia subjetiva que las y los internos crean de la diferenciación de la profesión contribuye a la subjetivación e individuación y, con ello a cierta identificación personal de cada médico y médica con determinada manera de hacer medicina.

Vale la pena decir que a pesar de que existe cierto espacio de libertad para la definición de una afinidad y una identificación con las diversas formas de practicar la medicina, también es posible identificar la exclusión y la marginación en este proceso. Como veremos más adelante, es frecuente que un alto número de médicas sean expulsadas de las especialidades quirúrgicas y orilladas a generar una afinidad con otros servicios o especialidades más receptivas a su ingreso.

7.2.1 Dominando la diferenciación de la profesión

Durante el internado las y los residentes, deben rotar por periodos de tiempo determinados por los diversos servicios hospitalarios teniendo así la oportunidad de entrar en contacto con las principales especialidades médicas, aquellas denominadas como “especialidades

troncales”: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia y pediatría, así como otras especialidades y servicios hospitalarios como urgencias, psiquiatría, medicina familiar, etc.

En estas rotaciones, los y las internas se familiarizan tanto con los conocimientos y habilidades clínicas cultivadas por las diversas especialidades como con la forma como estas practican la medicina: con sus estilos de práctica médica. La finalidad de dichas rotaciones remite a la formación de las y los médicos internos en los aspectos más básicos del conocimiento especializado de cada uno de los servicios, pero también a la adquisición de experiencia en la consulta, diagnóstico y tratamiento de las principales patologías y condiciones de salud atendidas por cada una de estas especialidades, todo lo anterior, para crear en los médicos generales una imagen panorámica del ejercicio de la profesión.

Néstor: por los servicios por los que tú rotaste durante el internado ¿cuál fue el que más te agradó?

Rodrigo: muy buena pregunta, yo creo que el que más me gustó fue urgencias y el que menos pediatría

Néstor ¿por qué cada uno?

Rodrigo: urgencias me gustó mucho porque nos daban mucha amplitud para trabajar, nos dejaban prácticamente un área para nosotros, era primer contacto, entonces sentía que estábamos más proactivos en el trabajo, me sentía como que un poquito más “trabajando”. Tenía mucho más procedimientos, como que era una situación más dinámica, yo creo que eso es lo que me gustaba mucho urgencias y que podíamos ver un montón de cosas diferentes todos los días era algo diferente, decía: «a ver qué me va a sorprender el día de hoy en urgencias», y pediatría no me gustó tanto, no es que me haya desagradado, pero no me gustó tanto porque creo que ahí creo que el ambiente era un poquito más tenso del trabajo, yo creo que tal vez por las condiciones de los pacientes y porque era un poquito más restrictivo en cuanto a lo que podríamos hacer nosotros, yo creo que por eso no me gustó tanto...

Néstor: ¿para cuál de los servicios te considerabas con más capacidad o habilidad?

Rodrigo: yo creo que, para lo quirúrgico, me gustó mucho cirugía y me gustó mucho gineco, en cuanto a lo de hacer cosas con las manos, creo que era lo que más me gustaba, no estar sentado escribiendo sino estar más proactivo con los pacientes, creo que eso era lo que me gustaba más...

En términos cotidianos, para las y los internos estas rotaciones son de utilidad no solo para familiarizarse con el campo de conocimiento y habilidades clínicas de cada especialidad y servicio hospitalario, sino que también les permiten conocer otras características informales relativas al contexto del trabajo y atención. Las y los internos se incorporan a los equipos de trabajo que laboran en estos espacios, interactuando así con las y los residentes que se forman en la especialidad en cuestión, así como con los médicos de base, los especialistas que laboran en estos servicios.

Paulina: Y pues varía también de servicio, porque, por ejemplo, había unos servicios que eran muy amables con nosotros y otros servicios donde te trataban como basura y otros que eran muy amables del ambiente médico pero la carga de trabajo era excesiva, o sea, había veces en las que eran apenas las 11 de la mañana, y estamos hablando de que 30 doctores ya estábamos devastados, o sea, ya queríamos que se acabara la guardia, pero sabíamos que nos quedaban otras 30 horas más.

Néstor: ¿cómo era esto, en qué servicios era más pesado, en cuáles era más tranquilo?

Paulina: Pues los más tranquilos eran medicina interna, todos los que fueron de consultas, pediatría, había momentos en los que era muy pesado, momentos que era muy ligero. Los más pesados, pues las quirúrgicas, urgencias, urgencias fue el infierno, o sea, cualquier persona que haya hecho internado ahí en urgencias, todos te van a decir que fue el infierno ahí, porque la carga de pacientes que llegaba era, era algo impresionante.

Néstor: Claro. Me decías hace un momento que había unos donde los trataban, algunos servicios donde los trataban mal, o los trataban peor de que en otros, ¿cómo, en cuáles servicios sucedía esto?

Paulina: En cirugía eran donde nos trataban mal, en traumatología dependía mucho el género que fueras, si eras mujer te trataban muy bien los residentes, si eras hombre te trataban muy mal, en neurocirugía es la misma historia, si eras mujer te trataban súper bien, si eras hombre te iba muy mal.

Psiquiatría, no era que nos trataran mal, pero las guardias ahí sí eran un poquito tétricas, porque ahí nos encerraban en un área psiquiátrica, con los pacientes, o sea nos encerraban ahí con ellos, y nadie podía entrar, nadie podía salir, nada más el guardia tenía la llave, entonces sí era un poquito, creo que ahí era un trato feo, pero por el paciente y por el ambiente que nos metían a nosotros.

Nestor: Claro. ¿En cuáles servicios los trataban mejor?

Paulina: En pediatría, en medicina interna, y creo que ya.

Néstor: ¿En ginecología cómo los trataban?

Paulina: Ah, ginecología. Pues es que ahí dependía también del hospital, o sea, por ejemplo tengo entendido, que desde que se quedaban en el universitario, ellos sí los trataron bien, pero yo en el hospital al que me fui, pues era otro hospital que no era de la uni, que la gran mayoría de la población eran residentes del TEC, o de la UDEM, entonces a nosotros de la uni pues sí nos hacían el feo, y si nos, o sea, hubo una residente que tal vez nos dijo, «ustedes son los más bajos de lo más bajo, son los peor de los peor», y si nosotros teníamos una queja, pues no nos hacían caso, y pues nos teníamos que aguantar el maltrato. Pero creo que eso fue porque éramos como, extraños a su misma gente.

7.2.2 Cambio y definición de la preferencia

Una de las características de estas rotaciones es que permite a las y los internos enfrentarse de manera directa a la diversidad de condiciones donde se llevan a cabo los distintos estilos de práctica de la medicina. Sostengo que la adquisición de este cúmulo diverso de experiencias les permite a las y los médicos relativizar el aprendizaje de la práctica médica acumulado hasta ese momento al tiempo que pueden colocar sus propias expectativas y proyectos a prueba.

Diana: al inicio pues no tenía como tan claro todas las posibilidades de la medicina y yo antes y decía: «no pues cirugía me gusta, me gusta anatomía, entonces pues ya obviamente se ocupa» pero ya con el tiempo pues ya la descarté, pero por múltiples factores, o sea, uno, al final de cuentas pues ya vi que no me gustaba tanto estar como en un cuarto encerrado a tantas horas; otro, pues que justo cirugía es una de las especialidades como más machistas a mi parecer y pues, también, al final no me hacía feliz, o sea, no era un ambiente en el que quisiera estar, no me veía trabajando de eso, de verdad, yo cuando estaba en el internado y entraba, por ejemplo, a las cirugías eran ocho horas ahí en el quirófano, o sea, así no. Hay gente que lo disfruta, acepta que es su pasión es estar ahí con el cuerpo abierto y lavando, quitando este suturando, pero pues yo no sé, a mis ojos, es como: «tanto tiempo perdido entre cuatro paredes, no es lo mío», entonces pues sí con esas cosas y cambió como un poco la perspectiva, como de esa ilusión para aterrizar a la realidad...

[...]

Diana: por ejemplo, una de las especialidades que a mí tampoco me gusta o sea bueno no me gusta en el aspecto de que no me gustaría desempeñar como trabajo es gineco porque se me hace muy pesada, a muchos niveles, del paciente, las personas, pues se van a complicar mucho, siento que es una responsabilidad muy grande; Bueno, todos los pacientes no, pero me refiero a que si desde 24/7 cerquita de tu paciente, cuidándolas y por como soy sería muy estresante para mí, porque yo soy como muy paternalista en mis relaciones y médico paciente, entonces, no sé, hay veces que las pacientes lloraban y yo ahí llorando con ellas, entonces pues sí, no, no, no, me iba a salir tan bien mi jugada de ser gineco.

Y pues ser eso o sea yo lo veía más como: «no era pues es demasiada carga de trabajo...

[...]

Ya los últimos meses la carrera me inclinó mucho por dermatología y hasta la fecha es la que tengo en mente...

[...]

...pues cuando vi que me empezó como a gustar la piel fue igual en quinto semestre como porque también hay una materia que se llama anatomía patológica que también es una especialidad entonces es como microscopio todos los tejidos de la piel etcétera y tienes que buscar como diferencias en microscopio que te hagan diagnósticos y después eso vi que se refuerza mucho en derma o sea yo era buena para histología muy buena para la anatomía patológica y en derma se refuerza muchísimo más, o sea, tú tienes que ser muy bueno en histología para saber dermatología y al final como que me encontré ahí, por fin, [...] bueno si hay especialidades que me gustan pero ya cuando vi derma, fue otra cosa totalmente diferente, es algo que me hace como muy feliz de pensarlo y para dermatología lo que se necesitan son primero años de medicina interna entonces también cuando yo llego a medicina interna justo me la dio de clase un doctor de ese hospital y muy padre era una clase muy novedosa aparte de lo que se debe saber aquí en México él nos ponía a leer artículos él era muy bueno explicando nos da como tratamientos nuevos y la doctora Solís con la que me tocó rotar un ratito en dermatología igual, o sea, se me hace una muy buena doctora explicando su área y dije: «no, pues aquí, o sea, este es el lugar si me gusta»

Ahora bien, fue interesante notar que, en este contexto de cambios constantes, se llevan a cabo una serie de rupturas con los propios marcos o ambientes de la habituación a la práctica médica, emergiendo la posibilidad de desarrollar sendos procesos reflexivos por medio de los cuales las y los internos tienen la posibilidad de generar sus propias preferencias al tiempo que pueden contribuir a problematizar su propia identificación profesional.

Néstor: Cuéntame un poco ahora del internado, ¿cómo te fue el internado?

Diana: Internado, ajá, sí, este..., me fue bien, o sea, me fue bien en el sentido de que creo que me llevé bien con todos, a pesar de que no me encantaba cómo se desempeñaban como médicos y como personas.

Académicamente, no me gustó nada porque siento que es un periodo en donde más que aprender, más que aprender algo teórico o práctico [clínico], es más aprender qué tipo de médico quiere ser y yo iba con

una idea como romántica del internado, en donde: «no, es que voy a aprender muchísimo», y en realidad no te da tiempo, porque te ponen a hacer cosas que no creo que te sirvan mucho a lo largo de..., o sea, para lo que vayas a hacer, ya sea que quieras hacer una residencia, o que quieras ser investigador, lo que sea..., para investigador menos pues, pero siento que académicamente se queda muy corto, y que es más un periodo en donde, por lo mismo de que ves a muchos médicos, cómo se desempeñan tanto con sus pacientes como con las otras personas, o sea, a lo largo de la pirámide jerárquica que hay dentro de un hospital, siento que es más como elegir qué tipo de persona quieres ser tú, así como, como, un poco introspectivo, así como ver: «pues creo que yo soy así, entonces muy probablemente vaya a ser como tal doctor», o sea, si ves que no está tan chido, pues puedes decidir hacer algo al respecto, o no [...] eso sí, en ningún otro año lo vives tan a fondo como en ese, como en el internado y pues estuvo bien, pero no lo volveré a hacer jamás.

7.2.3 El “ambiente pesado” y la expulsión de las mujeres de cirugía general

Así como las y los internos tienen la oportunidad de generar una afinidad o una identificación para con los diversos servicios hospitalarios y especialidades médicas, incluso dándoles la oportunidad de cambiar sus preferencias y proyectos inicialmente definidos, también se puede registrar durante las rotaciones el fenómeno contrario, esto es, que a ciertas personas no se les permita la definición de esta afinidad con alguna especialidad, incluso que sean marginadas y coartadas sus posibilidades y deseos de formar parte de ella.

Este es el caso del servicio de cirugía donde tanto médicos como médicas son expuestos a condiciones severas de maltrato. Es interesante notar que dicho maltrato es generalizado, lo viven hombres y mujeres por igual.

Néstor: ¿Cuáles fueron los servicios o las especialidades que menos te gustaron o las que lo pasaste peor?

Diego: Las quirúrgicas.

Néstor: ¿Por qué?

Diego: no es porque las cirugías como tal sean peores, lo que pasa es que las, bueno, en general, esto pasa en general en todos los servicios y en todas las especialidades, pero en general la cultura de trabajo en las especialidades quirúrgicas tiende a ser más dura para los médicos jóvenes, tiende a haber más maltrato, tiende a haber más violencia emocional, tiende a haber más castigos y ese tipo de cosas. No sé por qué. Es una tendencia no exclusiva, por supuesto, pero es lo que al menos yo viví.

Llama la atención que en el grueso de los relatos recolectados para esta investigación este maltrato se ha normalizado, pasando incluso desapercibido en una primera instancia, asumiendo que se trata de una cualidad natural de este servicio.

Néstor: ¿Cómo era el trato por parte de los residentes a los médicos de base?

José Luis: Era muy bueno. Había servicios a los que nos trataban muy feo, por ejemplo, la cirugía general, pero la cirugía general siempre se ha caracterizado por tener un tratamiento pesado. Y es que también dependía mucho de uno como estudiante y, sobre todo, sí, de cómo era el trato. Había gente que nada más estaba ahí para seguir órdenes, llegaban, hacía lo que decía, lo que me pedían y ya. Y pues eso, de una buena forma, debía tener muchos problemas. Pero el problema conmigo es de que si había algo que no me gustaba en la forma en la que me dejaban un paciente o cómo daban un tratamiento, que no me gustaba, en la forma en la que me dejaban un paciente o cómo daban un tratamiento o planteaban algo, sí se los decía: «yo creo que usted está mal por esto, pero siempre con bases científicas»

Y aquí es donde entra el único consejo que me dio mi papá [médico] ya en la carrera: leer artículos.

Sin embargo, en el caso de las internas este maltrato toma un cariz particularmente importante, pues puede ir desde un trato diferenciado, condescendiente hasta un acoso laboral y sexual sistemático (Villanueva Lozano, 2019). Este fenómeno llega a tal grado que se ha institucionalizado en la cultura médica bajo la figura de “la interna”

construcción que alberga una problemática bastante profunda de violencia hacia las mujeres.

Néstor: ¿A ti cómo te trataban [los residentes de cirugía]?

Martha: Ah, no, pues muy bien, pues era la interna, entonces, pues este..., sí, había unos que decían: «vente, tú vas a operar conmigo», o, «a ver, ven, tú ayúdame, y cosas así» [...] algunos se portaban muy amables y nos decían que: «cuándo íbamos a hacer una fiesta y cosas así»

Las internas experimentan un acoso sistemático por parte del personal médico masculino.

Néstor: Hace un momento me decías que no te gustaba el ambiente del quirófano. ¿Por qué no te gustaba, en general? ¿Y por qué dices que te trataron bien o que te fue bien durante el internado en cirugía?

Dulce María: Pues la verdad me fue bien en todos los servicios. O sea, no tengo ninguna queja específica de cirugía, por eso digo que me fue bien.

El ambiente en quirófano... Bueno, no siento que tenga habilidades quirúrgicas, no me gusta suturar. Y pues el ambiente es pesado, las enfermeras quirúrgicas son pesadas, normalmente más como que con el interno, pero están buscando, así como de culparlos de algo. Y hoy no sé, los cirujanos y los traumatólogos también tienen un ambiente pesado, específicamente si eres mujer. O sea, son por decirlo de algún modo bastante, no sé, coquetos, por así decirlo.

Néstor: Abundando un poquito en esto, digo también sin que te incomodes, ¿qué cosas de ese ambiente y de esa coquetería son las que te generan mayor problema? ¿Qué es lo que no te gustaba de esas situaciones?

Dulce María: Pues siempre están haciendo comentarios o como bromas, invitaciones, no sé, y general eso.

Néstor: Y ahorita hace un ratito decías también que el ambiente en medicina interna es diferente, que son más tranquilos, ¿podrías abundar un poquito más en eso?

Dulce María: Pues como que dentro de las subespecialidades los internistas son como los de forma de niño, o sea, lo que más conocemos son menos fiesteros por decirlo que los cirujanos o que los traumatólogos y el ambiente es menos pesado.

Sabemos que hay otras especialidades, o sea, en cirugía, en trauma, que los van castigando mucho, por ejemplo, durante la residencia, que tienen jerarquías muy marcadas, que se castigan mucho y en interna no es tanto así.

Si bien este acoso puede ser hasta cierto punto contenido por las internas, no es infrecuente que pueda escalar a situaciones mucho más graves.

Néstor: Es conocido y digo, es hasta objeto de memes, toda esta cuestión del trato a las internas, ¿cómo te fue a ti?

Paulina: Híjole, pues que era prácticamente la que se dejara, lo que era en área quirúrgica, neurocirugía, cirugía sí eran así, o sea, entre nosotros decíamos, o sea, los hombres decían: «hoy vamos a tener internas», o sea, y ya sabíamos que significaba eso, entonces era así: si te hacían un cumplido, ya dependía pues de cada quien, si le seguía el juego a lo siguiente, o si marcaba, o sea a mí cuando me hacían eso, yo nada más me reía y les decía: «sabe que doctor, yo a eso no le entro» y me alejaba, pero pues había internas que, pues que sí se iban y sí se desaparecían y regresaban ya muy después, pero, por ejemplo, si hubo compañeras, una de ellas estaba prometida, de hecho, le dijeron: «rápido, súbete a tal quirófano, para que fueras asistente» o algo así le dijeron, y ella pues se asustó y ya iba corriendo, y en eso otro residente, que ese residente era muy bueno, la agarró y le dijo: «no subas, no hay una cirugía», como que le dio a entender: va a pasar otra cosa, no subas, entonces ella no sube, y le vuelve a decir al otro residente: «que te subas ya» y ella le grita: «no voy a subir», entonces baja el otro residente con otras intenciones y le dice: «por qué nunca subiste», y ella pues le gritó enfrente de todos: «si me obligas a decir la respuesta, lo digo aquí enfrente de todos», porque ya iba a meter una queja y toda la cosa, y pues ya a partir de eso la dejaron de molestar, pero pues sí, a todos se nos hizo muy..., o sea nunca habían hecho algo tan así, tan evidente de llevar una interna a un quirófano nada más para eso...

Néstor: ¿era una cuestión de acoso o era algo como de coqueteo?

Paulina: Pues en el caso de ese residente, era algo muy alarmante, porque la verdad que ninguna interna quería rotar con él, porque en cuanto lo veías sentías como su mirada que te estaba acosando, o sea, sí te daba muy mal a vivir ese residente, pero el resto de los doctores era como coqueteo, y hasta donde tú te dejaras, si te dejabas pues bueno.

Néstor: ¿Y a este residente que mencionas, nunca se quejaron de él, nunca lo denunciaron, o algo por el estilo?

Paulina: Pues es que como nunca hubo pruebas, como tal, pues nunca procedió, pero pues por ejemplo había veces que otros compañeros que me contaron que entraban a cirugías con él, y que estaba la anesthesióloga, que era su esposa, y que enfrente de él les coqueteaba, entonces todas se quedaban muy alarmadas, pero creo que nunca nadie le metió un reporte o algo así.

Las implicaciones de este fenómeno, por demás naturalizado, son tales que debido a su presencia un conjunto muy amplio de internas, tras vivir la experiencia en este servicio deciden incluso cambiar de especialidad cuando ésta figuraba como parte de sus preferencias y proyectos de desarrollo profesional.

Si bien el acoso y el hostigamiento sobre las internas incide de manera negativa y directa en las aspiraciones y proyectos que ellas tienen para formarse como cirujanas, son el conjunto de condiciones asociadas a esta especialidad las que desincentivan que las mujeres elijan esta trayectoria formativa como una alternativa para su desarrollo profesional.

Néstor: ¿Por qué te gustaba la cirugía? ¿Por qué te llamaba la atención?

Romina: Ah, pues porque el abrir la piel, él estar viendo los órganos y todo... Pero, pues sí, honestamente es una parte de la medicina que..., pues no tienes nada de..., en este momento no tienes nada de contacto con el paciente y es hasta después cuando lo ves, después del procedimiento...

Pero, como yo vi el proceso de, por ejemplo, los residentes que estaban llevando esa especialidad pues no era nada grato, eran muchas horas de trabajo, muchos castigos, muchas guardias, casi no veían a su familia por estar en el hospital entonces, pues sí, ahí aprendí y dije: «no, pues no, yo no, yo no podría y ahora más con mi hijo, pues menos yo dije, no, pues yo voy a querer estar con él también», o sea, hacer un balance, ¿verdad? de trabajo, pero pues también, también, la casa y...

Conclusiones

En este capítulo pude dar cuenta de cómo el proceso de socialización profesional de las y los médicos está constituido por una tensión permanente que apunta en direcciones opuestas, por un lado, busca integrar a las y los médicos a un conjunto de elementos de naturaleza unitaria; simultáneamente, favorece que las y los médicos reproduzcan una tendencia hacia la diferenciación y segmentación de la propia profesión.

De esta forma, puedo sostener que la producción y reproducción de la profesión se lleva a cabo no sólo mediante la socialización de un conjunto delimitado de propiedades que define lo que es ser o actuar como médico, sino también a partir de la reproducción de formas diferenciadas y contrapuestas que definen lo que es ser y actuar como médico. En este sentido esta, investigación se contrapone con buena parte de la tradición y de la bibliografía que ha tratado a este grupo profesional.

A partir de este hallazgo se puede delimitar otro conjunto de resultados no menores de esta investigación, en primer lugar, pude remarcar la naturaleza práctica del disciplinamiento por medio del cual se busca producir sujetos capaces de integrarse a una dinámica de atención al estado de salud de las y los pacientes. Así, el proceso de socialización durante el internado descansa primordialmente en la formación de disposiciones de carácter corporal, se crean cuerpos y disposiciones que puedan integrarse casi de manera mecánica a la actividad laboral hospitalaria.

No debemos olvidar tampoco que la citada integración a la profesión supone también la incorporación a unas determinadas relaciones de dominación, destinadas fundamentalmente a garantizar una distribución de la toma de decisiones y de la responsabilidad. Son estas mismas relaciones de poder las que devienen en formas de control y supervisión del personal que labora en los hospitales, las cuales tienen a su disposición un acervo amplio de castigos y sanciones destinados a garantizar que “las cosas se hagan”.

Encontré también que es en el internado donde las y los médicos interiorizan un *ethos* que no necesariamente remite a un compromiso moral para con la salud y bienestar del paciente, sino que prioriza en su lugar una serie de responsabilidades relativas al desempeño del trabajo. Así, las y los médicos, son disciplinados para desarrollar una responsabilidad para con sus compañeros de guardia, para con sus superiores y sobre todo para con el trabajo hospitalario.

Un último hallazgo relevante remite a que la diferenciación de la profesión no solo posibilita que las y los médicos puedan construir trayectorias específicas de acuerdo con sus gustos, criterios y preferencias, sino que también implica la restricción de acceso a determinadas especialidades o servicios hospitalarios. Este es el caso de la especialidad de cirugía general, así como de otras especialidades quirúrgicas que expulsan sistemáticamente a las mujeres de dichos espacios.

8. Estrategias de reproducción profesional: una apuesta por la especialidad

Introducción

A lo largo de las secciones precedentes he podido mostrar cómo las trayectorias formativas de las y los médicos se encuentran íntimamente estructuradas por una serie de estrategias destinadas, por lo menos de manera proyectada, a orientar el itinerario biográfico de las y los médicos en formación. He argumentado y aportado algunos elementos para sostener que dichas estrategias cambian y se transforman en función del momento y la posición que las personas tienen a lo largo de su trayecto de vida.

En mi investigación he logrado documentar cómo las estrategias que influyen en el proceso de identificación profesional de las y los médicos pasan, en un primer momento, de estar profundamente tuteladas por los intereses y principios ordenadores del ámbito familiar para dar paso, gradualmente, a estrategias generadas bajo los intereses y principios del campo médico. He mostrado así que la diferencia entre un momento y otro radica en el ingreso de las y los estudiantes al campo médico, donde gradualmente, mediante la socialización que supone la formación profesional, van interiorizando, entre otras cosas, un conjunto amplio de esquemas clasificatorios que encarnan los intereses y principios de dicho campo.

De esta forma, los intereses que orientaban las elecciones y las apuestas durante la fase preuniversitaria van siendo desplazados en la medida en que su lugar es ocupado por los criterios y prioridades de la profesión. Sin embargo, este desplazamiento es relativo, los intereses del ámbito familiar y, con ellos también aquellos asociados a las condiciones propias del origen social, nunca son desplazados del todo. En esta investigación sostengo que la persistencia e influencia de los intereses del ámbito familiar es la consecuencia del establecimiento de una *afinidad* con los principios e intereses del campo médico, de esta forma, los intereses familiares son traducidos o refractados por los intereses de la profesión.

Como he indicado antes, dicha afinidad no es otra cosa que la proyección de la inercia de la propia trayectoria y, por lo tanto, de las experiencias acumuladas e incorporadas a lo largo del itinerario precedente (socialización), las cuales devienen en *gustos*, preferencias y criterios de elección por medio de los cuales las y los médicos van eligiendo y construyendo sus propias trayectorias formativas a lo largo de su biografía.

A pesar de que dicha inercia muestra cierta consistencia a lo largo del itinerario vital, esta se encuentra expuesta a una serie de contingencias posibles, lo cual es un indicador de que las trayectorias nunca son uniformes y continuas, el propio proceso de socialización profesional es un ejemplo de estas transformaciones. Como he mostrado en capítulos precedentes, la trayectoria profesional de las y los médicos se enfrenta a momentos desiguales, a rupturas y cambios.

Este es el caso de la culminación del adiestramiento profesional de las y los médicos generales y su entrada al mercado de trabajo. En este momento, las y los médicos generales se enfrentan a una situación caracterizada por su contingencia y por la incertidumbre subjetiva que ella genera. A diferencia de otros momentos previos de la trayectoria⁷² (y posiblemente también de momentos posteriores), las y los médicos generales encaran un horizonte de posibilidades escasamente institucionalizado en el que existe un abanico

⁷² Cabe mencionar que, de cara al acceso al mercado de trabajo, las y los médicos generales se encuentran marginados de las vías altamente institucionalizadas que les ofrece el ámbito hospitalario.

amplio de alternativas para las cuales no basta la inercia de los conocimientos, habilidades y disposiciones incorporadas durante el proceso formativo.

Las y los médicos generales no sólo deben de resolver si continúan o no con su formación como especialistas, sino también la mejor manera para realizar cualquiera de estas opciones. Adicionalmente, en este momento, las y los médicos enfrentan una renovada consideración de temas como la salida del hogar familiar, el emparejamiento, el inicio de una familia, etc.

Hay que decir también que en esta coyuntura aparecen, con claridad, el efecto restrictivo de una serie de factores tanto internos como externos al campo médico que imprimen aún una mayor incertidumbre a la coyuntura y las consideraciones, planes y estrategias que los médicos desarrollan en esta situación. Por el lado del campo médico, las y los médicos generales enfrentan las restricciones y límites de acceso que la profesión les ha impuesto a quienes deseen formarse como especialistas.

Dichas restricciones, objetivadas en una serie de criterios de selección, siendo el más importante el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), crean un efecto hasta cierto punto arbitrario que limita y en algunos casos niega la posibilidad de que las y los médicos generales puedan seguir su trayectoria formativa tal cual ellos y ellas aspiran a que esta se desarrolle.

Dicho examen condiciona las posibilidades de acceso a una especialidad con base en el rendimiento obtenido en el mismo. Hasta el año 2019 este examen sólo permitía el ingreso, en promedio, al 24% de los sustentantes⁷³. Dados los niveles de demanda y de aceptación

⁷³ De acuerdo con los *Reportes académicos* (2001-2022) de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), organismo de la Secretaría de Salud encargado de la realización e implementación del Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), la evolución histórica de los resultados del ENARM muestra algunas características relevantes del desarrollo del campo médico. Llama la atención que desde el año 2001 hasta el 2019 la demanda de médicos que buscan hacer el examen aumentó casi 2.3 veces, esto es más del doscientos por ciento, pasando de poco más de 18,000 sustentantes hasta más de 41,000 en el año 2019. Por su parte, la selección de aspirantes también creció en una proporción similar, esto es,

de este examen es muy frecuente que un conjunto muy grande de médicos sea rechazado, lo que implica para muchas y muchos de ellos el tener que realizar sucesivos intentos en los que las preferencias y la elección de las especialidades se va ajustando a su nivel de rendimiento en el examen⁷⁴.

Néstor: y usted hizo el examen, ¿cuántas veces ha hecho el examen?

Carolina: lo he hecho tres veces, la primera vez, o sea saliendo del servicio social, yo creo que terminé agosto, en agosto, en octubre era el examen, entonces prácticamente saliendo del servicio hice mi examen, y realmente en esa primera ocasión yo sabía que no estaba bien preparada que no había estudiado lo suficiente entonces definitivamente pues no lo pasé, mi primera opción fue para pediatría, bueno pues ya, mi primer año no lo pasé [...] en ese primer año mi primera opción fue pediatría y mi segunda opción fue urgencias y para urgencias me quedé muy cortita, no entré. Y para el

aumentó casi trescientos por ciento en el mismo periodo de tiempo, es decir, en el año 2019 se aceptaron 2.8 veces más médicos que en 2001. Un dato interesante, es que, aunque se puede registrar un aumento considerable tanto en la demanda como en el nivel de aceptación, lo cierto es que la proporción de aceptación se mantuvo prácticamente estable, como ya he dicho, alrededor de veinticuatro por ciento, por más de veinte años. Ahora, cuando esto se analiza en términos netos es posible observar un aumento más que considerable de la cantidad de médicos especialistas en formación, pasando de casi tres mil quinientos a cerca de nueve mil quinientos en el 2019. Se puede decir que esta variación implicó una transformación cualitativa de la estructura del campo médico, en tanto que la presencia de médicos especialistas es cada vez mayor. Ahora bien, a partir del año 2019 se registra un fenómeno aún más interesante, pues se puede observar un dramático cambio en todos los rubros de esta evolución, tanto en la demanda, la selección así como en la proporción de médicos aceptados, baste decir que para el año 2022 más de cuarenta mil médicos generales realizaron el examen, esto es 2.2 veces más que en 2001, mientras que casi dieciocho mil médicos fueron aceptados, esto es 5.3 veces más que en el año 2001, esta proporción de aceptados refleja un aumento de más del doble en la proporción de seleccionados (2.3 veces más que en 2001), así en los últimos años se ha registrado un aumento en la proporción de aceptados de más del doble del histórico registrado hasta el 2019. Estas cifras implican que en el futuro inmediato podremos observar un cambio aun mayor en la composición del campo médico, con más especialistas buscando un lugar en el mercado de trabajo, lo cual puede suponer nuevamente una potencial devaluación y ajuste de la relevancia y prestigio de las credenciales profesionales de estos especialistas, sobre todo si este fenómeno mantiene las mismas pautas de centralización registradas en la oferta de mano de obra que se registran con las y los médicos generales.

⁷⁴ Como parte del examen se predefinen un conjunto de calificaciones mínimas para ingresar a las diferentes especialidades, siendo las de mayor demanda aquellas que requieren mayores puntajes. Dado el conocimiento público de estas calificaciones mínimas (las cuales se adaptan año con año) las y los médicos pueden articular sendas estrategias en función de los puntajes alcanzados, particularmente en intentos previos.

siguiente año, terminé mi servicio y en diciembre creo o un poquito antes fue, ya vete a trabajar, eso fue por parte de mi familia, yo así como que “bueno me voy a esperar a que... tiempo no”, pero ellos como que insistían que ya trabajara, que ya trabajara y bueno pues ya, busqué trabajo y entré a trabajar en una farmacia que acaban de abrir, bueno era así como que voy a hacer mis pininos [...] entré a ese lugar pero no duré mucho tiempo ahí, pues como, si bien hay muchos lugares como... al menos en Tuxpan hay muchas farmacias que tienen consultorio, muchísimas, muchísimas, pero como que la gente va a ciertos puntos, en el centro de la ciudad, entonces donde yo estaba, era un lugar más alejadito, entonces casi no llegaba gente, conocí después a otro señor que iba a abrir otra farmacia en otro lugar, pagaba un poquito mejor, bueno ya, me moví, pero todo ese año estuve trabajando en una farmacia de ese tipo y luego el siguiente año volví a presentar el examen y ahí ya solo nos daban una opción, igual volví a intentarlo para Pediatría, y pues según yo si me había preparado pero pues ya a la hora de hacer el examen fue como: “ah, esto es lo máximo que subí” entonces pues también pues me quedé todavía lejos de alcanzar la puntuación

Néstor: ¿tomó algún curso, o estudio por su cuenta?

Carolina: no, fue por mi cuenta, compre un manual y pues ya, según lo iba leyendo y pues bueno, como tenía pues seguí en la farmacia, después hubo como ciertos conflictos con el dueño, entonces pues ya, afortunadamente tenía un conocido que trabajaba en un hospital privado y pues ya él me recomendó, fui a la entrevista y pues me dijeron, bueno pus sí, y ya me quedé en ese hospital y renuncié a la farmacia, y bueno pues otro año, este, ya para ese tercero compré un curso igual, es un curso que uno tiene que seguirlo, pero era muy parecido a las preguntas del ENARM, era como ese formato y eso yo creo que me ayudó mucho, aparte pues ya eran dos años que había estado trabajando y pues eso también te mantiene revisando, no tanto, ahora que lo pienso pero ya en el tercer año pues decidí: “bueno, yo creo por muchas causas, a lo mejor era que había estudiado lo suficiente pero pues también me puse a pensar, quizá algo me está diciendo la vida y a lo mejor eso no es para mí, y yo creo que lo corroboré cuando entré a trabajar al hospital porque estaba como en un área de urgencias y medicina general al mismo tiempo,

entonces hacía guardias nocturnas y veía de todo prácticamente entonces pues fue así, como que “urgencias no es lo mío”

Néstor: ¿Por qué?

Carolina: yo creo que es un mundo muy estresante, entonces si hay que ser muy hábil, y no era mala, si podía actuar, pero sentía como que no me veo haciendo eso toda la vida, estando bajo situaciones de estrés tan frecuentes entonces no era lo mío...

Néstor: cuanto tiempo estuvo, ¿un año?

Carolina: en urgencias, un año, lo que pasa es que en ese hospital, era en la guardia nocturna estaba el consultorio y a ladito estaba un área chiquita de urgencias y pues también tenía pacientes, un área de hospitalización como de veinte camas, más o menos, entonces en la noche, el único médico que estaba de guarda pues era una, y pues tenía que estar en la consulta, si llegaba la urgencia, tenía que ir a ver la urgencia, si se ponía mal un paciente hospitalizado pues era ir a ver al pacientito y bueno ya dependiendo, por ejemplo, el hospitalizado pues tenía su médico particular, y entonces pues ya uno veía si podía manejarlo, si tenía que llamarle a su doctor y resolver, y la urgencia por ejemplo si era algo sencillo pues igual yo lo podía manejar y muchas veces así lo hice, pero si por ejemplo, como era privado, si el paciente dice: “quiero que venga el internista, quiero que venga el pediatra” pues ya le llamábamos y la consulta general pues también, le decían a la persona, “quiere pasar con el médico general o quiere que le hablemos a un especialista”, “no pues paso con el médico general” entonces pues veíamos ahí que una herida, que una intoxicación, cosas así sencillas, entonces pues ahí estuve en contacto con los tres servicios y yo creo que fue donde dije “creo que me gusta más, en general, me gusta más la medicina para ver a todos, algo no tan especializado y pues que pudiera seguir explotando como que todas las áreas y algo que no sea tan estresante para mí, ahí me di cuenta de que lo estresante no es lo mío.

[...]

Néstor: regresando a la cuestión del examen... ¿por qué eligió medicina familiar? ¿que sabía de medicina familiar?

Carolina: pues cuando yo hice el internado empecé a conocer Medicina Familiar [...] tenía residentes de Medicina Familiar, y por ejemplo ellos allá como eran los únicos residentes pues rotaban en todos los servicios y en el servicio de urgencias, y esa fue la primera vez que los conocí y me agradó el hecho de que pudieran, se supone que tienen la habilidad de conocer en todas las áreas, llevar el manejo de los pacientes y detectar aquellos que requieran alguna atención especializada, si me agradaba la idea pero no sé, era una opción también me di cuenta de que tenía muchas deficiencias y bueno ya después de los dos años que presenté para pediatría el tercero fue como más de analizar, o sea, pues por qué lo quiero hacer, sólo porque me parece que es un buen reto o porque realmente me gusta y como estuve en la práctica general pues creo que siempre me gustó eso, saber de todo, y tratar de hacer lo mejor pues en cada aspecto, no nada más limitarse a ver un niño, no limitarse a ver a la mujer o un viejito y pues nació la idea “bueno, yo creo que el médico familiar no es menos, es como quien debe llevar la batuta, quien debe, ahora sí que quien tiene la salud de las personas en sus manos y la capacidad de mejorar la salud de prácticamente todos, porque es el primer contacto, o sea de él dependen muchas cosas, los programas de prevención, pues hacer entender al paciente cómo está su enfermedad, seguirlos vigilando de forma continua no te quedas nada más con que lo vi en esta ocasión y ya no sé qué pasa con él durante el resto de su vida, es el médico de cabecera, entonces, yo creo que pues ahora sí que la salud en cuanto a la oportunidad de mejorar reside en el primer nivel [...]

Así como el ENARM puede condicionar las estrategias profesionales de las y los médicos, otros factores sociales, externos al campo médico, pueden restringir o incidir en la dirección que toman estas trayectorias, tal es el caso, por ejemplo, de restricciones de carácter económico, problemas familiares o de salud que demandan a las y los médicos una resolución inmediata de dichas situaciones como puede ser el postergar o suspender la búsqueda de una mejor formación (por medio de la especialidad) para favorecer el acceso inmediato al mercado de trabajo aún bajo las condiciones desfavorables antes citadas.

En resumen, sostengo que la imperativa naturaleza de esta coyuntura implica para las y los médicos una revaloración y ponderación de aquellos intereses que perdieron peso relativo

durante la socialización profesional. Sin embargo, y esto es de suprema relevancia, la citada revaloración de estos intereses ocurre fundamentalmente mediada por los ahora predominantes intereses de la profesión médica. De esta forma, las y los médicos generales expresan sus preocupaciones por aspectos diversos de sus propias trayectorias vitales a través de las categorías y criterios de la visión del mundo médico.

En las siguientes líneas analizaré algunas de las estrategias que las y los médicos generales despliegan en este momento de su trayectoria de cara a la elección de una especialidad. He omitido el análisis de las estrategias de las y los médicos generales que optan por integrarse al mercado de trabajo sin especializarse, tampoco he considerado las estrategias de adaptación de quienes llevan a cabo una disrupción radical en sus trayectorias que los lleva a abandonar la formación médica. Ambas son áreas potenciales para investigaciones futuras.

La intención de analizar las citadas estrategias en este momento de las trayectorias remite a que estas hacen uso activo de sendos esquemas clasificatorios y generativos en los que se puede apreciar el efecto del prolongado e intenso proceso de socialización profesional. El supuesto sobre el cual se sostiene este postulado es que la comparación de dichos esquemas a lo largo de la trayectoria formativa nos permite observar la gradual incorporación de los intereses, criterios y principios del campo y la profesión médica.

Ahora bien, como he mencionado líneas más arriba, durante este momento de la trayectoria las y los médicos revaloran un conjunto de criterios e intereses no meramente médicos, así, el análisis de las estrategias de reproducción profesional nos permite captar por un lado un alto nivel de incorporación y asimilación de los intereses médicos, pero también la forma como esta asimilación se integra, media, se sobrepone o incluso puede entrar en conflicto con otros intereses no médicos.

Si bien el momento de la trayectoria analizada puede ser interpretado como una coyuntura en la que se visibilizan en mayor medida la influencia de intereses no médicos, en realidad, la mediación e integración de ambos conjuntos de intereses devienen en la forma como se

constituyen los intereses profesionales, dicho en otras palabras, los intereses del campo médico nunca son sólo médicos, integran (median) en su estructura los principios y criterios ordenadores del mundo lego.

Este es uno de los principales hallazgos de esta investigación, de hecho, esta postura apunta a indicar que el desarrollo de una identidad profesional sólo adquiere sentido al interior de un conjunto de horizontes que se encuentran al exterior del campo médico, tanto de manera sincrónica como diacrónica, lo cual pone en cuestionamiento uno de los principales supuestos sobre los que se sostiene la literatura sobre los procesos de profesionalización, socialización, e identidades de las y los médicos.

Lo anterior quiere decir, que no es posible comprender la identidad de las y los médicos, si no prestamos atención a factores que siempre están presentes en el itinerario formativo, esto es, que acompañan a las y los médicos de manera permanente (de forma sincrónica), un ejemplo de ello puede ser el género, el proceso formativo se encuentra en menor o mayor medida estructurado en por lo menos dos formas hegemónicas, hay médicas y médicos y, aunque las diferencias puedan parecer sutiles (y por momentos casi eclipsadas por los intereses del campo médico), en realidad se pueden observar de manera latente dos formas de llevar a cabo la identidad profesional de la medicina.

En sentido diacrónico hay que recordar que no hay forma de comprender el proceso de identificación de las y los médicos si no se pone atención en la inercia del pasado, en los efectos que origen social y su posición de clase y, de igual forma, es imposible comprender el proceso de identificación sin atender a las aspiraciones y proyectos a futuro, a las estrategias de las y los médicos. Sólo teniendo en cuenta estas coordenadas, estas relaciones, es posible dotar de sentido a las prácticas, elecciones y definiciones por medio de las cuales las y los médicos estructuran su identidad como profesionales de la medicina.

8.1 La búsqueda de los principales capitales médicos: capital clínico vs capital quirúrgico

En esta investigación pude identificar dos tipos de estrategias profesionales predominantes entre las y los médicos que buscan realizar una especialidad médica y que sobresalen por su naturaleza generalizable, esto es, que sus principios y criterios pueden identificarse en mayor o menor medida en la totalidad de las estrategias delimitadas en esta investigación.

Quizá dicha naturaleza generalizable descansa en el hecho de que cada una de ellas remite a la influencia de los principales capitales predominantes en el campo médico: el capital clínico y el capital quirúrgico; el primero, se encuentra constituido por la posesión de conocimiento médico especializado, así como por la incorporación de habilidades de diagnóstico, mientras que el segundo remite al dominio de habilidades y destrezas de carácter quirúrgico.

La relevancia y trascendencia de dichos tipos de estrategias se complementa por la presencia e influencia de un par de factores adicionales relevantes, el primero, que cada una de estas estrategias remite a las dos principales especialidades en que se ha institucionalizado la diferenciación interna de la profesión médica: Medicina interna y Cirugía, cada una a su vez, representante y fundamento de un conjunto más amplio de subespecialidades asociadas; el segundo factor, remite a que cada uno de estos capitales y especialidades se encuentran asociados a una menor o mayor probabilidad de garantizar un ingreso económico que les permite a las y los médicos mejorar o mantener su posición en el espacio social.

En este sentido, se puede observar en estas estrategias la confluencia, mediación y, en ocasiones, el conflicto que se establece entre el efecto de la socialización profesional, el cual interioriza los intereses del campo y profesión médicos y la influencia de los principales intereses del ámbito familiar y del espacio social en su conjunto, como veremos más adelante, en estas estrategias se puede dar cuenta de la forma como las y los médicos buscan cierto balance y coherencia, cuando esto es posible, entre los criterios ya citados o

adaptación, cuando las condiciones de su propia trayectoria los llevan a aceptar la primacía o el detrimento de alguno de dichos principios.

Santiago es residente de Medicina interna y es hijo de dos profesionistas jubilados que durante su vida laboraron en actividades vinculadas al funcionamiento de la institución médica, particularmente dentro del IMSS. Cuando Santiago estudiaba, los niveles de capitales económico y cultural en su hogar eran medios o altos, los cuales le permitieron formarse en escuelas privadas hasta el ingreso a la universidad. Estudió la carrera en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Sus rotaciones como estudiante y como interno fueron en el Hospital universitario asociado a dicha universidad; por su parte realizó el servicio social en un centro de salud de una comunidad rural. La trayectoria de Santiago lo llevó a formarse fundamentalmente en instituciones hospitalarias públicas, así estuvo expuesto a las condiciones asociadas a este tipo de instituciones: escasez relativa, aprendizaje de capacidades prácticas, particularmente de habilidades clínicas y quirúrgicas y como parte de estas últimas, una notable capacidad para realizar procedimientos (“manitas”).

Santiago : [...] yo quise estudiar medicina interna por gusto, entonces al momento de la selección, medicina interna, presentas el examen, antes de presentar, hay ciertos hospitales, hay ciertas instituciones en las cuales tú desde antes de presentar el examen ya sea que las pases o no tú vas a entrevistarte, tú vas y dices pues a mí me gustaría estar aquí, me gustaría hacer mi especialidad aquí, entonces te entrevistan, te hacen un examen psicométrico, te levantan tu registro y la decisión de si entras o no, no es nada más que te vaya bien en la entrevista, obviamente tienes que pasar el examen nacional sí o sí...

Néstor: ¿ese fue tu caso, tú hiciste entrevistas en hospitales?

Santiago: no, yo no, porque no quise la verdad, por decir, en el hospital universitario ahí de Monterrey si era una de las instituciones en las que te puedes entrevistar, pero yo la verdad es que no me llamaba la atención, digo, para hacer medicina interna... entonces yo no me entrevisté

Néstor: ¿por qué no te llamaba la atención hacerlo ahí?

Santiago: pues es que, pues son, por decir, la mayor parte, hay hospital universitario en Monterrey, Guadalajara también, Guanajuato, pero en Monterrey y en Guadalajara, que yo conozca, se mueve mucho de conocidos, de palancas, de si conozca a un doctor pues obviamente se les da preferencia y pues también se me hace que la experiencia que se puede adquirir en el IMSS a mí se me hace que son mayores beneficios en el IMSS en comparación con el universitario

Néstor: ¿tú crees que obtienes más experiencia estando en el IMSS?

Santiago : yo creo que sí, la cantidad de pacientes que se ven en el instituto es impresionante, son obviamente, también hay de hospitales a hospitales, no es lo mismo un Hospital General de Zona que son de segundo nivel, a una Unidad Médica de Alta Especialidad que son de tercer nivel pero por decir, al menos en mi formación, yo estoy en segundo año de la especialidad, el primer año lo hice en un General de Zona, la cantidad de pacientes en cualquier General de Zona del país es impresionante y son casos que llegan por cualquier cosa... ahí es donde se adquiere experiencia, se adquieren habilidades y destrezas pues que van a permitir, ahorita en el hospital de tercer nivel pues es más para desarrollar teoría y también por ser de tercer nivel se permiten ver casos más raros, pero que no sean comunes no quiere decir que no existan, entonces a mí se me hace pues importante saber que existen las leucemias, saber que existen las presentaciones de las leucemias que particularmente casos de hematología eran casos que nunca atendíamos en un general de zona

Néstor: ¿tú crees que este fue uno de los criterios decisivos para definirte a qué hospital ir, la idea de la experiencia?

Santiago: sí, yo digo que sí

Néstor: ¿algún otro criterio que tu consideres que sea importante?

Santiago : pues en el ámbito laboral por decir en el IMSS, se maneja mucho con base en la antigüedad, los beneficios que te otorga cierta antigüedad en el IMSS van creciendo en el tiempo y va a haber un

momento de si en un futuro terminando mi especialidad decido tener trabajo en el IMSS pues ya son cuatro años que te cuentan como antigüedad que son los cuatro años de la residencia y pues eso también se me hace importante, además de que pues ya habiendo visto las presentaciones, los beneficios que tuvieron mis papás en el instituto digo, la verdad es que es un punto muy importante, tener algo seguro, tener un sueldo seguro, porque por fuera, pues por fuera como médico privado te puede ir bien o te puede ir mal, pero ya trabajando en el seguro es un sueldo que vas a percibir durante el resto de tu vida.

El relato de Santiago nos muestra que la elección de su especialidad y, sobre todo, de las sedes en las cuales él se ha formado como residente lo han llevado a priorizar los intereses del campo médico, particularmente la adquisición y acumulación de capital clínico, el cual a su juicio se va afinando a lo largo de la trayectoria formativa para acumular la mayor cantidad de conocimiento especializado y capacidad diagnóstica, las cuales, como veremos, son dos de las características definitorias de la especialidad de Medicina interna.

El relato de Santiago nos muestra también cómo en la estrategia diseñada por él, ha visualizado el incorporarse laboralmente como médico especialista al IMSS una vez él hubiese finalizado su formación como residente, al respecto llama la atención la organicidad o naturalidad con que él proyecta sus aspiraciones formativo-laborales. Santiago asume que la formación como especialistas lo llevará con cierta facilidad y conveniencia a integrarse laboralmente a esta institución.

Esto último denota dos elementos que no están presentes de manera explícita en el relato de Santiago pero que vale la pena objetivar pues nos permitirían comprender aquellos aspectos tácitos del discurso de nuestro entrevistado, en primer lugar, es conocido en el campo médico mexicano (como veremos más adelante) que la especialidad de Medicina interna cumple plenamente su función en el marco de su integración en la división del trabajo al interior de la institución hospitalaria, es una especialidad que se desempeña típicamente al interior del espacio y el ámbito hospitalario.

A lo anterior se suma el que dicha especialidad, a pesar de contar con un alto dominio de capital clínico, así como de un alto nivel de prestigio (capital simbólico), carece de las posibilidades de verse adecuadamente remunerada en el mercado de trabajo fuera del sistema público de salud, por lo cual, cumplir con las aspiraciones de movilidad social asociadas a la formación profesional, sólo se puede lograr mediante su integración laboral a la institución hospitalaria, particularmente, a su “algoritmo de atención”.

En segundo lugar, la estrategia de Santiago remite a una regularidad frecuente en el campo médico en México, esto es, a su muy probable incorporación laboral al IMSS una vez finalizada su trayectoria formativa, dado el nivel de contratación anual que tiene dicha institución⁷⁵ pero también por la experiencia y conocimiento de su propia familia, quienes laboraron en ella.

En contraste con la trayectoria de Santiago, se puede ver en el siguiente relato, la estructuración de una estrategia similar, en tanto que, apuesta también por Medicina interna, pero a diferencia de la estrategia e Santiago, en este caso, el entrevistado, elige una subespecialidad que si bien mantiene el predominio de los intereses del campo médico considera también otros criterios, como su potencial desarrollo económico.

Joaquín es residente de Nefrología, para llegar a esta subespecialidad primero se formó como especialista en Medicina interna. Joaquín es hijo de una ama de casa y de un profesionista del turismo, al momento en que comenzó su formación profesional, su hogar disponía de un nivel de capital económico bajo y un nivel medio de capital cultural. Su trayectoria formativa lo llevó a estudiar la carrera de medicina en la UAM-Xochimilco y a rotar por las principales instituciones públicas de salud. El internado lo realizó en un Hospital de segundo nivel del IMSS y el servicio social en una comunidad rural. Es posible decir que su itinerario formativo lo ha llevado a formarse en instituciones donde privan

⁷⁵ De acuerdo con el *Informe de labores y programa de actividades* (de 2015 a 2022) del IMSS, dicha institución ha contratado anualmente en los últimos años a 4810 médicos y médicas especialistas en promedio, esto es, casi 18% más que los médicos especialistas que egresan de dicha institución, lo cual deviene en un dato relevante cuando se considera que el IMSS ha formado en los últimos años a poco más del 50% de los médicos residentes en el país.

ciertas condiciones de escasez de recursos (“medicina basada en existencias”) y donde la práctica médica descansa sobre todo en las habilidades clínicas (o, en su caso, quirúrgicas) de las y los médicos.

Néstor: Después, inmediatamente hiciste el examen para la residencia, trabajaste, ¿pudiste estudiar?

Joaquín: Ese examen a la residencia no lo pasé, bueno sí lo pasé, pero no me alcanzó para medicina interna, quedé a decimales, cerró en 72 o algo así yo saqué 72 cerrados.

Luego me esperé un año porque me metí a un curso, volví a presentar, igual quedé a decimales, volví a hacer otro curso, y ya fue que pasé a entrar al tercer examen.

Néstor: Durante esta etapa ¿qué cosas estabas haciendo aparte de estudiar los cursos?

Joaquín: Pues nada más me metí a los cursos y estaba de “nini”.

Néstor: No trabajaste, no hiciste nada por el estilo.

Joaquín: No, no, no, me centré en estudiar lo más posible.

Néstor: ¿Tus padres qué te decían durante estos dos años?

Joaquín: Pues que si de verdad yo tenía las ganas de hacer la especialidad, que me abocara porque sabíamos que iba a ser complicado entrar a la especialidad y afortunadamente sí lo logré.

Néstor: ¿Nunca consideraste quedarte como médico general?

Joaquín: Sí lo estaba considerando, de hecho, era uno de mis temores de que me fuera a quedar como médico general, sino porque dije a lo mejor no estoy tan bien formado y ni siquiera voy a ser un buen médico general.

Entonces como que traía ese “issue” de: «tal vez si me hubiera formado en la UNAM le hubiera podido sacar un poquito más de provecho a mis años de escuela, y hubiera pasado a la especialidad, o hubiera sido un mejor médico general.»

Néstor: Me decías que tú ya sabías en este momento que querías hacer medicina interna. En todos los intentos ¿fue medicina interna?

Joaquín: Todos fueron medicina interna.

Néstor: ¿Por qué no intentaste otra especialidad?

Joaquín: No me llenaban. La otra que me pudo haber llamado la atención fue cirugía, pero sentía que ya no me satisfacía nada más quedarme con el coser y pegar. Sentía que no era suficiente.

Néstor: Ok. En este momento ¿tú estabas más o menos consciente de que posiblemente como internista no ibas a tener tantas posibilidades de tener una remuneración económica alta? ¿Qué es lo que te motivó a mantenerte en medicina interna?

El hecho de saber y de decir: «a lo mejor no gano tanto, pero yo sí sé, yo te puedo resolver lo que el cirujano no: «ni siquiera le pasa por aquí, no los sacas de coser y pegar», cosas que a lo mejor son muy evidentes, pero como no es de su formación, se les pasan.

Néstor: En términos de expectativas laborales, ¿qué expectativas tenías? ¿qué planes o qué tuviste en ese momento? ¿qué te pensabas que ibas a hacer en términos de lograr una chamba?

Joaquín: Pues mi intención era hacer ya nefrología, y pues, así como que mi sueño era de: si me da chance, mi tío el [cirujano] plástico, pues me voy a su clínica, que me permita ver a sus pacientes, para hacer valoración preoperatoria, yo se los preparo para que los opere y pues que me permita anunciarme, hacer como una especie de torre médica donde haya un ginecólogo, un pediatra, ellos cirujanos plásticos, yo internista, nefrólogo.

Mi intención en un principio era terminar medicina interna y después hacer nefro, ya cinco años fue más que suficiente.

Entonces mi tirada era eso y ya, así como de bueno, pues ponerme mi consulta ahí y aprovechar un poquito de mi vida, un poquito del renombre que ya tiene mi tío y tener esa torre y la infraestructura para ya tener donde salir a trabajar.

Néstor: ¿Hablaste con tu tío en algún momento durante este proceso de los exámenes?

Joaquín: Sí, sí, sí.

Néstor: ¿Te ofreció ayuda?

Joaquín: Sí, sí, cuando le dije que quería ser internista, casi se infartó porque me decía que yo era muy inteligente y que estaba desperdiciando mi talento. Bueno, primero le dije que quería ser uro.

«¿Cómo vas a ser uro?» Los urólogos son medio raritos porque nada más se la pasan agarrando las miserias a las personas, dijeras, bueno, son mujeres como el ginecólogo, todavía. Ser urólogo es ser ginecólogo de hombres. Y luego me giré todavía más y le dije que quería ser medicina interna y él pensó que me quería quedar nada más como internista. Pues no, «por lo menos los urólogos no se te mueren de hambre», «aunque no me guste, pero bueno»

Y luego ya después se enteró que nefro y me dijo, bueno, está bien.

Néstor: ¿Por qué consideras que nefrología fuera más aceptado por tu tío?

Joaquín: Más bien, porque, no me ha aceptado, sino que de repente se dio cuenta de que no me quería quedar como internista nada más. Dijo: «bueno, estás haciendo algo más, a lo mejor no te va a ir tan mal»

Y pues la nefro es puro “coco” y mucha ciencia. «Ya te reivindicaste de que te tenían el concepto de cerebritito»

Néstor: ¿En cuánto más te sub especializas dentro de la medicina interna, hay más posibilidades de mejorar tus ingresos?

Joaquín: Sí, en algunas, no en todas.

Néstor: ¿En cuáles sí y en cuáles no?

Joaquín: En general en todas, pero más bien hay un par más que todavía te permiten como un poquito más que son cardiología, gastroenterología, nefro, tal vez, neumología porque haces

procedimientos, entonces esos procedimientos pues te permiten cobrarlos y ganar un poquito más a diferencia de otras. No sé, a lo mejor a los “oncos” [oncólogos] también les va bien por las “quimios” [quimioterapias]. No estoy muy seguro, pero las especialidades que te hacen procedimientos y sobre todo procedimientos invasivos te permiten ganar un poco más. El neumólogo hace las broncoscopías, el gastroenterólogo hace endoscopías, ese tipo de cosas y nosotros ponemos catéteres de hemodiálisis, catéteres de diálisis, puedes hacer biopsias.

Entonces como que esa parte quirúrgica te permite pues ganar un poquito más. No es lo mismo colocar un catéter Mahurkar que a lo mejor te lleva cinco mil pesos por colocarlo, a andar dando consultas de ochocientos hasta que llegues a sus cinco mil pesos.

El relato de Joaquín nos permite observar un conjunto amplio de criterios directamente asociados con este principio de división del mundo médico, particularmente, con la proyección de una mejora en las condiciones del ingreso, como se puede apreciar en este relato (y como es rutinariamente conocido en el día a día del campo médico). Las especialidades que por la propia naturaleza de su actividad implican el llevar a cabo una mayor cantidad (y quizá complejidad) de “procedimientos” les permiten capitalizar de mejor manera sus ingresos económicos, sobre todo si estos se realizan en el marco de la “medicina privada”, este es el caso de las especialidades quirúrgicas. Por su parte, en el polo opuesto de esta distinción, existe un conjunto de especialidades cuyo capital principal es el conocimiento especializado, su capacidad diagnóstica, pero que, carecen de una capacidad de lograr que estos recursos propios del campo médico se puedan reconvertir en capital económico, este es el caso de especialidades como la medicina interna.

Hay que decir que la posesión de mayor conocimiento especializado, así como del dominio de una notable capacidad diagnóstica se encuentra altamente valorada al interior del campo médico, de hecho, como ya he mencionado antes, se trata de uno de sus principales capitales específicos, si no es que el más importante al interior del mismo, y, por lo tanto, deviene en una fuente de prestigio (capital simbólico) toda vez que son estas especialidades las que pueden resolver (diagnosticar) las interrogantes y los problemas de conocimiento

que la práctica médica ofrece a esta profesión o, por lo menos, a quienes dentro de ella se encuentran más influenciados por el sentido científico de la práctica médica.

Vale la pena mencionar que llega a tal grado la relevancia de este capital que puede ser definida como la fuente principal de *illusio*, esto es, del interés específico del campo médico y, por lo tanto, el principal responsable de alterar y desplazar los intereses externos a al mismo. Esto último puede reflejarse claramente en el cambio de las preferencias e incluso de las estrategias de las y los médicos durante su proceso formativo. El relato de Joaquín muestra un ejemplo especialmente notable de este fenómeno toda vez que inicialmente, al momento de elegir la educación profesional como médico, tenía proyectado formarse como cirujano de cara a laborar en el futuro con su tío, quien es cirujano plástico.

Ahora bien, aunque la elección de especialidades donde prima la adquisición de conocimiento y de habilidades diagnósticas puede ser un capital relevante y prestigiado al interior del campo médico, este interés no es igualmente válido fuera del mismo. Como he mencionado más arriba, durante esta etapa las y los médicos con frecuencia revaloran su porvenir en el marco de los intereses y principios del ámbito familiar y del espacio social en su conjunto, en este sentido es frecuente que reconsideren sus nuevos intereses a la luz de las estrategias y aspiraciones familiares. Nuevamente, el relato de Joaquín nos permite observar tanto la incidencia de estos intereses como los cuestionamientos activos por parte de las familias con la intención de influir en la definición de las renovadas estrategias profesionales.

En este relato de Joaquín se puede apreciar, mediante la recreación de la comunicación con su tío, cómo las y los médicos ajustan sus preferencias⁷⁶ para tratar de equilibrar sus aspiraciones, por un lado, para lograr una posición favorable al interior del campo médico, posición determinada según el propio capital específico que opera en este espacio, pero por

⁷⁶ Vale la pena anotar en este diálogo recreado en el relato de Jorge, el conjunto de criterios de género que son movilizados para la definición de una especialidad, esto lo veremos más adelante.

otro, también para garantizar una cierta movilidad social que les asegure una mejora en sus condiciones económicas y en la obtención de cierto prestigio de cara a la sociedad.

Así, Joaquín nos muestra un panorama de las posibles subespecialidades, dentro del espacio de la medicina interna, que potencialmente le podrían garantizar un ingreso mayor. Como ya mencioné antes, dichas subespecialidades son aquellas que pueden realizar una mayor cantidad de procedimientos. Aunque el relato de Joaquín nos permite observar este panorama de opciones, también nos permite apreciar la naturaleza negociada de la definición de las estrategias. En este caso, Joaquín argumenta a favor de una subespecialidad, nefrología, que si bien tiene cierta salida positiva hacia el mercado de trabajo (por lo menos mayor que la de quienes se forman como meros internistas) cuenta sobre todo con una gran legitimidad, dada la cantidad demandada de conocimiento especializado; de esta forma, Joaquín puede defender su posición y elección frente a su tío mediante el uso del prestigio asociado con la posesión y dominio del conocimiento especializado.

Estas anotaciones, nos permiten observar adicionalmente la forma en que las estrategias profesionales de las y los médicos se encuentran encaminadas a reproducir una clausura y un monopolio sobre cierto ámbito delimitado de la práctica médica, ya sea un tipo específico de conocimiento, o como en este caso, la capacidad de realizar cierto tipo específico de procedimientos sobre los cuales obtienen un derecho para su usufructo exclusivo en el mercado de trabajo. No se debe perder nunca de vista que esta búsqueda por una posición reservada en el mercado de trabajo del campo médico articula toda una serie de delimitaciones y distinciones que irán articulando el proceso de profesionalización de los especialistas. Regresaré sobre esto último más adelante.

Antes de finalizar con el análisis del relato de Joaquín hay que decir también que en esta coyuntura del itinerario vital de las y los médicos, si bien existe una reconsideración de los intereses del ámbito familiar en buena medida esta se lleva a cabo a la luz de futuras estrategias propias encaminadas a consolidar una vida en pareja y/o la formación de una familia propia. Como veremos más adelante, esto último es particularmente marcado en los

relatos de las médicas; los varones con frecuencia omiten este criterio, por lo menos en la elaboración discursiva de sus propias trayectorias.

En contraste con los relatos anteriores, en los próximos es posible identificar un tipo de estrategias profesionales por medio de las cuales, las y los médicos ponderan la adquisición del otro de los capitales estructurantes del campo médico: el capital quirúrgico, esto es, principalmente, un conjunto de habilidades y capacidades, destrezas de carácter manual y, por cierto, también de cierto acervo de conocimiento especializado que habilitan a las y los especialistas de las áreas quirúrgicas para monopolizar cierta posición al interior del campo médico.

Hay que llamar igualmente la atención sobre el hecho de que las estrategias profesionales basadas en la elección de especialidades quirúrgicas también están profundamente estructuradas por la búsqueda de un segundo capital asociado: el prestigio (o capital simbólico), sin olvidar adicionalmente que dichas estrategias son las que mejor se pueden considerar como un medio para asegurar el acceso a montos relevantes de capital económico y por lo tanto como una de las mejores formas de garantizar la reproducción social fuera del campo médico, esto es, mantener o mejorar la posición que se ocupa en el espacio social.

El siguiente relato, de Patricia, es una historia de vida compleja, pues hace uso constantemente de referencias implícitas hacia momentos anteriores de la propia narración, por ello, me he visto en la necesidad de reconstruir parcialmente el mismo con la finalidad de reorganizarlo. Es por ello por lo que la o el lector podrá encontrar ciertas discontinuidades y reiteraciones. Una acotación adicional remite a que la estrategia de Patricia se articula no en el momento del egreso sino incluso antes, desde la definición de la sede del servicio social. Esta es una táctica comúnmente utilizada por las y los médicos de cara a generar cierto capital social y la confianza que les pueda facilitar la permeabilidad futura de las barreras de acceso que ciertas sedes hospitalarias y especialidades implementan con la finalidad de seleccionar a las y los futuros residentes.

Patricia es residente de Cirugía general en espera de derivarse hacia Cirugía plástica; es egresada de la UNAM-CU.

Néstor: me decías que pensaste también en irte a un instituto, ¿por qué querías irte a un instituto? [como sede del Servicio social]

Patricia: esa es otra historia, porque hasta ese momento de mi vida según yo iba a hacer medicina interna, neurología, entonces sí, mi tirada era medicina interna, sabía que nada más eran dos opciones o me quedaba en Centro Médico en [CMN] Siglo XXI o me quedaba en [el Instituto Nacional de] Nutrición, entonces siempre han dicho que si te quieres quedar en una sede ahí [en Nutrición] tienes que hacer ahí el servicio, entonces, yo dije no pues si quiero medicina interna pues mejor me voy a hacer el servicio ahí ya que me conozcan y de una vez aplico a la medicina interna en el instituto pero en ese momento de verdad no le pude decir que no he enseñado o sea lo vi y ya lo demás ni me importó y dije tengo que aprovechar esto...

Néstor: ¿por qué querías hacer medicina interna en ese momento? ¿qué pasó?, ya has dicho que te había gustado también otra cosa, cirugía creo...

Patricia: es que, en sí, yo entré a la facultad porque yo quería ser neurocirujana porque siempre me gustaba mucho neuro, entonces, yo quería neurocirugía pero en el internado, aunque no roté por neurocirugía, los pacientes que había de neurocirugía todos se morían horrible, ni los querían operar y dije: «ay no, qué horror», y luego con los cirujanos que me tocaron de cirugía general, dije: «no voy a aguantar un año de esto, o sea, voy a estar haciendo cosas que ni me gustan y luego que me estén tratando mal, sin comer y sin dormir, «no, no voy a aguantar», entonces, me acordé de Medicina interna y no es así como que me apasione y todo, pero sí me gusta y leía y lo entendía y me parece muy cómodo porque básicamente lo único que hacen es notas y comer, entonces, estaba rico, pero pues fue algo muy chistoso, porque ese año estudié un chorro y cuando hice el examen para medicina interna me fue súper bien, entonces, fui la número 83 de todos los que aplicaron para MI [Medicina interna] pero no me sentí feliz y yo lo sabía, o sea, desde un principio cuando «le puché», cuando le puse: «medicina interna», sientes así como un algo y no me

sentí bien y, dije: «ah ya la cagué», pero como no lo puedes cambiar pues ni modo, o sea, yo en mi negación dije: «no, me voy a poner a estudiar, seguramente ya cuando aplique el examen y vea mi hoja, wow, me voy a sentir súper bien», pero no, llegó ese día, saqué el examen, me fue bien y, no, me sentí peor porque dije: «no, a quién engaño, esto no es lo que yo quería»...

[...]

... ni siquiera me inscribí ni nada, simplemente no seguí el trámite, o sea, no apliqué a ningún hospital ni nada...

[Patricia, a pesar de obtener un puntaje suficiente para ingresar a la especialidad de Medicina interna, renuncia a esta posibilidad y abandona el proceso de selección]

Néstor: inmediatamente después de que acabas [su formación como médica general], bueno, haces tu examen profesional y ¿haces el ENARM inmediatamente o te esperas, trabajas, que pasó?

Patricia: no, sí lo hice, terminando el servicio, hice el examen y yo ya tenía que haber empezado, o sea terminas el servicio en febrero y la residencia empieza en marzo, pero te digo que yo no me inscribí porque el primero [examen] que hice fue para Medicina interna, entonces hablé con mis papás y ya, el drama, pero me dijeron: «ok, está bien, te apoyamos, ahora sí que es tu vida, haz lo que tú quieras, pero pues ya terminaste, entonces pues ya no vas a estar aquí nada más de nini» y yo también estaba consciente de eso, entonces me metí a trabajar y estuve trabajando en una clínica de neurocirugía porque en ese entonces mi tiradera era ser neurocirujana, entonces estuve trabajando hasta que paso, entonces estuve trabajando hasta junio, febrero, marzo, abril, mayo y me salí en junio ya para volver a estudiar para el segundo ENARM, porque la verdad es que mi trabajo era de lunes a sábado y era de 10 a 7, no, era de 12 a 7, pero como me hacía dos horas, era horrible porque salía de aquí a las 10 de la mañana y llegaba a las 9 de la noche y no estudiaba, entonces estaba confiada porque ya había pasado el primer examen, pero pues aun así, tenía que repasar y la verdad es que fue horrible porque el segundo examen se me hizo bien difícil y me arrepentí de no haberme salido antes de trabajar para estudiar más; junio, Adrián, agosto me dediqué

a releer los manuales que tenía pero pues ya estaban hechos una asquerosidad, estaban subrayados de mil colores entonces, estuvo chistoso, y ya no estudié tan bien como para el primero.

Néstor: ¿cómo conociste la clínica? ¿cómo diste con ella? ¿alguien te conectó? ¿cómo fue?

Patricia: es que el dueño de esa clínica operó a mi tío hace como 20 años y desde entonces mi familia lo ama y entonces siempre han estado en contacto con él porque después se convirtió como en el médico de la familia entonces indirectamente me conocía y yo nada más fui y me presenté y le dije: «soy familiar de tal, estoy estudiando tal y quiero ser neurocirujana, ¿puedo trabajar aquí con usted?» y me dijo que sí...

Néstor: ¿y qué hacías?

Patricia: pues de todo un poco, era, pues entraba a veces a las cirugías a grabarlo, a veces a tomar fotos, a veces estaba viendo los pacientes o a veces hacía notas, a veces me ponía a dar consulta, no tenía un rol en específico, era como en lo que faltara, ahí me ponía, pero no me gustaba...

Néstor: ¿por qué?

Patricia: es como un molde, o sea, no tienes la libertad de hacer algo de acuerdo a tu juicio, son como recetas de cocina, entonces, si el paciente tiene esto le tienes que dar esto, y «oiga doctor pero es que yo leí que no le tienes que dar esto» ¿por qué? porque él dice, igual la consulta, o sea, también ya es una receta de cocina, paciente que convulsiona, esto, paciente con EVC [evento vascular cerebral], esto, pero ya no tienes la libertad de hacer ninguna otra cosa y si no es como él lo hace, se enoja, entonces por eso no me gustaba.

Néstor: ¿consideras que aprendiste algo ahí que te ayudó, que te está ayudando ahora o que te ayudó para el examen?

Patricia: no, no, yo creo que aprendí más en la vida, o sea, de lo difícil que es en serio tener un trabajo, por eso es que dije: «no, yo no puedo ser médico general, este sueldo está horrible, el trabajo está horrible,

no tienes la libertad» y, también, la verdad es que él es muy bueno en los negocios, entonces vi todos los «business» que hacía.

Por eso te digo, fue más de la vida que de medicina, de medicina nada

Néstor: ¿y de esta parte de los negocios, consideras que ahora ya tienes como una idea de cómo hacerle?

Patricia: ah, no, para nada pero, o sea, antes era muy cuadrada, a mí me sirve, al menos, conocer las cosas y ya después yo ya empiezo a indagar en lo que me interesa o no y él hace muchas cosas, o sea, él tiene propiedades, él renta cosas, él hizo su clínica, él contrata médicos, entonces dije: «y todo eso lo hace la misma persona»; a las personas que contrata, ni siquiera les paga el 100%, solo un porcentaje y todo lo tiene girando a su alrededor, su modo operar está interesante, muy interesante, hace su propio congreso, interesante.

Néstor: después vuelves a hacer el examen, ¿ahora para qué especialidad?

Patricia: para la cirugía

Néstor: ¿y ya sabías tú de alguna subespecialidad que te llamaba la atención?

Patricia: si, pues siempre mi top de cirugía fueron: neuro [neurocirugía], angio [angiología], la que decía del internado, y cirugía plástica, sólo que cirugía plástica nunca había conocido alguien de cirugía plástica entonces simplemente me llamaba la atención pero no, en el internado había un cirujano plástico pero tenía su propia clínica y le iba tan bien que siempre pedía convenios, o sea, como quien lo cubriera y nunca estaba en el hospital y casi no tenía pacientes porque pues él se la pasaba en la privada y ya hasta el R1, ahorita ya no quiero ser neurocirujana, ya quiero ser cirujana plástica me gustó más cirugía plástica ahora

Néstor: ¿dónde fue la plaza? ¿dónde fue la sede de tu residencia?

Patricia: mi sede es Centro Médico Nacional Siglo XXI y mi subsede, o sea, donde hice el primer año, fue en Pachuca y ahorita ya estoy en Siglo...

[El relato de Patricia remite a la narración de un momento previo de su formación, a su rotación, durante el internado por la subespecialidad de angiología donde pudo involucrarse en la práctica de la cirugía, veamos:]

Néstor: De las por las especialidades por las que rotaste [durante el internado], ¿cuál fue la que más te gustó?

Patricia: Angiología.

Néstor: ¿Y cuál fue la que menos te gustó?

Patricia: Cirugía general.

Néstor: ¿Por qué?

Patricia: No me gusta, yo soy cirujana, [risas] pero no quiero ser cirujana general.

Néstor: Por qué...

Patricia: Pues, en ese entonces, yo valoraba un poco más lo intelectual que ahorita, entonces, se me hacía que nada más eran como muy mecánicos, como robots. Y pues realmente nunca nadie me explicó nada, así, padre. O sea, el recuerdo que yo tengo de cirugía general es yo aquí separando las tripas con..., muriéndome de..., y que todavía te regañaran porque lo estabas haciendo mal.

Y que te dicen: «ah, sí, ve la vesícula» y no veas nada y aparte tienes que estar separando bien, entonces, a mí eso no me gustó nada.

Y en angiología era lo contrario. Ahí era todo finito, preciso y el doctor me explicaba un buen..., y como veía mi entusiasmo y que estaba ahí todo emocionada, me dejaba dar puntos y entonces eso para el internado es estar suturando ahí una vena con el hilo casi invisible, ¡wow!

Me gustaba mucho.

[El siguiente fragmento del relato nos sitúa nuevamente en el momento de la definición de la especialidad:]

Néstor: cuando entraste a la especialidad ¿tenías pareja?

Patricia: si

Néstor: ¿opinó algo de que primero de lo de medicina interna y después de que te hayas ido a cirugía?

Patricia: no porque él tenía el mismo conflicto, o sea, él realmente se metió a cirugía no porque le fascinaba cirugía, sino por lo económico, o sea, tiene la idea de que haciendo [medicina] interna no le va a ir mejor económicamente que siendo cirujano.

Yo no lo hice por esa parte [por el aspecto económico], pero al menos como que tenía el mismo conflicto de que: «ay, es que no estoy seguro de haber escogido bien, creo que yo tendría que estar en medicina interna», entonces, creo que, al contrario, como que se sintió identificado...

Néstor: ¿en algún momento planearon o hablaban, antes de entrar a la especialidad, de juntarse, de formalizar, de casarse, de tener hijos, algo así?

Patricia: no, no, no [risas] yo empecé a andar con él justo como tres meses antes de entrar a la residencia, entonces no para nada, yo creo que cuando planeas eso con alguien es porque ya llevas más tiempo, pero en esas alturas de nuestras vidas no... Él sí se emocionaba a veces, así como: «ay no, ya cuando regreses aquí a la ciudad de México ya rentamos juntos» y yo... [gesticulando de manera negativa]

Néstor: ¿Sigues con esta persona?

Patricia: No

Néstor: Justamente me decías ahorita, esta cuestión de la elección de la especialidad por una cuestión de interés económico, ¿Tú consideraste eso?, bueno, me dices que no, pero un poco profundiza en esto, por favor, ¿por qué tú no lo consideraste como un elemento importante?

Patricia: Es que sí, o sea, no te voy a decir que yo no espero que me vaya bien económicamente porque quiero tener una buena vida, me gusta hacer muchas otras cosas y sí me gusta la medicina, pero nunca me he entregado así al cien, entonces me gustaría tener el dinero suficiente para darme ciertos gustos... Pero yo conozco médicos que no son cirujanos y son de la especialidad que sea y si lo hacen bien, les va bien, o sea, no creo que el hecho de ser cirujano garantice que vayas a tener o no dinero...

Sí, espero que me vaya bien económicamente, pero pues no por eso escogí la especialidad, la especialidad la escogí porque realmente yo soy más hiperactiva, o sea sí, creo que tengo la capacidad mental para no sé, por ejemplo, hacer algo más complejo como medicina interna y más razonamiento y leer, pero la verdad es que no, me desespera y luego la gente, el trato con la gente en serio me parece a veces muy desgastante, no me gusta estar todo el día en la consulta, no me gusta estar en piso nada más comiendo, haciendo notas y yo de verdad disfruto mucho de estar en quirófano... [se ríe] es que en serio, así son los internistas, les encanta ver el menú así de Didi o de Uber Eats y vamos a pedir de comer y ya, hacer su nota de cuatro páginas. Está bien cada quien, pero yo, por ejemplo, a mí me encanta estar en quirófano y creo que es algo muy egocéntrico por parte de los cirujanos, pero a mí me encanta, que todo gira así, alrededor del cirujano y que todo lo hagan por ti, o sea desde que te estás lavando las manos y te enguantas y le pides todo a la enfermera y todos están ahí tú eres el centro de atención y aparte disfrutas de estar haciendo manualidades y que con tu trabajo que estás disfrutando todavía ayudes a una persona y que le vaya bien y que al día siguiente ya está fuera, o dos, a mí eso se me hace súper padre, al contrario de medicina interna, que nada más pasan por ahí diario, diario, diario, diario le piden laboratorios, le sacan sangre, le echan ahí cosas a su «jugo mágico» y ahí siguen, claro, eso es lo que a mí me llevó a escoger cirugía, que espero que me vaya bien económicamente, sí, por supuesto, ojalá que sí...

Néstor: ¿A qué te refieres con que todo gire alrededor de los cirujanos en el quirófano en general?

Patricia: en el quirófano, pues eso, siento que es algo medio egocentrista porque desde que entras todo se convierte, o sea, tú das las órdenes de todo, o sea el, [médico] circulante está al pendiente de ti, la [enfermera] quirúrgica, ella piensa que es la que manda pero en realidad está trabajando para ti, entonces, te da el trapito para que te sequen las manos, te ponen los guantes, te están abrochando la bata y... yo nunca he hecho eso y se me hace super mamón, pero es así como de: «ay por favor, me pueden limpiar» y les limpian aquí [indica gestualmente la parte superior de la frente], el anesthesiólogo, eso sí como de: «ay, ¿le puede subir a la mesa? ¿le puede bajar a la mesa? ¿me puede hacer el paciente para acá?» y pues no sé, eso la verdad me divierte mucho yo estoy consciente de que es un trastorno ahí medio narcisista, ególatra, pero está divertido

Néstor: decías ahorita que la quirúrgica considera que es la que manda, ¿por qué decías eso?

Patricia: ah porque se enoja, o sea ellas, piensan que ellas son las dueñas del quirófano como ellas son las que preparan el instrumental y el paciente y es como de no ¿a qué hora va a pasar el paciente?, como que ella pone las condiciones para que pases al paciente «y a qué hora y ya está preparado» y son las que revisan el expediente que tengan todo y son las que son regañonas y entonces si te llevas bien con ellas son bien buena onda y si no, te hacen la vida de cachitos y por eso es que se sienten con ese poder y la verdad es que sí, o sea mejor llévartela bien con todos y trabajar en quirófano es lo más padre del mundo...

Néstor: ¿por qué?

Patricia: porque llevas tu bocina, pones tu música estás ahí cantando, obviamente cuando las cosas se complican todos se concentran ahí y ya adiós el espectáculo, ¿no?, pero si es una cirugía promedio, sencilla o normal el doctor está platicando con el ayudante, la quirúrgica está echando el chisme con el cirujano, el anesthesiólogo está con el cirujano, entonces estamos ahí platicando y bailando, entonces es algo muy relajante y la quirúrgica es la que mueve todo, o sea ella es la que le dice al circulante qué hacer y la que organiza todo en general, entonces por eso es que digo que ellas son las que son las reinas del quirófano...

[Por último, veamos un fragmento relativo a la residencia, que, si bien no corresponde con esta etapa, lo cual puede inducir a cierto error interpretativo, nos ayuda a comprender mejor la naturaleza práctica de este capital, así como del proceso de involucramiento en la especialidad]

Néstor: ¿O todo es una habilidad que adquieres en el quirófano? [sobre ciertos criterios de conocimiento, teórico, que las y los cirujanos utilizan o deberían utilizar para el cuidado integral de las y los pacientes]

Patricia: No, no, no, para nada, o sea, todo lo que haces en el quirófano lo tienes que hacer bien y para eso necesitas habilidad, pero siempre todo es basado en la literatura, entonces, igual tenemos que leer artículos, igual tenemos que leer las técnicas quirúrgicas y ver las indicaciones de cuándo operaron o no operaron y sí, o sea todo lo que haces en lo quirúrgico tiene que ir siempre justificado en lo teórico entonces sí...

Tal vez lo de nosotros no es tan notorio porque al fin de cuentas el resultado depende de cómo salga la cirugía, pero siempre que metes un paciente a quirófano es basado en la literatura, o sea, no operas a todos, de hecho, eso es lo importante, siempre saber cuándo operar y cuándo no operar y, lo contrario a lo que todo el mundo pensaría, sólo se tiene que operar cuando es realmente necesario, entonces eso es lo importante no operas a todos, no somos nada más changos que están ahí cortando...

Néstor: justo eso te iba a decir, otros especialistas me han dicho justo lo contrario que los cirujanos nada más llegan, cortan y se van y que no les interesa nada más ¿por qué consideras que piensan esto de los cirujanos?

Patricia: porque es cierto, yo te estoy diciendo el motivo por el que operas no tienes que operar a todos, pero eso del después es el post-operatorio, la verdad es que sí es cierto, o sea, yo aquí [CMN Siglo XXI] sí lo he notado, aquí el post-operatorio sí lo siguen y sí cuidamos a los pacientes y a ellos les pedimos laboratorios y todo, pero por ejemplo en Pachuca, eso sí lo notaba, que operaban a un paciente y después se te olvidaba, así como que: «ah, pues ya comió y todo» y, si

se complicaba un poquito» los cirujanos eran así de: «ah, no pues, interconsulta», que lo vea medicina interna y ya, cambio de servicio, que lo ve el internista y, sí, o sea, a mí por eso no me gustó la cirugía en el en el internado porque los cirujanos de San Luis también eran así y fue lo que me frustró, o sea que tenían dolor o que se complicaban y ni les hacían caso, o sea como ya los habían operado ya les habían sacado la vesícula ya después de eso ya no les importaba...

Y yo no estaba de acuerdo, pero lo que he visto en Siglo es que aquí sí les hacen caso, lo que tiene que ver mucho en Siglo es que como ya vienen de dos, tres hospitales generales de zona, súper complicados ya están así súper traumatizados entonces nos hicieron mucho hincapié en eso aquí van a recibir puro paciente complicado y que ya lleva meses sufriendo por su salud, aquí lo que tenemos que hacer es resolverlos y tratarlos bien pues eso, resolverlo, entonces no es lo mismo, o sea una cosa es atender al paciente darle cuidados por su operatorio y otra cosa muy diferente es que no haya literatura o que nada más corten así sin saber si no o sea si tu operas es porque sabes por qué lo estás operando y porque en serio no tiene otra opción, o sea, el fin de la cirugía es curativo la mayor parte de las veces y mejorar en gran parte la situación del paciente cuando ya se agotaron las demás opciones, por eso es que tienen el ego tan elevado, porque es así como: «los internistas ya no podían hacerle nada, yo lo voy a salvar al paciente y generalmente el cambio que se ve con una cirugía pues sí es más notorio que el de los de medicina interna que llevan ahí 50 días con sus electrónicos iguales y tú llegas y lo operas de algo o sea el cambio sí es inmediato el paciente le duele se lo quitas y ya no le duele, entonces como: «¡wow! me curó» pero eso es diferente de lo que te lleva a operarlo a lo que sigue después o sea cuando se llegan a complicar la verdad es que algunos cirujanos si son así de: «ay no que flojerita, o sea, lo que gusta de la cirugía es precisamente esa dinámica de que sea rápido, preciso, entonces ya lo solucioné y ya va y cuando se sale un poco de eso es tedioso»

Néstor: un poco regresando a esta idea de los maestros [maestros ejemplares], me han comentado otros médicos que en cirugía de alguna manera dependes mucho como de un maestro, de un grupo, al que tú te vas juntando para aprender una técnica, un procedimiento en particular ¿cómo funciona?, ¿cómo ha sido tu experiencia?

Patricia: pues es que sí, o sea yo no, hasta ahorita no creo haber tenido un super maestro, así que yo sea su gran discípula, no; miento, pues de hecho la doctora de cirugía plástica, yo me pegué con ella y yo creo que me adoptó como su discípula y sí porque tú lees la técnica quirúrgica: «ay sí se hace así y así», pero para empezar el dibujito se ve muy claro con las rayitas pero el tejido es completamente diferente y entonces el dibujito te pone así este rosita claro, este rosita fuerte y este es azul y ya abres y todo se ve igual, entonces, de entrada necesitas alguien que te explique eso que parece muy básico pero necesitas que alguien te explique cómo se hacen las cosas, entonces tú lo puedes haber leído y puedes saber los pasos, pero desde el simple hecho de dar un nudo te tienen que explicar si está bien hecho o no, y la verdad es que la experiencia pues sí es algo que influye, yo creo que en todas partes pero en cirugía muchísimo más porque son manías, o formas de hacer las cosas, que te facilitan más el trabajo, entonces sí, yo creo que sí depende mucho de un maestro y, por ejemplo, en mi caso, la cirujana plástica que es con la que yo estuve mucho pues sí, o sea ella, me enseñó a suturar, ella me agarró la mano y me dijo: «no, así no se sutura» y me enseñó y me enseñó a mover la muñeca y todo, igual me llevaba muy bien con los onco-cirujanos del hospital, igual, o sea, las cosas que yo aprendí así bien fue por ellos y ellos me decían: «no cortas, sí y agarro la piensa así y suturas» y; entonces sí, sí necesitas mucho de un maestro que te guíe...

El complejo relato de Patricianos permite observar, en extenso, el intrincado proceso de gestación de las estrategias profesionales de las y los médicos, en este caso, de quienes buscan asentar esta estrategia en la elección de una especialidad quirúrgica. La estrategia de Patricia resalta por varias razones, en primer lugar, porque es una estrategia proyectada desde etapas muy tempranas del proceso formativo, incluso previas a éste, según su relato, ella tenía una clara idea de la especialidad que deseaba estudiar cuando inició su formación profesional.

Como vimos en el relato, la definición de esta preferencia se fue ajustado a lo largo de su itinerario formativo, enfrentándose a experiencias que contradecían este interés, tal es el caso, por ejemplo, de la vivencia negativa derivada del fallecimiento de pacientes de neurocirugía o, el maltrato sufrido durante su rotación por el servicio de cirugía general,

todos estos criterios y experiencias, vivenciados a lo largo del proceso de socialización profesional. Hay que puntualizar que estas experiencias y los principios y criterios que de ellas extraen las y los médicos deben ser considerados, pues se integran a los marcos de significado, a los esquemas generativos y de clasificación que articulan sus estrategias de profesionalización, así como la identidad profesional de los mismos.

Otra característica íntimamente asociada a la anterior y que también hace relevante al relato de Patricia es que la definición de su estrategia pasó por toda una serie de vicisitudes que nos permiten observar que la delimitación de esta es, en buena medida, construida por la articulación de una serie de distinciones, las cuales, por momentos, nos muestran más de todo aquello que le desagrada, de lo que declina, que de los gustos y preferencias efectivas.

Muestra concreta de estas distinciones que devienen en criterios clasificatorios y generadores de gustos futuros y preferencias es la experiencia frente a la muerte; es muy común en los relatos analizados que las y los médicos definan sus preferencias en función de si determinado servicio, espacio hospitalario y/o especialidad se encuentra asociado a la vivencia frecuente de la muerte de las y los pacientes, o en su caso, del deterioro del estado de salud, como pueden ser ciertas especialidades abocadas a atender padecimientos crónicos, infecciosos, etc.

Así, el relato de Patricianos muestra cómo las especialidades quirúrgicas son asociadas al restablecimiento breve, casi inmediato, de la salud de los pacientes. Lo mismo se puede decir de especialidades como, por ejemplo, ginecología, la cual, según algunos médicos, puede estar asociada a la vida, a la alegría del o la recién nacida, etc. De esta forma, es frecuente encontrar relatos de estrategias que nos indican que las y los médicos definen sus preferencias en función de ciertas cualidades de la práctica de determinadas especialidades: “yo no quería estudiar ginecología porque no quiero estar haciendo tactos vaginales”; “no quiero estar en una especialidad donde esté encerrado todo el tiempo en un hospital que huele a muerte”; “a mí no me gusta otorrino porque no puedo con el cerumen, me da mucho asco”.

Vale la pena enfatizar que este tipo de criterios, lejos de parecer superficiales, poco sustantivos, o contingentes, pueden devenir en factores determinantes de la forma en que las y los médicos encaran, en la vida cotidiana, el proceso de diferenciación interna de la profesión, llegando a ejercer un rol como motivadores de la elección y definición de las preferencias y gustos de estos profesionistas.

Otro aspecto que resulta relevante en el relato de Patricia, remite al papel que juegan los intereses económicos en la definición de su estrategia profesional, como veremos más adelante, dicho criterio juega un papel estructurante para todas las estrategias profesionales aquí analizadas. Si bien, para Patricia, en primera instancia, este criterio cumplió un papel secundario, es posible identificar cómo dicho interés se sitúa como un horizonte que constantemente reaparece a lo largo del relato, ya sea como aprendizaje práctico durante su fugaz entrada al mercado de trabajo como médica general, ya sea como una preocupación de su pareja al momento de la definición de la especialidad o, finalmente, como un medio para alcanzar el estilo de vida que desea obtener en el futuro. En todas estas instancias, el interés económico relatado de manera marginal por Patricianos ayuda a delimitar e identificar indicios que soportan lo afirmado en algún relato más arriba: que las especialidades que pueden mantener algún monopolio sobre la ejecución de procedimientos son aquellas que tienen mayor potencial económico, lo cual aplica de manera directa para todas aquellas especialidades quirúrgicas.

Ahora bien, quizá una de las cualidades que hacen más interesante este relato, es la manera en que Patricianos revela su aspiración por la adquisición de prestigio. Es pertinente anotar que el relato de Patricianos narra la forma cotidiana y subjetiva de dicho capital; para ella, ser el centro de atención al interior del quirófano resulta un aspecto de su práctica profesional por el que vale la pena hacer los esfuerzos y sacrificios necesarios para lograr la consecución de su estrategia. Nuevamente, no hay que desestimar el valor de este capital que de principio y, en lo inmediato de la narración hecha por Patricia en su faceta más subjetiva, pudiera parecer banal y volátil, pues cuando este interés se institucionaliza y se

objetiva como capital simbólico, deviene en un poder, en una capacidad que estructura no solo las trayectorias de las y los médicos sino de parcelas enteras del campo médico⁷⁷.

Lo anterior me permite mencionar que muchas veces la adquisición de dicho capital simbólico no puede ser separada del desarrollo de otro capital, la confianza, o capital social, el cual resulta necesario para que las y los médicos, particularmente quienes se forman en especialidades quirúrgicas, puedan adquirir las habilidades y destrezas necesarias que los facultarán como especialistas competentes.

En esta investigación sostengo que la posibilidad de acceder a la formación quirúrgica depende, en buena medida, de la integración de las y los médicos a redes de vínculos por medio de las cuales se pueden establecer relaciones de aprendizaje práctico. Llevar a cabo lo anterior, supone que las y los médicos puedan trascender los límites y las restricciones establecidas por los servicios y las especialidades para garantizar su propia clausura profesional y con ello el propio control monopólico sobre sus saberes, habilidades y, en última instancia, sobre su coto en el mercado de trabajo.

Traspasar estos límites supone una especie de *ritual de paso* por medio del cual lo profano deviene en sagrado. Para el caso de las especialidades quirúrgicas, el traspaso de estos límites supone que las y los médicos asuman y soporten: el “ambiente pesado”, la violencia, el acoso, la humillación y la disciplina por medio de las cuales las y los quirúrgicos buscan anular al médico o la médica lega, para reconstruirlos posteriormente según los propios principios de su visión particular del mundo, de su práctica, de su forma de hacer medicina.

En el marco de las interacciones, traspasar estos límites supone el soportar y sobrellevar los gritos, los golpes, el acoso, las insinuaciones, etc., así, las y los médicos deben demostrar que son capaces de integrarse a un férreo orden jerárquico, que pueden y son competentes

⁷⁷ Si bien en esta investigación no pude dar cuenta de ello, el campo de la medicina se encuentra poblado por personajes ilustres, maestros ejemplares, que pueden fundar servicios al interior de una institución hospitalaria, fundar estilos de práctica médica y en ocasiones crear instituciones hospitalarias, con esta perspectiva puede interpretarse la fundación de los Institutos Nacionales de Salud por citar solo un ejemplo que se replica a lo largo y ancho del campo médico.

para acumular habilidades gradualmente, al tiempo que muestran interés, responsabilidad y proactividad. En el caso de las médicas, traspasar dicho umbral supone tolerar el acoso, las insinuaciones, las preguntas fuera de lugar y “los cumplidos”. Para ellas es un requisito aprender a omitir, evadir, incluso jugar con ello, “decirles siempre sí, pero no les digas cuándo”. En suma, para los aspirantes a cirujanos, sean hombres o mujeres, el ser aceptados por su comunidad, implica demostrar que son objeto de la confianza, que, a pesar de las humillaciones, el estrés, el cansancio y los malos ratos, van a ser capaces de establecer relaciones de camaradería, de amistad, de colegialidad (que van a poder co-ligarse), que van a estar ahí sin importar cuánto duren los procedimientos, porque eso es lo que la dinámica interna del quirófano demanda (Cassell, 2009, p. 100 y ss. Payá & Bracamonte, 2019; Veazey Brooks & Bosk, 2012).

Generar estas relaciones de confianza le permitieron a Patricia⁷⁸, como a muchas y muchos médicos que desean ser cirujanos, traspasar las restricciones de acceso para entrar por primera vez en materia, para *involucrarse* en la práctica de la cirugía, adquiriendo con ello las habilidades y el conocimiento que la habilitan como cirujana. En su relato, por la forma narrativa del mismo, Patricianos muestra, hasta dónde es posible aquello que conlleva poder acceder, ser guiada y orientada de la mano de sus maestros (en su sentido artesanal) en el aprendizaje práctico, logro que solo puede ser leído como un indicio de la adquisición de una *illusio* por aprender más, por ser más hábil, más precisa, etc.

El involucramiento o la incorporación en los acervos de habilidades protegidas por estas especialidades es la principal fuente de interés que orienta a las estrategias de las y los médicos que buscan ejercer como cirujanos. En el siguiente relato se aprecia nuevamente este patrón.

⁷⁸ Aunque en el fragmento presentado del relato de Jazmín esto no aparece del todo, su historia de vida está plagada de estas experiencias, pero también de un conjunto de tácticas que ella ha ido desarrollando a lo largo de su trayectoria, siendo quizá la principal evadir la cirugía general, la neurocirugía, los servicios donde notaba maltrato, acoso, etc., para derivarse como cirujana plástica, espacio donde recibió una buena acogida y donde pudo encontrar una red de confianza y una maestra que la llevó de la mano en el aprendizaje del oficio.

Angélica es residente de oftalmología, que como tal es una especialidad quirúrgica. Los padres de Angélica son médicos, su madre es médica general y su padre cirujano, el nivel de capitales económicos y culturales en su hogar es alto. Su trayectoria la llevó a formarse fundamentalmente en escuelas privadas. Ella egresó de la Universidad Autónoma de Guadalajara. Sus rotaciones fueron llevadas a cabo en clínicas de la universidad que atendían a población abierta, así como en instituciones públicas. Por su parte, realizó el internado tanto en instituciones públicas (Secretaría de Salud estatal) como privadas. Realizó el Servicio social en una clínica urbana que atiende a población abierta.

Si bien la trayectoria formativa de Angélica la llevó a formarse en buena medida en instituciones privadas, donde asimiló un estilo de medicina acorde con el modelo de medicina basado en evidencias, el rotar por instituciones públicas la familiarizó también con las habilidades y conocimientos derivados de haberse formado en instituciones donde prima la formación clínica y las capacidades manuales para la resolución de problemas.

Néstor: ¿qué sabías de, de, de esta especialidad?

Angélica: Ah, en realidad la universidad, aunque a mí la verdad me llamaba muchísimo la atención al otorrino [otorrinolaringología], lo pensé mucho tiempo también.

Este, y ya en unas prácticas me di cuenta de que, que no, y de ahí pues no sabía qué quería hacer, y entonces cuando estaba en Cirugía, un día, saliendo de la guardia, una doctora de salvo me dijo que había faltado su circulante, y que si podía entrar con ella. Entonces yo dije, bueno, pues, ah, y ya me vestí, nada más tenía que colocar agua en el ojo para que no se deshidratara, ese era mi único trabajo, pero la verdad es que la cirugía fue bastante córnea y fue la primera vez que lo hacía a través de microscopio, y me encantó, así de: «ah, me encantó» [exclama con envidia y alegría], y de ahí salí, estaba en su parque, y ya, nunca cambié así.

Claro.

¿Qué es, digo, si, ¿qué es esa experiencia?

Nunca le había prestado atención al ojo, o sea, a los detalles, la cirugía que es muy fina, eso me gustó, todo el instrumental que utilizaba, y también la tecnología que tiene. Ese, la tracción de córnea también se me hizo muy interesante, o sea, como de, o sea, de quitarle ese tejido, colocarle uno nuevo, o sea, para que pueda mejorar como su calidad de vida, eso se me hizo muy interesante.

Y también la tecnología, y prestarle atención al ojo, o sea, es lo mismo como de que verlo todos los días, así el ojo más con costo, que ya verlo a través de un microscopio, y así pequeños detalles y todo, la verdad es que está muy fina.

Claro.

¿Pensaste tú aparte de, me decías que pensaste en otorrino, ¿verdad?

Pensé en otorrino y en radio oncología. Radio oncología. Ajá.

¿Cuáles son las dos especialidades?

Otorrino, me llama la atención que la clínica quirúrgica, pero ya después, o sea, lo derroté, y la verdad es que me encuentro que no, o sea, como que, la práctica y todo ya no, ya no, ya no me llamó tanto la atención, y después me quedé con eso de radio oncología, porque casi no hay, es una especialidad muy conocida, tiene mucho campo de trabajo, hace dos años de medicina interna y cuatro de radio onco, hace cirugía con pequeños procedimientos, o sea, que colocas a cortostatos, o sea, son como unos reservores para dar grafiterapia, pero ves al paciente sistémico, tiene ciencia, pero también, o sea, de que serás, como tal, son procedimientos desde aquí, pero pues también es algo quirúrgico, y también tiene mucha tecnología, eso me gustaba mucho, y qué más, lo único que no me gustaba es que estabas como muy en contacto con la radiación y así, eso me daba miedo, pero en general, me hizo muy buena especialidad, me llamó muchísimo la atención, y ya, pues después vi así de que la cirugía operó, y fue así que me enamoré, y ya, ha derrotado.

Claro, en términos de tecnología, ¿qué tanta tecnología utiliza en oftalmología?

Está increíble, este, oftalmología es como de que siempre va a la vanguardia con la tecnología, utilizamos que será ultra-safiro, ultra-segundo, laser, ya laser, laser con diodos, ¿qué más y más conocemos? Yo creo que cada día se trata de que la tecnología sea, viste, menos invasiva y con mejores resultados.

Ojo.

Claro.

Menos invasiva.

Bueno, o sea, antes los cortes eran muy, bueno, no, no pueden ser como medales, digo, porque los vamos muy grandes, pero antes eran, no sé, cortes de 10 milímetros y ahorita, por ejemplo, se puede operar una catarata en un puerto de, no sé, 1.2 milímetros, por ejemplo.

¿O consideras que es una especialidad de precisión?

Sí, claro, sí.

Entre las especies quirúrgicas o entre los quirúrgicos en general, bueno, los médicos quirúrgicos, ¿qué tan valorada es la cuestión de la precisión?

Yo creo que muy valorada, o sea, para todos, la verdad es que, o sea, para nosotros es como extremadamente valorada porque, o sea, pues, o sea, luego es muy pequeño un, como de que es mal corte o, por ejemplo, no sé, un punto muy apretado, o sea, de que se va a generar algún defecto de reflexión, lo que es como que toda esta parte de párpados, o sea, párpados y lagrimal, todo eso, también, o sea, de que si haces mal el corte, o sea, haces una cicatriz horrible y puedes tocar eso que, o sea, está feo, y creo que quirúrgicamente, pues, depende, o sea, aquí siempre optamos por hacer como de que las incisiones más pequeñas, más precisas, y como de que no hacemos de la cicatriz, y, o sea, de que yo creo que hay esto especiales donde obviamente cosas tan peligrosas como de la vida y así, y, pues, obviamente digo, la cuestión está como de que es decir que es el ritmo que se valora, para nosotros igual está primero pero en general nuestras patologías no ponen actividad adecuada, casi ninguna puede tener actividad adecuada.

Néstor: En términos de esto que mencionábamos al principio, como del tener vida o no tener vida, ¿estas especialidades cómo son?

Angélica: ¿Cuál? ¿Octano?

Néstor: Las tres, las que me decías, radio-oncología y otorrino.

Angélica: Yo creo que, por ejemplo, otorrino y octano van de tener como algo, en los hospitales siempre están los servicios juntos y siempre termina siendo lo de otorrino así de que tus grandes compañeros. Yo creo que llevar un estilo de vida así de que se mirar, por lo general, bueno, no, otorrino que tiene más urgencias, pacientes que se mueren, que están en graves, entonces yo creo que de las tres probablemente la que tenga como de que más esté, luego, aunque, o sea, de que operar, o sea, electivo y dejar a alguien ciego electivo, o sea, que se va a operar, como de que, electivamente, también digo, es muy importante, y radio-onco, yo creo que pues también, o sea, obviamente les tiene que dar radioterapia, pero tus pacientes se mueren, creo que el iría más como de que con esto de la muerte no se te mueran.

Entonces, pero de calidad de vida, yo creo que otorrino es lo que tendría como más urgencias y ahí probablemente no lo puedo optar en radio-onco, yo creo que es de hacer como algo que sea, y pues la consulta, o sea, de que igual, los procedimientos igual, probablemente en radio-onco tienen que trabajar en una como institucional privada o pública porque son aceleradores lineales para dar así de que radioterapia, son equipos muy caros, o sea, que no puedes como de que tú seas voluntario, entonces, o sea, que si necesitas trabajar como una institución, y qué más, y ya, o sea, no puede ser como de que y yo creo que optar en radio-onco tendrían que será como de que de una calidad similar, yo creo que han entregado el número de licencias, sí, o sea, sí, algo parecido.

Néstor: Claro. Tú al principio me decías que cuando hablábamos de las especialidades me decías que Optalmo tenía como más salida laboral.

Angélica: Bueno, sí, o sea, sí, claro.

Néstor: Cuando elegiste la especialidad, lo consultaste con tus padres o ya fue una decisión que tú hayas tomado de manera particular.

Angélica: No, yo lo tomé así de que sí, o sea, vi las religías, ahí les dije que ya sabía qué quería hacer y que quería hacer oftalmología, y me dijo que tenía que estudiar, o sea, que yo tenía que estudiar mucho porque, o sea, es un viaje más alto en el sistema de resiliencia, y ya, entonces, yo creo que fue nada más eso y ya, pero a mí lo es que no he cambiado de opinión.

Néstor: Claro. ¿Consideraste en este momento de elección, consideraste también la cuestión laboral, económica, o sea, tu futuro, cómo iba a ser?

Angélica: Yo, bueno, lo elegí porque ha sido increíble y apasionante y la verdad fue la única especialidad que lo vi y supe que eso era lo que quería hacer y ya después le vi así que varias ventajas, pero en realidad, simplemente por lo que lo elegí, por eso me generó, así como de, o sea, con mucho asombro y lo hizo muy interesante y la cirugía yo decía, quiero hacer todo para operar...

El relato de Angélica, al igual que el relato de Patricia, nos permite observar, la forma en **que** el acceso a la práctica de la cirugía, en este caso, oftalmológica, abre la posibilidad del involucramiento de las y los cirujanos en esta especialidad, también nos permite observar (nuevamente, hasta donde la naturaleza narrada del relato de Angélica lo permite) la lógica que ordena al capital quirúrgico, de esta forma, quienes se forman como médicos y médicas cirujanas adquieren un interés por involucrarse en las habilidades, aspiran a lograr el dominio de las destrezas y los procedimientos, del conocimiento detallado de la anatomía, de las técnicas pertinentes, etc. Las y los cirujanos buscan ser mejores, manejar los más nuevos equipos tecnológicos, ser más precisos, rápidos, más detallados, por hacer procedimientos cada vez más complejos, y cada paso que dan en esta dirección les facilita el desarrollo de una maestría sobre su práctica, la cual deviene en capital, en prestigio y en confianza.

Al igual que Patricia, el relato de Angélica, nos permite observar cómo la elección de esta especialidad deviene en una táctica que le permite realizarse como médica cirujana, al

tiempo que puede evitar las condiciones globales (entre ellas la violencia y acoso, relatada por ella en el resto de su historia de vida) que supone el formarse como cirujana, en el mismo sentido la elección de oftalmología le permite garantizarse a sí misma el acceso a una determinada “calidad de vida” que a su juicio corresponde con sus aspiraciones de movilidad social.

En este sentido, nuevamente resalta lo relatado por Angélica sobre la consideración de otras especialidades al momento de la elección de sus preferencias, las tres posibilidades por ella considerada le permiten equilibrar en niveles variables tres factores: la posibilidad de acceder a cierto nivel de conocimiento; tener un estilo de vida relativamente alejado de las exigencias hospitalarias, particularmente las urgencias, al tiempo que le garantizan un buen nivel de ingreso. Al respecto, resulta relevante la consideración que ella menciona sobre la especialidad de radio oncología, la cual mezcla buena parte de los anteriores criterios y de los intereses de Angélica (incluida la posibilidad de estar en contacto con tecnología y procedimientos quirúrgicos) pero, sobre todo, se trata de una especialidad en la que existe escasez de especialistas por lo que puede garantizar un potencial de beneficio importante en el mercado de trabajo.

8.2 Vivir en el hospital, “esta vida no es para mí”

Hay un conjunto de estrategias profesionales por medio de las cuales las y los médicos evitan, por lo menos de manera tendencial, el exponerse a las condiciones del ámbito hospitalario, si bien las razones de dicha evasión pueden ser diversas⁷⁹, en este apartado quisiera resaltar aquellas estrategias que apuntan hacia especialidades o subespecialidades

⁷⁹ Hay un conjunto de estrategias profesionales que por la naturaleza de la práctica de las especialidades médicas a las que remiten se mantienen total o parcialmente al margen de la institución hospitalaria. Así, por lo menos en principio, se puede suponer de manera hipotética que no existe una motivación explícita orientada a evitar el ambiente de los hospitales, sino que, simplemente, las exigencias impuestas por el tipo de trabajo médico en ellas se realizan no implican necesariamente su inmersión en la dinámica del espacio hospitalario. Algunas de estas especialidades pueden ser: Medicina de la actividad física y deportiva, Medicina legal, Medicina del trabajo, etc... Vale la pena anotar también, que algunas de estas especialidades son también especialidades poco valoradas, o que cuentan con un prestigio relativamente disminuido.

que pueden realizarse de manera marginal al espacio hospitalario o, en todo caso, con contactos puntuales con el mismo, de este modo, busco dar cuenta de estrategias que optan por especialidades que por sus características se alejan del maltrato hacia el personal médico.

Los relatos que dan cuenta de este tipo de estrategias tienen en común que se trata de esfuerzos por mantener ciertos aspectos de la vida personal y de la subjetividad lejos de la dinámica hospitalaria, sea esta objetivada en las propias exigencias del trabajo al interior de la institución hospitalaria o de la violencia que ordena la práctica médica en ciertos espacios propios del mundo médico.

Jimena es Otorrinolaringóloga, especializada en Laringología y Fonocirugía, todas, subespecialidades derivadas de cirugía general. El nivel de capital económico en su hogar al momento que ella estudiaba la carrera era alto y, su nivel de capital cultural, medio. Es egresada el ITESM, y rotó tanto por instituciones públicas como privadas durante su formación como “médico general”.

Esto último alude a una de las peculiaridades de la trayectoria de Jimena toda vez que pudo experimentar con un muy amplio abanico de formas de ejercer la medicina, desde hospitales privados hasta hospitales públicos de segundo y tercer nivel, pasando por los institutos nacionales de salud, un centro de salud comunitario (durante el internado) y, por último, una rotación en el extranjero. Vale la pena decir que, en el marco de esta pluralidad de experiencias, el relato de Jimena ofrece indicios de que su estilo de práctica de la medicina fue particularmente desarrollado durante su rotación por los institutos nacionales de salud, esto es, se apropió de un estilo fundamentado en la medicina basada en evidencias.

Néstor: ¿hace cuánto hiciste la especialidad?

Jimena: terminé hace un año, empecé en marzo del 2014 y terminé en febrero de 2018, y luego hice un año extra en la otra especialidad de marzo a febrero de este año.

Néstor: ¿Dónde hiciste la especialidad?

Jimena: en el INER [Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias], la primera, bueno, otorrino la hice en el Instituto Nacional de Rehabilitación y la segunda, bueno, la alta especialidad, en el INER

Néstor: ¿por qué elegiste esas instituciones?

Alondra: pues cuando estaba en el internado, en donde estudié teníamos la posibilidad de rotar, en tus optativas, a donde querías más o menos irte o donde sabías que en la vida ibas a hacer nada y te daban ganas de rotar, yo quería ser otorrino y roté con un doctor en Médica Sur que tenía su consulta privada pero él nos mandaba también al INR como para tener un poquito de exposición a la medicina pública, entonces comencé a rotar en el INR y me gustó mucho y dije “ah, pues voy a rotar más tiempo aquí, porque quiero aplicar aquí” y la verdad es que sí sirve mucho, antes de que entres a la especialidad pues que te conozcan porque, digo, yo no aceptaría a alguien de conocerlo nada más media hora, entonces fui a rotar ahí dos meses y ya, entonces me gustó y me quedé ahí, apliqué y quedé, en la residencia en el INR y luego para hacer la sub, bueno la alta que es en laringe, solo hay dos lugares en México, entonces era, o el 20 de Noviembre del ISSSTE o el INER, entonces roté en ambos lugares y me gustó más el INER, entonces ya conocí y como que el doctor me cayó muy bien, el equipo está super bien, tienen todo para estudiar la laringe, los endoscopios, luz estroboscópica, para grabar voz, todo, entonces apliqué y también quedé...

Néstor: me dices que esto lo conociste durante el internado, ¿qué es lo que te gustó durante el internado de la especialidad?

Jimena: bueno, primero, donde estudié yo son dos años de internado que es como relativamente dos años, el primer año es el pesado que es gine, pediatría, cirugía y medicina interna que son las como las básicas y ya el segundo son más sub especialidades, entonces cuando roté por las básicas dije: “pues sí me gusta” pero no me encanta, además yo era paciente constante de otorrino, he tenido problemas de otorrino, entonces ya había estado un poquito expuesta y ya cuando pasé al último año tuve la oportunidad de exponerme un poco más porque hice una especialidad, que ves niños, adultos, viejitos, ves todo, hombres, mujeres, ahí si no discriminas nada, y además pues ves

oído, nariz, garganta, se me hace algo que todo el mundo va a requerir un otorrino eventualmente y además es quirúrgica, o sea que ves consulta y también operas, se me hacía una especialidad que tiene muchas áreas que abarcar, entonces me gustó y decidí irme por ahí, además de que es mucho más tranquila, de cierta forma no es como gine que no sabes en qué momento te van a hablar porque va a nacer un bebé y no tienes opción más que correr y la verdad es que las urgencias de otorrino si hay pero no son tantas, o sea y no son tan de vida o muerte, si hay algunas que sí pero son las menos, entonces pues sentí que lo podía llevar en equilibrio con mi vida personal, tampoco me iba a desvivir haciendo otorrino, dejando a un lado a mi familia, etc

Néstor: durante el internado, ¿qué otras especialidades te gustaron, ¿qué otra hubiera sido una segunda opción?

Jimena: pues mi segunda opción era cirugía general, porque me gusta lo quirúrgico y antes había la posibilidad de registrar dos opciones para el examen, ahorita nada más es una y se acabó, entonces, cirugía general me gustaba, gine me gustaba mucho cuando roté, pero porque sabía que era temporal, “está padrísimo, tres meses y se acabó”, ya no vuelvo a hacer estas guardias ni a aguantar, también porque, bueno, yo creo que depende de los lugares pero en general la residencia de gine es muy pesada porque son muy demandantes, como que, no sé, es un ambiente más denso igual que el de cirugía general, que en mi caso, mi residencia fue lo máximo, me encantó...

Néstor: ¿en qué radica este ambiente denso o esto que tú me mencionas como más demandante, por parte de los residentes, por parte de los pacientes?

Jimena: por parte de los residentes y los médicos, digo de los pacientes también están por un momento difícil, entonces es algo muy doloroso, tener un bebé, entonces son guardias pesadas, entonces tienes ABC que es no dormir tres días y aparte no duermes, si es estar ahí toda la noche en friega y todo el día, siento que se pierde un poquito, cómo decirlo, dejan de comprender que tú también tienes que dormir, tienes que comer tienes que, no sé, llorar, a veces porque estás hartos, no se deshumanizan, no sé si sea la palabra pero, o sea cuando roté ahí una vez me enfermé y fue como: “¿por qué estás

enferma?” y tú: “güey, porque soy un ser humano, o sea yo también me enfermo, me siento mal”, una vez me acuerdo que tenía cólicos, en la vida me habían dado cólicos, pero estás en gine, o sea ves mujeres y no lo podían entender, es como: “que les pasa a estos güeyes”, entonces como que no, no sé, siento que si puede ser de cierta manera des humanizado...

Néstor: ¿en gine y también en cirugía?

Jimena: cirugía también es demandante porque te traen... porque llegan también muchas urgencias, apendicitis, colecistitis o trauma, que balazos, entonces tampoco es como tan relajado y no debería ser así, deberían tener roles en los cuales cada doce horas te cambien, pues para que tu hagas tu trabajo bien, trates al paciente con empatía y ya después vayas y descanses, porque obviamente, después de treinta y seis horas de no dormir obviamente que vas a estar harto y a quien te vea feo le vas a gruñir, como ellos no están en equilibrio, no estás bien dormido, comido, estás cansado, y aparte te enfrentas a situaciones que no son agradables pues obviamente te va deshumanizando de cierta forma, creo que eso influye, y eso pasa en todas las especialidades, yo creo que también depende del ambiente, de todos los elementos, los residentes, los médicos donde comiencen a formar un ambiente agradable y le des chance a que todos también tengan su vida aparte... es como los que trabajan demasiado en una oficina. Ya no saben separar la realidad.

Néstor: Me decías que te llamaron la atención las especialidades quirúrgicas. ¿Qué es lo que te llamaba la atención de eso?

Jimena: Pues, es como muy, siento que son muy resolutivas, o sea, a lo mejor no siempre, pero si tienes apendicitis, te quitan el apéndice, te curas; si tienes desviación del tabique nasal, te haces una septoplastia y se alinea. Obviamente, cuando llevas sus riesgos y sus complicaciones y no siempre quedan al cien, pero es más contundente.

En cambio, tienes insuficiencia renal crónica y te tienen que hacer diálisis, tienes que ir mil años con medicamento, hasta que llegas a un grado terminal en el que ya no hay nada que hacer. O sea, las de

medicina interna son un poquito más dramáticas, la diabetes... no te pueden operar, no se cura.

No quiero decir que no me guste ver eso, pero no sé, lo veo como más práctico. Además, me gustan las cosas manuales, entonces...

Néstor: ¿Tú crees que te opones de alguna manera a medicina interna? ¿Te agradan o te desagradan?

Jimena: Sí, me gustan. La teoría me encanta, se me hace súper interesante, pero la práctica, no, no me gusta tanto. Se me hace como más triste, digo, hay veces que les va bien, tampoco voy a generalizar, pero cuando ya rotas en esas áreas te das cuenta de que sí no les va bien [a los pacientes], se mueren. No me gusta.

El relato de Jimena sobre exigencias implícitas de las especialidades quirúrgicas se complementa con la consideración de otros criterios, al momento de definir su gusto por una subespecialidad.

Néstor: ¿Esta especialidad donde se ofrece? ¿En qué tipo de hospital, pública, privada, en un consultorio privado? ¿Requiere quirófanos?

Jimena: Pues en la institución pública es en el tercer nivel, hay de segundo nivel en la parte como de nada más diagnóstico, pero ya la cirugía la consideran como de tercer nivel, o sea, en el IMSS, en el ISSSTE ya sería un hospital de segundo o tercer nivel.

Para lo básico, porque son no sé, septoplastías, amigdalotomías, tubos de ventilación, eso sí sería segundo nivel, pero ya las otras cosas entrarían en el tercero, o sea, es raro que, en una clínica general, o sea, como de familia, no hay otorrino, o sea, casi siempre es medicina familiar y medicina interna, tu gine, etc.

Por si está entre más como segundo o tercer nivel.

Néstor: ¿Y tú dónde practicas? ¿Dónde trabajas?

Jimena: Ahorita, es en un consultorio privado, entonces, tengo uno en el sur que es otorrino en general. De repente me llegan cosas más como de laringe, que es lo que me gusta, pero no es tan frecuente. Y

veo, casi todo es infeccioso: otitis medias, otitis externas, rinitis, sinusitis, amigdalitis, vértigo, voy a llegar muchísimo vértigo, disfonías, tengo pacientes que no pueden hablar bien, que de repente puede ser por solamente una inflamación crónica o porque tienen pólipos o una infeccioncita ahí.

Entonces, pues es más como segundo, tercer nivel. De repente sí me llegan tumores de cuello, y esos si ya lo tienes que operar y otras cosas como cirugía estética.

Néstor: Si tuvieras que operar, ¿dónde operas?

Jimena: Pues, cuando son cosas sencillas como septums, amígdalas, tubos y eso, ahí, en esa clínica. Ya si es algo más extenso, podría operar en el Santiago es, que es donde a veces los seguros cubren o hay otra clínica también en el sur que tiene casi todo para otorrino y ese es un buen lugar, lo malo es que no es un hospital, sí se puede quedar hospitalizado, pero no hay terapia. No hay terapia intermedia, ni terapia intensiva en caso de complicaciones.

Néstor: ¿En algún momento pensaste trabajar en el sector salud?

Jimena: Sí. De hecho, como toda la residencia la hice en instituto que es de Secretaría de Salud, entonces, la verdad es que sí tienen muchos topes, que faltan cosas: «es que no hay gasas, hoy no vino el anesthesiólogo y no hay quien lo cubra, entonces, nada más hay una sala hoy en lugar de tres», entonces si te retrasas.

Cosa que en la medicina privada uno pensaría que no pasaba, pero también pasa, no tanto, pero sí pasaba, pero sí me gusta. La verdad es que sí me gustaría, de hecho, metí mis papeles al IMSS y al ISSSTE para... espero que me hablen para trabajar en la institución porque creo que es un volumen más grande de pacientes y además tienes exposición a cosas diferentes y también puedes separarlos sin que les cueste tanto que están en la institución. Entonces, está padre. Sí me gusta.

Néstor: ¿Qué es lo que te gusta en términos de carrera del sector público y del sector privado?

Jimena: El sector privado me gusta que tú tienes tus horarios, entonces ahorita yo digo: «yo quiero trabajar de lunes a viernes en la mañana aquí», entonces ya tengo contratada una que se llama Doctoralia y entonces lo hacen por internet, entonces me están buscando: «médico tal» y ya salió, me pidieron una cita así, entonces está bien porque ya sé que de 10 a 12 puedo ver pacientes y si ese día no quiero o tengo algo que hacer, pues cancelo la agenda de ese día y ya. Igual en la tarde, yo voy martes y jueves en la tarde y esos días sí voy y me siento ahí, aunque no haya nadie, ahí estoy.

Pero si un día no puedo ir, la puedo cancelar, y en la medicina pública no está fácil obviamente porque están pagando el salario de 20 días y debería de acudir de lunes a viernes un mes. Entonces no es como de: «ay, hoy no quiero ir a trabajar», uno no se puede dar ese lujo, entonces, ese es el contra. Lo bueno de trabajar en una institución es que tienes un salario fijo, ahí sí ese mes te va a caer tu salario y que viene. Y acá no. Acá hay meses que sí me va muy bien, que tengo consultas, si tengo cirugía, que padre, pero hay meses que no, pues no hay, que la colegiatura o la navidad y esas cosas pues bajan por la consulta, entonces esos son los pros y los contras.

¿Qué privilegios ves?

Jimena: Por ejemplo, en lo de la privada es que tengo tiempo para hacer mis cosas. Diario voy a comer con mi mamá, este, si tuviera hijos pues tendría chance de dejarlos en la escuela y luego la tarde estar con ellos. Puedo tomarme las vacaciones como yo quiera. Si tengo dinero obviamente, de eso va a depender. Pero, creo que ahí me daría más chance de tener una vida personal, en la medicina privada, también en los otros, pero eso depende de quién es, es que hay gente que se vuelve adicta a trabajar, aunque sea pública o sea privada.

Néstor: ¿Un poco más platicado ya, lo has dicho de manera indirecta que la elección de la especialidad misma es para generar cierta libertad, cierto espacio para tu vida.

Jimena: si

Néstor: ¿Ha influido esto en tus propios planes de vida? ¿Cómo ha influido, más bien dicho la pregunta? ¿Tus planes para tener hijos?

Jimena: Pues yo creo que hay quienes deciden su vida personal con base en su vida profesional. Y yo lo hice al revés porque para mí la vida personal es muy importante, para mí, mi familia es mi prioridad máxima.

Néstor: ¿Tienes pareja? ¿Estás casada?

Jimena: si, estoy casada. Cuando decidí hacer otorrino yo ya sabía más o menos cómo iba a estar la especialidad y la verdad es que estaba bastante light comparada con... o sea, yo hice guardia nada más los primeros dos años y guardias súper tranquilas y los últimos dos años estaba de llamada, entonces, si pasaba algo, sí iba al hospital y todo, pero mucho más tranquilo. Tenía fines de semana libres, o sea tres al mes libres, uno de guardia de llamada, así super bien. Y ya acabé ya trabajó todo y me casé cuando estaba en el R4. Entonces, me dio chance de planear mi boda y todo, tener mis vacaciones pegadas a mi boda. Obviamente ya lo había hablado con el jefe antes de recibirlo, pero si fue como, o sea mi prioridad, ahí tomó un poco un dilema cuando era R4, porque sí pasa, digo, no sé si esto entra en el el tema, pero, pasa cuando y digo, pasa en todas partes: «es que por ser mujer», ahorita que está de moda eso del que digo: «yo apoyo 100% a las mujeres», pero si hay de cierta manera un poco de discriminación porque siempre es como: «es que ella nada más se quiere casar y tener hijos», y entonces cuando yo entré al R4, en el R4, hay un jefe de residentes y yo fui la jefa de residentes ese año y ahí había como entre un compañero mío y yo que pues nos llevábamos súper bien, éramos cuatro nada más por generación, total que quedé yo de jefa de residentes y a mí me gustaba mucho, o sea, me encanta a mí la organización, los calendarios y las listitas y todo y la verdad así me encanta, entonces no tuve problema en organizarla, porque el jefe de residentes lo que hace es que organiza a todos los demás, a los R1, a los R2, a los R3 y les pone cuándo tienen guardias cómo son las notaciones, si hay algún problema con algo, te van y te buscan, entonces lo resuelven y todo eso entonces no había, no tenía problema con eso, pero además tenía que organizar mi boda, entonces yo no quería que como que eso se metiera en el camino, y yo no le dije al doctor que me iba a casar hasta después de que me dijeron que iba a salir a pagar la residencia porque si le digo, seguramente esto va a intervenir en su decisión y yo si quería serlo, porque sí me gustaba y

además es algo curricular pues, si te da puntos, al final cuando sales y te piden ir a trabajar te dicen: «ay fuiste jefe de residentes», y aunque sea una cosa X te da cierto valor, entonces no le había dicho nada y ya después que me dijo que iba a ser jefa, que fue en febrero, como hasta abril ya le dije que me iba a casar para que ya estuviera más asentado el puesto y en todo ese tiempo trataba de nivelarlo, nunca dejé una cosa por la otra, solamente dije: «oye pues me voy a casar y quiero saber», porque normalmente te dan días, cuando te vas a casar, te dan uno o dos días, me dieron un día antes de mi boda y mis vacaciones que iban pegadas, entonces, no tuve nunca problema con eso y la verdad me enorgullecía de eso, yo decía, pues sí puedo hacer las dos cosas y quiero que la gente sepa para que no te discriminen por pensar que pues sí, mi familia es lo más importante y no tiene nada de malo que lo sea o sea, me encanta hacer otro reino me encanta mi trabajo, ver pacientes se ve súper padre y más cuando los ayudas, operarlos, estar en quirófano todo eso me gusta pero si un día me dicen: «oye quieres venir a ver una urgencia» o tu bebé le dio diarrea, pues obviamente que voy a ver con mi bebé y le voy a hablar a alguien porque hay una urgencia, entonces creo que es algo que si puedo hacer con esta especialidad y eso me gusta mucho porque no quiero descuidar esa parte personal....

El relato de Jimena nos permite observar una estrategia en la que elige una subespecialidad que a su juicio le permite mantener ciertos aspectos de su vida privada al margen de la dinámica y la rutina hospitalaria. Lo anterior nos muestra nuevamente cómo influyen los intereses propios del ámbito familiar en la delimitación de la especialidad, en este caso, es muy clara la manera como Jimena activamente busca equilibrar su potencial desarrollo profesional con el emparejamiento, el matrimonio y la formación de una familia, otorgándoles a estos últimos una prioridad por sobre los aspectos profesionales.

Dicha influencia no acaba ahí, como pudimos ver, el efecto de los intereses asociados a su posición en el espacio social [sus intereses de clase] puede ser rastreado a lo largo de su trayectoria, en la elección de su universidad, de los hospitales por los que rotó y, particularmente, en la elección de una subespecialidad que le da una salida al mercado de trabajo con amplias posibilidades de mantener y mejorar sus condiciones económicas.

Como ya anotamos antes, el caso de Jimena, corresponde a aquellas especialidades y subespecialidades quirúrgicas que le permiten a las y los médicos obtener amplios retornos de capital económico, sin embargo, uno de los aspectos relevantes de la estrategia de Jimena es que puede generar un balance que, por un lado, le permite mantenerse en el ámbito de las especialidades quirúrgicas al tiempo que garantiza una flexibilidad tal que la habilita para no descuidar otros aspectos de su vida personal.

En el relato de Diego se identifica un patrón similar, aunque en este caso, dentro del ámbito de la medicina interna. Diego elige Cardiología por mostrar un balance entre su capacidad académica, por el uso de conocimientos y habilidades de diagnóstico, y una mejor salida al mercado de trabajo, sobre todo cuando se considera en contraste con Medicina Interna. En este sentido, corrobora lo expresado por Joaquín en su relato (más arriba), donde indicaba que las subespecialidades de Medicina interna tienen una mayor capacidad de consolidar sus aspiraciones económicas.

Ahora bien, en el relato de Diego se explicita aún con mayor claridad que su estrategia profesional se encuentra encaminada sobre todo a evitar el “ambiente” de maltrato y acoso que persiste en la mayoría de los espacios hospitalarios. En este sentido, Diego eligió una especialidad primero (Medicina interna) y una subespecialidad posteriormente, (Cardiología) en la que dicho maltrato es tendencialmente menor. Así, la estrategia de Diego permite equilibrar tres criterios: elige una subespecialidad que se ajusta a los intereses médicos; se trata de una opción que potencialmente le permite un buen ingreso económico y, sobre todo, se trata de una especialidad y subespecialidad que, a su juicio, lo mantienen al margen del maltrato médico.

Diego es residente de Cardiología, sus padres son médicos especialistas, el nivel de capital económico de su hogar es alto mientras que su nivel de capital cultural es muy alto. La formación universitaria de Diego fue en ITESM y, al igual que Alondra, durante el internado rotó tanto por instituciones privadas, como públicas, además de tener la oportunidad de rotar en una institución en el extranjero. Diego expresa de manera explícita en su relato tanto el haber tenido una mayor exposición de la práctica médica basada en

evidencias como también una explícita coincidencia con este principio, aunque entiende que dicho modelo no es posible en las condiciones reales del sistema de salud público en México.

Néstor: pasemos ahora a la residencia, tú terminas el servicio y ¿qué haces inmediatamente?

Diego: inmediatamente aplico al ENARM, al examen nacional y... intento entrar como primera opción al Instituto de Nutrición donde soy rechazado, aplico también a al Tec de Monterrey, al programa multicéntrico que era de donde yo venía, y a Médica Sur, también en la CDMX, soy aceptado por el Tec y en Médica Sur y escojo Médica Sur, donde estuve dos años antes de cambiar, bueno sí, de renunciar, e ingresar al Instituto de Cardiología.

Néstor: para ese momento ¿estabas complementemente claro que querías ir a Medicina Interna y Cardiología?

Diego: no, solo quería una rama de medicina interna, como te había dicho, de distintas ramas de Medicina Interna me parecían que eran muy bonito y entonces con esa idea idealizada de la especialidad fue que entré a Medicina Interna, con Cardiología como una opción, ni la primera, solamente como una opción.

Néstor: ¿pensaste en alguna otra posibilidad, tanto de especialidad como dedicarte, no sé, ser médico general o algo por el estilo?

Diego : si, bueno, en muchas ocasiones, bueno en realidad yo quería estudiar una especialidad y de las especialidades la que más me gustaba era Medicina Interna, claro que después del internado y después de haber visto cómo eran las residencias durante el servicio social que investigué y estuve en contacto con residentes pues también me planteé muchas veces, dedicarme a otras cosas no clínicas, porque sabía que la violencia iba a estar dura, independientemente de dónde la escogiera, entonces me planteé en algunas ocasiones ir al extranjero a estudiar otra cosa o hacer lo que están haciendo algunos compañeros que era hacer maestrías en Salud Pública por ejemplo, o ramas médicas pero no clínicas que no requirieran especialidad, pero al final pues ante la carencia de una

mejor idea, decidí, un poco dubitativamente entrar a Medicina Interna, finalmente.

Néstor: ¿tus padres qué te decían en este momento, sobre esta situación?

Diego: pues es que no me decían mucho, ellos decían que yo hiciera lo que yo quisiera y que ellos apoyarían cualquier decisión que es lo que han hecho todo el tiempo desde que recuerdo, entonces pues apoyaban que yo hiciera eso...

[...]

Néstor: ¿en ese momento tú tenías pareja?

Diego: si tenía una novia que estaba en Monterrey haciendo el servicio social y que también hizo el servicio social y también fue a la Ciudad de México a hacer una especialidad, es decir entramos juntos a una especialidad en diferentes hospitales en diferentes partes de la Ciudad de México.

Néstor: ¿ella de alguna manera influyó o pensaron ustedes en algo en común... hubo algún tipo de consideración hacia esa relación en ese momento en que eligieron la especialidad?

Diego: no realmente, porque en realidad ella y yo empezamos a ser novios hasta que ambos teníamos el camino definido y aceptados en los hospitales de la Ciudad de México, es decir, hasta que era factible una relación es que decidimos iniciarla, si ella hubiera quedado en un hospital de Sonora no lo hubiéramos hecho, más bien fue que los caminos coincidieron y afortunadamente pudimos hacerlo.

Néstor: hace un rato me comentaste que tenías un conjunto de instituciones que tú preferías para hacer la residencia, ¿por qué esas instituciones, ¿qué es lo que te llamaba la atención de esos hospitales, etc?

Diego : bueno, en realidad las consideraciones pues eran académicas, se supone que son los hospitales donde la enseñanza es superior al resto del país, entonces las consideraciones fueron estrictamente académicas, aunque también es cierto que la cultura de la enseñanza

médica desde que uno ingresa a primer año es que uno debe tratar de alcanzar los máximos estándares académicos, entonces un poco, no sé qué tanto sea idea de uno, que desde el primer momento los maestros y la institución te impulsa a que busques ese camino y que esa era la razón por la que lo buscamos, porque si yo regresara al pasado en lugar de irme a buscar máximos estándares académicos me recomendaría a mí mismo que buscara el lugar donde probablemente vaya a ser más feliz, independiente de los estándares académicos, donde hubiera menos violencia emocional, en ese sentido probablemente no hubiera elegido en retrospectiva el hospital en el que estuve finalmente, que fue Médica Sur, donde había bastante violencia emocional todo el tiempo, a pesar de tener un alto estándar académico...

Néstor: claro, ahora, cuéntame cual fue tu experiencia en esos primeros dos años en el Médica Sur...

Diego : bueno fue otro choque, justo porque aunque yo estoy un poco entrenado a la violencia del internado, en este caso era muy similar con el agravante de que ahora como residente uno es, bueno, en el internado uno es un estudiante maltratado, pero en la residencia uno es un trabajador y estudiante maltratado, es decir uno tenía mucha más responsabilidad y el nivel de carga también es superior, entonces, la experiencia para mí fue, no sé cómo decirlo pero fue, bueno tuvo claroscuros por supuesto, estoy agradecido con la institución de una manera u otra aprendí muchas cosas, de una manera u otra me enseñaron a ser médico, tuve una formación de primer nivel para México pero por otro lado también tuve momentos de burnout, y de ansiedad, no sé si tuve depresión o no, sub clínica, entonces recuerdo esos años con un sabor agrio y dulce simultáneamente, dependiendo de qué recuerdo tenga...

[...]

Néstor: de Médica Sur te vas al Instituto de Cardiología, ¿por qué te vas a este instituto y no a otra institución?

Diego: eh, las consideraciones siempre fueron las mismas, pensaba que, bueno, era el lugar con mayores estándares académicos en ese momento para hacer Cardiología y teóricamente, la institución se

había flexibilizado con los años y cada vez la residencia era menos violenta, como que es una palabra que uso mucho, pero para mí esas fueron las consideraciones de la experiencia, entonces todo se decidió en base a consideraciones de violencia y de academia...

Néstor: Medicina interna tiene, a mi juicio, un conjunto de estereotipos negativos sobre la capacidad que tienen de colocarse en buenos trabajos en términos de remuneración...

Diego: sí, es verdad, comparado con los cirujanos, sí, respecto a las quirúrgicas, claro, porque un cirujano siempre va a ganar más que un internista; no siempre, pero en términos generales, sí, es verdad...

Néstor: aunque yo entiendo que tú querías cardiología desde un inicio, ¿consideraste esta situación como un factor al momento de tu elección?

Diego: claro, consideré, pero lo descarté, yo descarté las quirúrgicas, pero no porque no me gustara sino porque como te había comentado mi experiencia personal en el internado, en las especiales quirúrgicas, del programa del TEC, es que había mucha más violencia emocional allí y el ambiente de trabajo era peor entonces, yo descarté porque supuse que en todas partes iba a ser así, porque que investigué.

Claro que, si hubiera tomado la decisión de, por ejemplo, de estudiar en el extranjero por supuesto como hubiera planteado una quirúrgica donde de todas maneras no iba a haber esa violencia emocional, pero yo creo que fue por eso que la descarté, no porque, y fue por eso que no me gustó las quirúrgicas, no porque no me gustara operar, es muy bonito meterse y hacer cosas también, con las manos, pero esa fue mi consideración principal.

Diego: ¿Qué otros elementos consideras tú que, de alguna manera, compensan esa limitación en lo económico, por decirlo así?

Diego : Ah, bueno, es que eso es muy relativo, eso yo te digo que es verdad que, en términos generales, gana más, mucho, más un cirujano que cualquier rama de la medicina interna, pero pues ya en términos prácticos, eso puede ser de cualquier forma y, afortunadamente, cuando escogí cardiología, bueno, no cardiología,

no es verdad, cuando escogí medicina interna lo hice sabiendo que un mayor ingreso no va a significar necesariamente mayor felicidad, entonces, pues claro, más bien yo así lo consideré y creo que, de todas maneras, bueno, ya un médico tiene un nivel de vida aceptable en cualquier especialidad, en general, de modo que, bueno, escogí medicina interna también porque me gustaba mucho, era muy afín a las ramas en el pregrado y en el internado era muy afín a las ramas de medicina interna; entonces fue una mezcla entre gusto académico puro, porque es bonito estudiar medicina interna, el paciente de medicina interna, y aversión a la violencia emocional en las ramas quirúrgicas.

Néstor: claro, después de Médica Sur te vas a un Instituto, al Instituto de Cardiología, ¿por qué decides este instituto y no a alguna otra institución?

Diego: Es que las consideraciones siempre fueron las mismas, pensaba que era bueno, era el lugar con mayores parámetros académicos en este momento para estudiar cardiología y, teóricamente, la institución se había ido flexibilizando con los años y cada vez la residencia era menos violenta; como que esa es la palabra que uso mucho, pero para mí esas fueron las consideraciones de la experiencia; entonces todo se decidió en base a consideraciones de violencia y de la academia.

Así como el relato de Diego nos muestra cómo las y los médicos estructuran estrategias profesionales en las que eligen una especialidad determinada como un medio para evitar el maltrato, nos permite observar también, cómo dicha estrategia no se limita solo a la definición de especialidades sino también a la preferencia y posterior elección de sedes hospitalarias específicas. De esta forma, es posible decir que ciertas médicas y médicos se esfuerzan por plantear apuestas orientadas a formarse durante la residencia en hospitales que les garanticen unas condiciones mínimas de buen trato y donde se cuente con un “ambiente de trabajo” adecuado. En el caso de Diego, dichas elecciones lo llevaron a formarse en un hospital privado de alto prestigio, pero también en un instituto nacional de salud.

Ahora bien, aunque las razones explicitadas en ambos relatos no apuntan a los mismos criterios, es posible sostener algunas comunalidades interesantes que vale la pena analizar. Los relatos de Diego y de Jimena indican que ambos buscan ejercer su oficio al margen de las condiciones del espacio hospitalario, pero también nos muestra que tienen cierto margen de elección entre las opciones disponibles, incluso esta exposición a la variabilidad se puede rastrear en momentos precedentes de la trayectoria, ella y él, al igual que otros médicos entrevistados tienen la opción (y en ocasiones la obligación) de formarse tanto en hospitales públicos como privados, incluso en instituto nacionales o grandes hospitales de tercer nivel, esto es incluso más marcado en el caso de los estudiantes del ITESM quienes tienen la oportunidad de rotar por instituciones en el extranjero.

Este factor común alude tanto a egresados de escuelas privadas de alto prestigio como incluso a alumnos de alto rendimiento de escuelas públicas como pueden ser los alumnos de los grupos de alto rendimiento de la Facultad de Medicina de la UNAM, lo cual, en última instancia, remite a estudiantes que disponen de altas dotaciones de distintos capitales. Este patrón me permite sostener la hipótesis de que las y los médicos cuya trayectoria se encuentra estructurada por una dotación favorable de recursos obtienen un mayor margen de elección y, por lo tanto, tienen la capacidad (gracias al efecto acumulado de sus recursos) de definir con mayor libertad el tipo de estilo de práctica médica que desean consolidar en su vida profesional.

Ahora bien, hay que decir que no se trata de una relación directa, como he mostrado a lo largo de esta investigación, la dotación de recursos influye de manera mediada a través de diferentes instancias del propio campo médico, sin embargo, estas y estos médicos tienen la posibilidad de rotar por una variedad muy diversa de instituciones y, por lo tanto, de condiciones y estilos de práctica médica. Como he sostenido más arriba, la exposición a la heterogeneidad de condiciones y estilos de práctica médica posibilita que las y los médicos puedan familiarizarse con aquel tipo de práctica con el que se puedan sentir identificados, este es el mecanismo que está detrás de las estrategias arriba analizadas. Jimena y Diego definen sus estrategias de acuerdo con las afinidades establecidas durante sus rotaciones,

afinidades que en última instancia se encuentran posibilitadas (o condicionadas) por la propia inercia de sus trayectorias.

El caso contrario ocurre para el resto de los médicos y las médicas, quienes se exponen no sólo a la escasez que marca el estilo de práctica médica al interior de las instancias hospitalarias, constriñéndoles para desarrollar un *habitus* médico acorde a estas condiciones, sino también y, sobre todo, a la escasez en las posibilidades de elección. Estas y estos médicos apenas pueden rotar entre diferentes tipos de hospitales (cuando pueden), sus trayectorias formativas están marcadas por márgenes de libertad limitados, todas dentro del ámbito de la medicina pública.

Ahora bien, un efecto similar ocurre cuando se considera la carencia de recursos. Estas y estos médicos no tienen la posibilidad de elegir entrar o no al mercado de trabajo, para ellas y ellos, trabajar en una farmacia no necesariamente corresponde con una táctica, sino que es una necesidad. A diferencia de quienes se formaron en escuelas privadas y tuvieron la oportunidad de rotar por institutos naciones, estas y estos médicos no cuentan con el capital social que les pueda servir como un medio para sobrepasar las barreras informales de acceso a dichas instituciones como parte de una estrategia profesional destinada a realizar la especialidad. De igual forma, la propia carencia de recursos y la necesidad de obtener un empleo más o menos bien remunerado, orilla a muchas y a muchos de estos médicos a modificar sus preferencias por determinadas especialidades cuando se enfrentan a intentos infructuosos de entrada a la residencia, favoreciendo así la elección de especialidades que, si bien pueden estar devaluadas, sí les ofrecen la posibilidad de obtener una plaza en el sector salud.

Para finalizar y matizar el último punto, en esta investigación sostengo que la elección de preferencias no se puede restringir a un balance de habilitaciones y restricciones en determinadas coyunturas, si bien estas operan. Sus efectos más bien están expresados a lo largo de las trayectorias, a través de la formación de *habitus*, por medio de la definición de gustos y preferencias, las cuales responden a habituaciones, capacidades y facilidades que

no son otra cosa que una proyección de disposiciones a las cuales las y los médicos se han ido habituando a lo largo de su proceso formativo.

8.3 Especialidades de consulta y especialidades sin pacientes

En esta investigación pude identificar un conjunto de estrategias profesionales que optan por la elección de especialidades cuya característica común remite a que su práctica médica se sustenta en la consulta, particularmente, en la interacción profunda con el paciente. Es muy frecuente que estas especialidades remitan al ámbito clínico⁸⁰, el cual, implica el establecimiento de una relación médico-paciente relativamente robusta como base del diagnóstico y del tratamiento con los pacientes⁸¹, sin embargo, en esta sección analizaré un aspecto más limitado de esta relación como eje central de la preferencia de las y los médicos: el establecimiento de relaciones médico paciente que se sustentan en las habilidades de interacción y comunicación con las y los pacientes. De igual forma, analizaré una estrategia que resulta contraria a este criterio.

Vanessa es residente de la especialidad de Medicina Familiar, su madre se ocupa elaborando manualidades, su padre, por su parte, es chofer, el nivel de capital económico de su familia al momento de estudiar era bajo mientras que el nivel cultural era alto o medio-alto. Vanessa estudió en la UNAM-CU, asimismo, rotó sus ciclos clínicos en uno de los grandes hospitales de tercer nivel del IMSS, esto es, el Centro Médico Nacional La Raza; realizó el internado en el Hospital General de México, finalmente realizó el servicio social en su misma universidad.

⁸⁰ Dentro del cual puede coexistir un conjunto amplio de especialidades, desde la Medicina Interna, hasta ciertas subespecialidades del ámbito quirúrgico como Oftalmología, por citar un ejemplo; igualmente, en dicho ámbito, pueden situarse especialidades y subespecialidades de Pediatría y de Ginecología y Obstetricia.

⁸¹ Es necesario mencionar que estas especialidades caracterizadas por el establecimiento de una intensa relación médico paciente no sólo remiten a aspectos como el mantenimiento de una comunicación, el intercambio de información y el establecimiento de una relación de confianza, sino que requieren, sobre todo, de una co-presencia física, corporal, en la que los pacientes son activa y prolongadamente examinados (manualmente), escuchados, observados y analizados (por medio de diversas tecnologías de laboratorio, imagenología, etc.) como una parte sustancial del diagnóstico y el tratamiento de sus padecimientos.

Al finalizar su educación universitaria Vanessa trabajó en un consultorio adyacente a una farmacia donde tuvo la oportunidad de experimentar y formar cierta habilidad y destreza en la consulta y la interacción con los pacientes. Si bien la trayectoria de Vanessa transcurre entre hospitales públicos, lo hizo por grandes hospitales que no están sujetos a las mismas condiciones de escasez de recursos como sí lo están algunas otras instituciones públicas. En este sentido, se puede decir que la trayectoria de Vanessa transita a través de los mejores espacios donde puede recibir una formación con un muy alto componente clínico, “de manitas” y, también, familiarizada en cierta medida con el estilo “burocrático” del IMSS.

Néstor: ¿cuándo acabaste la carrera, ¿cuándo terminaste el servicio social, ¿qué hiciste después?

Vanessa: me metí a trabajar luego, luego, yo salí el 28 de enero, para el cuatro de febrero yo ya estaba laborando, este, siempre he sido una persona muy activa, no puedo estar quieta mucho tiempo, me estresa el estar quieta, presenté el ENARM, que es el Examen de Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, me quedé en gineco pero no estaba segura de la decisión y además la plaza que me ofrecían me quedaba bastante... estaba hasta Chihuahua, entonces no la quise tomar y empecé a trabajar luego luego, tenía el turno de la tarde, era un consultorio anexo a farmacia y trabajaba de tres de la tarde a ocho y media de la noche, posteriormente agarré el turno de la mañana, y trabajaba mañana y tarde y ocasionalmente trabajaba en hospitales privados, en el HMG Coyoacán y el Obregón, los dos son privados.

Néstor: ¿y por qué trabajaste en lugar, por qué decidiste trabajar en esos lugares?

Vanessa: Mmmmh, porque cuando yo había entrado en una página de internet de Facebook que se llama “empleos para médicos recién egresados” y había visto una publicación por el mes de noviembre de dos mil quince, ha de haber sido, la guardé, no llamé, no nada y cursé por una ruptura amorosa, llevaba con mi pareja cinco años, nos íbamos a casar y todo, entonces rompimos y lo que yo quería hacer era estar ocupada, no pensar en eso y por ese motivo entré a trabajar luego luego, el consultorio, cuando yo pedí informes, me quedaba a

diez minutos en carro, en taxi, a diez minutos, estaban muy cerca y ofrecían buen pago, por ese motivo comencé a trabajar ahí.

[...]

Néstor: ¿y por qué no continuaste trabajando?

Vanessa: porque trabajar en consultorios anexos a farmacia, llámese Simi, Farmacias del Ahorro, llámese Guadalajara, no te da ninguna estabilidad económica, yo como le comento trabajaba los dos turnos, mañana y tarde y veía como de repente, si a alguna compañera no le gustaba al jefe en cuanto a las ventas las corría, yo no tenía problemas de venta porque tenía muchísima gente, entonces cubría lo que él pedía, pero había compañeras que corría, que les quitaba el turno, que las movía de sucursal, entonces al final de cuentas dije, haré especialidad o no haré especialidad, lo que me gusta es la consulta, y si había pensado en meter Medicina Familiar, por qué no seguí con el plan. Yo no había metido Medicina Familiar en el primer intento por lo que le comento de que tenía a mi novio, y me decía: “¿cómo vas a meter medicina familiar, tú das para más, o sea eso qué, o sea no, Medicina Familiar no?” y yo decía, pero es lo que me gusta, y me decía: “sí pero tú no eres de Medicina Familiar” por eso metí gineco, segundo año no presenté y el tercer año dije ya, yo quiero medicina familiar, me encanta la consulta, me estoy dando cuenta que es lo que me gusta, tengo buena relación médico paciente, mi paciente me hace caso, Medicina Familiar más aparte la estabilidad económica o laboral que me iba a ofrecer el IMSS, a mí me gusta mucho Secretaría de Salud, pero desgraciadamente Secretaría de Salud no tiene como tal plaza para médico familiar, apenas acaba de abrir hace como dos años pero es igual, un tipo prueba, pero yo buscaba algo estable, por cuestiones de mi familia, de mi mamá más que nada, cuestión laboral

[...]

Néstor: ¿tu familia que opinión tenía de que trabajaras ahí [en la farmacia], sobre todo, sabía tu familia que habías dejado Ginecología?

Vanessa: [silencio, gestualmente, negando con la cabeza y mostrando cierta preocupación]

Néstor: ¿qué opinión tenían entonces?

Vanessa: no saben y a la fecha no lo saben, eeeeh, porque no me llenaba gineco, decía no no, fue más, gineco la metí más que nada por presión social, “es que como vas a hacer una especialidad...” mi mamá también no tenía mucho conocimiento en el área, para ella un médico familiar era un médico general que trabajaba en el IMSS, y también decía, es que por que no metes Medicina Interna, por qué no eres como el médico no sé qué, o una gineco, y yo así “porque no me gusta, no me gusta”, en cuanto a que trabajara pues mi papá era así como, nunca me pidió nada, nunca me dijo nada, pero le había demostrado que podía demostrado que podía trabajar, que estaba trabajando, y mi mamá se sentía feliz de que estuviera trabajando porque tenía compañeros que no encontraban ni siquiera en farmacias o que no los convencían a la mera hora...

[...]

Néstor: en esto que decías de que te ibas a casar, ¿tu familia vio con buenos ojos el que trabajaras en lugar de casarte?

Vanessa: La ruptura con esta persona fue antes de terminar el servicio social, entonces, la verdad no sé qué hubiera pasado, no sé qué conducta hubiera tomado si no hubiera terminado con esta persona, porque el plan era ese, era hacer la especialidad, no, salir especial la especialidad y casarnos, ese era el plan, no sé qué hubiera pasado de que hubiéramos seguido con el plan, simplemente yo opté por trabajar porque no quería pensar en nada, estaba muy deprimida, fue cuando di un bajón de... creo que perdí ocho kilos en dos meses, diez kilos, no sé, estaba mal, entonces necesitaba estar pensando en otra cosa, mi papá no sabía que teníamos planes de casarnos, mi mamá sí, entonces fue así como que “auch”

Néstor: pero no te presionaron ni nada...

Vanessa: no, nada...

El relato de Vanessa nos muestra la forma en que la definición de estas estrategias de reproducción profesional está muy lejos de ser un proceso lineal y unívoco. Al igual que el relato de Carolina y otros de los analizados en este capítulo, esta narración nos muestra que

la estructuración de las estrategias de reproducción profesional se encuentra constantemente influenciada tanto por eventos coyunturales como por factores estructurales. En el primer caso, es posible apreciar cómo los resultados del ENARM pueden representar un obstáculo mayor que incide tanto en la posibilidad de realizar una especialidad como en el ajuste y redefinición de las preferencias; lo mismo puede decirse de la ruptura de una relación de pareja, de la enfermedad propia o de un familiar etc...

Ahora bien, como ya vimos más arriba ciertos factores estructurales como la dotación de recursos económicos asociados al origen social o el género influyen en la delimitación de las estrategias, aunque su efecto puede registrarse en el mediano y largo plazo a través de la propia configuración de las trayectorias sociales y formativas de las y los médicos. Como ya he indicado, la definición específica de cierta trayectoria expone a las y los médicos a la formación de un *habitus* específico según sea la socialización a la cual se hubiese expuesto en las diferentes posiciones que él o la médica ocuparon a lo largo de su itinerario biográfico.

En el caso de los y las médicas que desarrollan estas estrategias tendientes a privilegiar el componente de la consulta como criterio definitorio de la selección de especialidad se puede apreciar que sus trayectorias corresponden con una familiarización intensiva al aprendizaje de las habilidades clínicas que demanda la atención a la salud en hospitales del sector público. Estos y estas médicas han asimilado y desarrollado una habilidad de atención y vínculo con las y los pacientes.

Ahora bien, el relato de Vanessa nos permite observar el efecto del desarrollo de ciertas disposiciones o habilidades y, por lo tanto, de cierto, *gusto*⁸² por la comunicación y la

⁸² Según la postura teórica sobre la que baso esta investigación, la definición de una predilección, gusto y elección de preferencias estaría formada por la exposición de la experiencia a un conjunto de condiciones específicas durante la socialización de las personas, en este caso durante el proceso formativo de las y los médicos. En esta investigación he mostrado cómo ciertas trayectorias, en particular aquellas que exponen a las y los médicos a hospitales públicos, donde se experimentan las consecuencias operativas de la escasez de recursos deviene en el desarrollo de un estilo de práctica acorde con la forma de dichas condiciones, en este caso, las disposiciones y el gusto por la comunicación y la interacción con las y los pacientes es una habilidad marcadamente desarrollada

atención directa a los pacientes, criterio que se impone incluso sobre la elección de ginecología, la cual, a juicio de ella y de su familia, cuenta con mayor prestigio y respetabilidad al interior del campo médico.

Esta modalidad de la práctica médica deviene en un criterio importante que segmenta a las distintas especialidades, por ejemplo, hay especialidades como las quirúrgicas donde la interacción con él y la paciente es puntual y limitada (aspecto que puede ser polémico incluso entre las y los propios cirujanos, toda vez que buscan “resolver” una condición determinada sin poner la adecuada atención a las condiciones de recuperación y hospitalización de sus propios pacientes, dejando este trabajo a sus residentes, internos o en el peor de los casos buscando que sea realizado por otros servicios) mientras que hay otras como puede ser la medicina general, la medicina familiar o la psiquiatría que tienden a desarrollar relaciones de larga duración con los pacientes, y las cuales remiten a la comunicación, a la práctica clínica reiterativa, etc...

Este mismo criterio puede observarse en el relato de Estefanía, quien es residente de Psiquiatría, su madre es enfermera y su padre es un profesionista que labora como docente de nivel bachillerato, sus niveles de capital económico y cultural son medio y alto respectivamente. Estefanía es egresada de la UNAM-CU, durante sus ciclos clínicos rotó por un hospital de segundo nivel del IMSS y realizó el internado en el Hospital General de Iztapalapa, por su parte realizó su servicio social en una comunidad rural del Estado de Oaxaca. Salvo por sus rotaciones durante los ciclos clínicos, Estefanía hizo una trayectoria formativa en contextos caracterizados por la carencia severa de recursos, en hospitales “de batalla” donde las y los médicos deben hacer “manitas” de manera necesaria.

Néstor: Una pregunta antes, ¿Por qué te comenzó a interesar la psiquiatría? ¿Tuviste materias de psiquiatría, rotación y eso?

Estefanía: Si tuve, en cuarto año ahí empezó porque ya desde la prepa me gustó mucho la clase de psicología que era parecida. En primer

en hospitales que atienden con alta frecuencia a pacientes y donde las propias condiciones de dichos hospitales orillan a que la atención se sostenga en las habilidades clínicas de las y los médicos.

año llevamos una materia que se llama psicología médica que la daba una psiquiatra. Ahí había muchas cosas que me gustaron, de hecho, fue la mejor materia en la que me fue en primero, y de hecho la doctora se dio cuenta. Fue así como que: «aquí nadie sabe la única que le entiende a mi clase es Estefanía». Que buena onda ¿no? Pero no tenía como más cosas más allá de eso que me gustara.

Luego ya en cuarto, que te digo que fue cuando me empezó a gustar más todo, y estudié más, hay una rotación que dura un mes donde yo roté en un hospital psiquiátrico, pero hígole ahorita que estoy yo aquí me doy cuenta de que es el hospital psiquiátrico que nadie quiere.

Néstor: ¿Dónde estabas?

Estefanía: Se llama Dr. Samuel Ramírez Moreno, que está por la carretera a Puebla. Es lo que se conoce como una “granja”. O sea, no hay nada de recursos, son pacientes que abandonan. Entonces cuando yo roté ahí, a mí me pareció increíble. El primer paciente que vi era un esquizofrénico y yo me enamoré de ese paciente. Porque dices todas esas cosas incoherentes que nada tienen que ver. Entonces yo estaba encantada con ese paciente y la verdad yo tenía miedo de que me hiciera miedo. Porque esos pacientes pues están como en su espacio, era como un patio grande donde ellos estaban. Y pues muchos que tengan esquizofrenia, depresión. Yo no sabía que tenían en ese momento, pero se veían raros. Y me acuerdo de que uno, tenía una alteración motora, iba a fumar, no sé por qué lo dejaron fumar, pero bueno. Iba a prender su cigarro, me vio muy raro, tenía cara de psicópata, te lo juro, y me dice: «oye me ayudas a prender mi cigarro». «Pues sí, no hay problema», le prendí el cigarro y dije: «ah no me da miedo». Entonces fue así como: «ah creo que podría ser psiquiatra, digo, si no me dan miedo los pacientes». Y es algo que me gusta, no sólo eso, ver el perfil de las mujeres psiquiatras que había ahí. Había una en particular que me gustaba mucho como era ella, como se vestía, como hablaba, como se refería a los pacientes, las explicaciones que daba. Ella fue precisamente la que nos presentó como al grupito que estábamos ahí, nos dijo: vengan, voy a entrevistar a un paciente y entonces vengan aquí.

Néstor ¿Cómo era o qué?

Estefanía: Pues se vestía muy extraño. Me acuerdo de que una vez que llevaba como un vestido como arriba de la rodilla, verde, como de no sé qué tela era, pero brillaba, con un peinado un poco despeinado, y una bufanda azul o algo así. Se veía muy joven, pero era muy amable, muy muy amable, se dirigía muy amable al paciente. Era como contradictorio, porque ella aparentaba otra cosa, así como más alguien que te podrías encontrar en la calle, pero ya cuando estaba con el paciente ya regresaba a esta idea que tienes de un médico: de bata, luciendo limpio, todo serio y todo formal. Entonces como que esa mezcla me gustó mucho.

En tercero también tuvimos otra materia, era de psicología médica. O sea, primero yo, en primero ves psicología médica uno, en tercero ves psicología médica dos, en cuarto ves psiquiatría. Entonces, en psicología médica, rotábamos en el departamento de psiquiatría y nos daba clase un doctor que es psiquiatra, trabajaba en el Fray Bernardino, y todas las tareas que nos dejaba, lo que leyéramos, lo que estudiáramos me encantaba. Entonces pues, ¡ah suena muy padre psiquiatría! No sé yo creo que de ahí poco a poco se fue desarrollando el gusto por la psiquiatría.

De la misma forma que Vanessa, el relato de Estefanía revela que existen médicos y médicas que tienen una preferencia por desempeñar su práctica médica en estrecho contacto y comunicación con las y los pacientes. Llamamos la atención un par de indicios interesantes, el primero, la similitud de los perfiles de origen social de ambas médicas, hasta cierto punto, existe cierta comunalidad en sus trayectorias formativas, ambas rotaron por instituciones hospitalarias públicas, aunque es cierto que el caso de Estefanía muestra una formación mucho más marcada hacia la “medicina basada en existencias”.

Lo anterior es relevante porque ambas optan por especialidades relativamente devaluadas, sobre todo Medicina familiar. Ambas especialidades abrevan de un punto de vista biopsicosocial el cual tiene una posición secundaria y subordinada a todas aquellas especialidades que se sustentan en el punto de vista hegemónico, el modelo biomédico. Dicha correspondencia quizá no obedezca sólo al efecto del origen social, ni tampoco por completo a una trayectoria formativa por instituciones hospitalarias públicas con relativa

escasez de recursos. Es posible que esta preferencia por la comunicación con las y los pacientes sea un aspecto vinculado a cierta configuración tradicional del género, en todo caso estas son conjeturas que deben investigarse posteriormente.

Caso contrario puede encontrarse en especialidades de escaso contacto con pacientes, aunque este no se asocia a las mismas razones de especialidades como las quirúrgicas, en este caso, la distancia para con el paciente radica en la propia actividad desempeñada por estas especialidades, las cuales no requieren la presencia del paciente, como es el caso de patología, o lo hacen de manera muy limitada como radio oncología, medicina nuclear o imagenología y es quizá la naturaleza de su práctica la que las acerca a la medicina basada en evidencias, este el caso del siguiente relato.

Andrés al momento de la entrevista era un médico general recién egresado que laboraba en consultorios adyacentes a farmacias, a su juicio se trataba de un empleo temporal que le permitía recibir un ingreso mientras se preparaba para realizar el ENARM. Andrés es hijo de dos médicos especialistas, dispone de un alto nivel de capital cultural, pero la muerte temprana de su padre mermó las condiciones económicas de su familia la cual quedó por completo bajo la responsabilidad económica de su madre, si bien cuentan con un nivel de capital económico alto, las limitaciones del ingreso familiar causadas por la muerte del padre orientaron a su familia a elegir la UNAM, la cual, a juicio de su familia, tiene el potencial de formar muy buenos médicos. Andrés hizo el internado en un Hospital General de Zona del IMSS, por su parte realizó el servicio social en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, en su trayectoria formativa estuvo en contacto y se formó dentro del modelo de medicina basada en evidencias.

Néstor: Y ¿es compatible este interés por la fisiología con la patología?

Andrés: Sí, completamente, depende mucho de, muchas veces uno dice que patología se aleja de los pacientes, pero la verdad es que la patología sí te alejas de la interacción con el paciente, eso no me encanta porque sí disfruto mucho la consulta, disfruto mucho hablar con el paciente, explicarle qué tiene es muy gratificante, es muy muy

gratificante esta parte pero la verdad es que a mí sí me encanta la parte científica de entender las cosas y la patología es entender también la parte fisiológica pero a un nivel celular la patología es eso, es el estudio de los tejidos y las enfermedades a nivel celular, a nivel de microscopio, entonces no abandonas en ningún momento la parte de fisiología, de entenderlo en ningún momento no debería hacerse, sería un error como médico hacerlo si puedes hacerlo como robotito y nada más estar viendo y checando patrones e ignorando la parte fisiológica pero no es algo que se deba hacer

Néstor: ¿y, por ejemplo, medicina interna?

Andrés: Medicina interna me gusta mucho, pero yo creo que lo que definió realmente que yo optara por patología, era esto que había comentado de ser feliz y durante la carrera estando en el hospital, estando dentro del hospital nunca fui feliz y eso me cayó el 20 de que me encanta la medicina, amo la medicina, es morbosa, me encanta estudiarla y entenderla pero la vida laboral en el hospital es un infierno, o sea realmente no hay una palabra de definirlo hay a quien le encanta, yo tengo compañeros que me toca guardia y les encantaba y se emocionaba y es como, ay estás loco pero para mí no es lo mismo, yo para mí es muy pesado el estar en el hospital tanto tiempo, además del estrés que implica estar como responsable de todos los pacientes, yo sufría mucho las guardias en el sentido de así un paciente se me estaba poniendo mal, me estresaba mucho o sea, creo que tiene que ver con mi personalidad de que me gusta tener las cosas bajo control, o sea me gusta saber qué va a pasar cuándo va a pasar y yo sentirme que controlo las cosas y en medicina eso no existe, entonces la medicina interna me encanta desde el punto de vista teórico, pero ya en la parte laboral donde estás metido en el hospital, estás teniendo que resolver un montón de problemas estupidísimos por gente que no quiere trabajar, estar al pendiente de tantas cosas que se te van, que los pendientes todo ese rollo, digamos, tu forma de vida laboral es muy pesada, es muy estresante, eso no es lo mío es que yo no soy feliz, me encanta la medicina interna pero yo no estoy siendo feliz aquí y eso es algo que yo entendí en el internado y me preocupó yo porque dije, no sé qué estoy haciendo, porque en este momento ya probé yo todo o sea ya probé yo las especialidades y en ninguna me siento feliz, o sea realmente me gusta estudiarlo, me gusta entenderlo pero

trabajarlo está horrible y sobre todo pasa mucho por las trabas que te pone el sistema, o sea necesito que tal paciente se le haga una radiografía, para que encuentres al camillero para que te lo baje está cañón, punto número uno y luego ir a rogarle al médico de abajo radiólogo a que te tome la radiografía porque el mismo hospital les dice a los radiólogos que háganle el mínimo necesario, el mínimo mínimo necesario, pero no se trata del dinero, se trata de que hay guías médicas que te dicen cuando sí y cuando no y ahorita dice que sí entonces estarle rogando a los médicos para que hagan su trabajo es una estupidez, es desgastante, entonces es la realidad hay muchas trabas que te impiden hacer tu trabajo bien en el hospital y eso a mí no me gustaba, está horrible está muy muy muy feo, entonces yo abandoné realmente esta situación de estudiar medicina interna porque yo no quería esa vida, o sea yo no quería una vida donde se me fuera enclaustrado en el hospital resolviendo problemas estúpidos y finalmente el que paga el precio son los pacientes porque no reciben los tratamientos adecuados, no reciben las medidas diagnósticas adecuadas o a tiempo, entonces eso no es lo que me gustaba de ahí que cuando yo llegara al servicio social elegí el servicio social en patología porque patología abarca todas las especialidades para que yo tuviera tener una gama amplia de que era lo que quería hacer pero pues para mi sorpresa me encantó estar en el hospital y me encantó estar haciendo la labor de patología y ahí fue cuando decidí la patología y abandoné, por ejemplo, medicina interna, que medicina interna se puede dividir en el estudio del corazón, cardiología se divide en todas pero más o menos así es como está este proceso de que era lo que yo fui pensando en estudiar, realmente tú traes una idea pero cuando llegas al hospital realmente te enfrentas al internado porque como estudiante tú no lo ves, pero ya cuando llegas al internado donde formas parte de la fuerza de trabajo laboral del hospital, ahí es cuando te cae el 20 de lo que es realmente vivir y trabajar como médico y ahí es cuando te topas con pared porque tú nunca lo viste venir cuando estabas diciendo quiero estudiar medicina y aunque te lo digan no lo sabes hasta que lo vives pues sí básicamente eso, así fue como la transición de qué es lo que me gusta y cómo tomé la decisión de “ésta es la que yo quiero hacer”...

El caso de Andrés resulta interesante porque a pesar de que él disfruta mucho la consulta, la interacción con el paciente, rechaza todo aquello que tiene que ver con lo que se conoce como la “medicina basada en existencias”, esto es, rechaza en cierta medida la forma y las condiciones en las que en México se practican los aspectos clínicos y de atención a los pacientes. Este rechazo, en cierta medida se encuentra influenciado fuertemente por el modelo de la medicina basada en evidencias, por sus aspectos más científicos.

Hay que decir también que el relato de Andrés muestra un distanciamiento con la idea de “estar encerrado en el hospital” lo cual es hasta cierto punto compartido con el criterio que distingue entre especialidades plenamente situadas en el ambiente hospitalario y otras que no lo están. Una línea de interpretación de dicho rechazo no solo remite a una caracterización del espacio hospitalario en sí como un aspecto negativo, sino también al “ambiente que ahí se vive”, ambiente que en muchos casos se encuentra determinado por una marcada y crónica carencia de recursos.

En este sentido, debemos preguntarnos hasta qué punto mantenerse alejados o alejadas del hospital no tiene que ver con la situación que se produce por dicha carencia de recursos, lo mismo vale para la violencia, el maltrato y el acoso, este último en el caso de las mujeres.

8.4 Especialidades para mujeres y especialidades para hombres

Las diferentes especialidades pueden agruparse en función de una serie de atributos vinculados a la menor o mayor “feminidad” o “masculinidad” de las prácticas que en estas se desarrollan. Así, atributos como el uso de la fuerza, el vigor y la resistencia son asociados comúnmente con especialidades propias para hombres, mientras que aspectos como el tacto, el detalle y la atención basada en la comunicación son apreciados como característicos de especialidades apropiadas para mujeres.

En este contexto, se suma un segundo fenómeno que ordena el conjunto de especialidades en relación con la maternidad de las doctoras. He notado una particular “conciencia”, con notables consecuencias normativas y de poder, por parte de los médicos entrevistados sobre el hecho de que las mujeres eligen especialidades que les permiten complementar su

maternidad con el trabajo. A juicio de los médicos, las mujeres tienden a evitar aquellas especialidades donde se requieran amplias disposiciones de tiempo (también en la duración de la formación), por ejemplo, en guardias dedicadas a cuidados postoperatorios en la medida en que las doctoras “tienen que atender además del trabajo, a su familia”.

Néstor: en el primer año de la residencia, ¿cómo era la generación, eran más hombres o más mujeres?

Marisol: pues en mi generación somos cinco, nada más como cinco residentes, somos cuatro mujeres y un hombre

Néstor: en general en esa especialidad, ¿hay más mujeres o más hombres?

Marisol: hay más mujeres

Néstor: ¿por qué consideras que hay más mujeres en Ginecología?

Marisol: hídole, pues yo creo que, no creo que haya más, quizá tocó así, o no sé, se ha visto que en los últimos años como que hay más mujeres médicas que hombres, a lo mejor por eso es que hay más ginecólogas o no sé quizá también hay más cirujanas o más no sé, quizá sea por eso y que por eso coincida, pero no creo que sea una especialidad que elijan más mujeres

Néstor: ¿consideras que las mujeres tienen algún tipo de habilidad o capacidad diferente que les facilita cierta especialidad?

Marisol: pues a lo mejor para pediatría, por ejemplo, somos como más, que nos da más ternura los pacientes, los sabemos tratar como con más cariño, no sé, somos más maternales, a lo mejor para pediatría si tenemos esa cierta capacidad igualmente que para gine, pues somos más sentimentales, pues entre mujeres nos entendemos más, a lo mejor nos entendemos más

De la misma forma, a juicio de los residentes, las mujeres privilegian desempeñarse en ámbitos hospitalarios institucionales (sector salud) en la medida en que en estos pueden acceder a horarios de trabajo claramente delimitados, evitando así el someterse a horarios laborales extendidos.

Por su parte, en el sentido contrario, se entiende que los médicos, por ocupar un papel secundario en la maternidad, y por carecer de la obligación de atender y cuidar directamente a los hijos, son quienes se abocan típicamente al desempeño de las dobles jornadas laborales en la medicina privada, así como a especialidades que les demandan largas y extenuantes jornadas laborales.

Néstor: acabaste el servicio social, me decías que estudiaste durante el servicio, ¿hiciste inmediatamente después el examen?

Dulce María: si

Néstor: ¿y te quedaste? ¿a la primera?

Dulce María: si

Néstor: tú en este momento ¿ya sabías que especialidad querías hacer, estabas completamente decidida?

Dulce María: si

Néstor: ¿pensaste en alguna otra especialidad?

Dulce María: sabía que quería hacer algo de medicina interna y bueno, o sea, de endocrinología dudé, pero igual medicina interna para todas, entonces, de inicio lo troncal que era medicina interna pues si no tenía dudas, de endocrinología dudé un poco, siempre me gustó y siempre quise ser endocrino, pero dudé un poco con derma, porque pues tienen un estilo de vida muy bonito durante la residencia

Néstor: ¿cómo es este estilo de las y los de derma?

Dulce María: pues no hacen guardias, tienen horarios pues cortos, relajados, las exigencias por ejemplo en clases no son tantas, no tienen pacientes hospitalizados, en sus congresos siempre les regalan cremitas, las niñas siempre están como que muy fashion...

Néstor: claro, ¿y al final por qué te decidiste por tu subespecialidad?

Dulce María : porque, siempre me gustó, la verdad sí decidí, o sea entre mis opciones lo que siempre analicé que iba a hacer, pues ahí si

pesó mucho ser mujer, o sea, no tenía pareja en ese momento pero siempre he tenido pues deseos de casarme, de formar una familia, de tener hijos, entonces, ya sabía que iba a ser algo de medicina interna pero quería ver algo que se adecuara a esto, no todas las especialidades de medicina interna se puede adecuar a esto, o sea tenía que ser algo que me permitiera hacer eso después, no digo durante la residencia, porque pues nunca pensé en eso durante la residencia pero si al finalizar, que fuera algo más de consulta y que pudiera ser algo más tranquilo que me permitiera como lleva las dos cosas, entonces consideré endocrino, consideré derma, hasta reumatología.

Néstor: dentro de medicina interna o en las subespecialidades de medicina interna, ¿cuáles son las que no te hubieran permitido tener este estilo de vida?

Dulce María: Cardiología, Nefrología, Hematología, Oncología, Terapia Intensiva...

Néstor: ¿por qué no te permitirían?

Dulce María: siempre tienen pacientes graves, no están fijadas a un horario solo de consulta, siempre pueden tener urgencias en cualquier momento y en estas otras, sería más raro para que te hablaran para algo de eso...

[...]

Néstor: tus papás ¿qué opinaron de que escogieras esta subespecialidad? o ¿no opinaron?, ya no les tocó opinar

Dulce María : si, sí opinaron, pues yo les comenté lo que me gustaba, ah, también les comenté que, es que durante ese tiempo, porque durante el internado me gustó gastro, me gustaba hacer endoscopías y pues también es parte de medicina interna, pero gastro para hacer endoscopías son cinco años de gastro y otros dos para hacer endoscopías, entonces dije, no, “es mucho tiempo” y pues si mi papá siempre me dice: “no, luego cuándo vas a vivir, si sigues haciendo así, cómo crees” y pues ya les pareció bien, tal vez mi mamá quería que fuera derma, pero no le hice caso.

Néstor: ¿qué te decía tu mamá?

Dulce María: que podíamos poner negocios de depilación, faciales, y que ella podía estar ahí [se ríe alegremente]

Néstor: al final entras a medicina interna, ¿dónde haces la residencia?, ¿cuál fue tu sede?

Dulce María: fue en Torreón

Néstor: ¿y cómo estuvo el viaje para allá?, ¿qué te dijeron tus papás?

Dulce María : yo elegí ir a Torreón porque tengo una tía ahí, ahí está mi única tía materna que pues siempre ha sido muy cercana a mí, entonces cuando vi las posibilidades del IMSS para elegir, pues iba a elegir algo cerca de casa pero mi primera instancia fue Torreón, yo sabía que eran dos años ahí, y dije bueno, puse Torreón, Guadalajara y Monterrey de posibilidades y sí me tocó en Torreón y fue bueno porque mis tíos siempre me estuvieron ayudando mucho desde encontrar casa, todo lo que me iba atorando durante el año, me llevaban de cenar los dos años todas las guardias, para mí y para todo mi equipo de guardia y la verdad es que mis papás siempre me estuvieron visitando, siempre están cerca y siempre me están apoyando...

8.5 Sistemas clasificatorios y esquemas generativos de la profesión médica

Como ya he indicado antes, el análisis de las estrategias, en este caso, de las estrategias de reproducción profesional, representa una excelente oportunidad para evidenciar los principales criterios e intereses que las y los médicos utilizan para orientar sus actividades. La recuperación sistemática de dichos criterios me permite dar cuenta de la existencia de sendos sistemas clasificatorios y esquemas generativos que en su conjunto articulan los principios centrales de visión y de división del mundo médico.

Dichos sistemas clasificatorios, asentados en el fondo en los marcos de significado, en los acervos de conocimiento especializado y en los sistemas de disposiciones prácticas (el

habitus) permiten a los médicos y médicas, en la medida en que los aprenden, interiorizan y dominan, dotar de sentido a las distintas particularidades del mundo que los rodea al tiempo que les permiten actuar de manera pertinente según las diversas situaciones a las que las personas se enfrentan en su día a día.

Recordemos que una de las principales propiedades de estos sistemas clasificatorios y esquemas generativos es que son de naturaleza práctica y, por lo tanto, su lógica es hasta cierto punto imprecisa, poco rigurosa y, curiosamente, asistemática, esto es, que las personas pueden saber cómo hacer algo o, mejor dicho, están habilitadas para hacerlo, sin que necesariamente puedan dar cuenta por completo de su alternativa, por ejemplo, los gustos de las y los médicos, sus preferencias, con frecuencia reflejan la propia acumulación de experiencias en determinado estilo de práctica médica sin que ello conlleve el dominio o familiarización de otros estilos, tácitamente, pueden identificarlos, saben cómo son y por qué no les gustan, pero no necesariamente los han practicado.

Lo mismo sucede con otros criterios como el de género. Las médicas y los médicos reproducen las prácticas que, según su experiencia, su socialización y su propia identificación de género, son pertinentes para “ser” médicas o médicos, sin que lo último implique que deban “ser” lo contrario. Un médico varón puede dar cuenta de manera competente de cómo “son” las médicas y actuar en consecuencia sin que para ello debiera experimentar el “ser” médica, así, el mismo médico en cuestión utiliza los sistemas complejos de categorías, particularmente, su capacidad generalizable en tanto tipificaciones, para ir dotando de sentido aquello que desconoce del ser médica.

En esto último descansa su naturaleza generativa (y, por lo tanto, tan fácilmente es presa del error) toda vez que las personas utilizan las categorías incorporadas en sus sistemas clasificatorios en tanto estas tienen una naturaleza generalizable, de esta forma enfrentan las diversas situaciones con base en conocimiento ya disponible. Ahora bien, para ello, es común que complementen el uso de ciertas categorías con todo un conjunto amplio de otras categorías asociadas, en este caso, con toda una serie de atributos imputados al hecho de “ser” mujer, de tal forma que las y los médicos van completando su imagen del mundo en

muchas ocasiones con base en experiencias pasadas que no necesariamente remiten a la práctica médica efectiva de las mujeres.

Esto último es lo que me permite sostener que los criterios y principios que orientan la práctica médica nunca son del todo sólo médicos, no sólo porque la definición de determinadas prácticas esté constantemente constreñida por las experiencias diferenciadas asociadas al ser hombre o mujer, sino también porque las y los médicos utilizan estos criterios asociados e indirectos para guiar sus actividades de acuerdo con lo que es considerado pertinente según este orden de género.

Como vimos en este capítulo, durante la definición de las estrategias de reproducción profesional las y los médicos ponen en balance la definición de sus carreras profesionales a la luz de los criterios, principios e intereses del mundo médico al tiempo que consideran otros principios externos a dicho mundo, así con frecuencia definen sus preferencias y elecciones de acuerdo con la asimilación de otros criterios, como puede ser el criterio económico, el de género, etc.

A continuación, puede observarse un cuadro sinóptico que nos permite objetivar algunos de los principales criterios y principios que estructuran a estos sistemas clasificatorios y esquemas generativos. La finalidad de presentar dicho cuadro remite a la necesidad de ofrecer las herramientas necesarias para intentar comprender los principios que guían a las prácticas de los médicos. En él se pueden observar algunas de las especialidades elegidas por los médicos entrevistados, así como algunos de los principales criterios y principios ordenadores del campo médico, adicionalmente pueden observarse algunas de las categorías externas al campo.

Los principios ordenadores del campo médico pueden ser apreciados en los extremos del cuadro. De arriba hacia abajo y de derecha a izquierda están distribuidos los niveles de los atributos que definen a estos principios. Por su parte, al interior del cuadro se pueden observar la distribución de algunas especialidades. La cercanía con las categorías denota una asociación entre las especialidades, los principios y las categorías.

Es posible ver en el extremo superior izquierdo a la especialidad de neurocirugía, la cual está caracterizada por un muy alto nivel de conocimiento, destrezas quirúrgicas, prestigio y capital económico. Dicha especialidad se contrapone a la especialidad de nefrología, la cual goza también de un muy alto nivel de conocimiento y prestigio, así como de cierta capacidad económica. Esta especialidad se opone a la anterior en la medida en que su principal capital es el capital clínico y no el quirúrgico. Ambas son especialidades que demandan una vida al interior de los hospitales.

Estas especialidades se oponen, por ejemplo, en el extremo inferior derecho, a la especialidad de medicina familiar, la cual carece de altos niveles de conocimiento especializado, aunque está dotada de una considerable cantidad de capital clínico. Esta especialidad, si bien tiene un ingreso más que respetable, no es comparable con otras especialidades como las quirúrgicas o algunas subespecialidades derivadas de la medicina interna.

teoría de las prácticas, que las y los médicos definen estrategias (y en ocasiones tácticas) profesionales orientadas por la inercia de sus trayectorias o, en otras palabras, por la fuerza y proyección de sus habitus. Como he indicado antes, el recurso de la noción de estrategia remite a un actuar genéticamente estructurado por la interiorización de las *reglas del juego* o, en términos menos metafóricos, por la interiorización de las regularidades de las situaciones y condiciones sociales por las que ha atravesado el itinerario biográfico de las personas.

Quizá la primera característica que llama la atención de esta definición del problema es que a pesar de usar la noción de estrategia, dicho uso no remite a una racionalidad formal como guía de orientación de dichas estrategias, sino a una racionalidad sustantiva (a un ethos intramundano, una ética realizada) de naturaleza práctica, esto es, que se sustenta en una serie de “saberes” tácitos e implícitos que remiten a la manera en que usualmente hacemos las cosas y no tanto a lo que *conocemos* discursivamente de aquello que creemos hacer.

Si lo anterior es relevante, los alcances de dichos postulados se pueden extender aún más. Como he indicado en este capítulo, pude documentar de manera no exhaustiva distintos tipos de estrategias profesionales las cuales varían en función de las propias trayectorias sociales y formativas. Quisiera detenerme en esto último y explicitar los mecanismos que se hallan detrás de estos últimos postulados.

En esta investigación he intentado mostrar cómo el itinerario biográfico de las y los médicos se encuentra profundamente influenciado por factores como el origen social (por la posición y condiciones de clase de sus familias), el género, el lugar de residencia del hogar familiar, el tipo de escuelas en las cuales se forman como médicos generales, el tipo de hospitales por los que rotan durante su formación clínica, etc... Sostengo que todos estos factores “estructurales” condicionan la articulación heterogénea de trayectorias que influyen en la definición de las citadas estrategias. Así, pude documentar de manera específica que el efecto de dichos factores define la creación de una serie de patrones en las trayectorias que terminan por influir en la creación de estrategias profesionales

diferenciadas y con ello en la elección y definición de una preferencia de determinadas especialidades médicas.

Sin pretender reiterar la naturaleza específica de dichos patrones, extensamente señalados en el cuerpo de esta investigación, se puede decir que factores tan determinantes como el origen social influyen en la elección del tipo de escuela en la cual las y los médicos se forman, exponiéndoles de esta manera, a la socialización de unas condiciones específicas que son interiorizadas e incorporadas por medio de la socialización profesional que supone el proceso formativo. Dicha socialización, tan heterogénea como la propia diversidad de la oferta educativa, interioriza en las y los estudiantes un conjunto de conocimientos especializados así como disposiciones, habilidades y destrezas (tanto formales como informales, médicas y no médicas) y, junto con ello, una serie de esquemas clasificatorios que, entre otras de sus propiedades, cumplen con una importante función generativa de las prácticas y de la definición de ciertos gustos, preferencias, criterios y principios de elección y orientación.

La definición del tipo de escuela de medicina o universidad incide en buena medida en el tipo de hospitales por donde las y los médicos rotan y realizan el internado, acotando de esta forma el tipo de formación clínica, práctica, que pueden adquirir en esta etapa práctica de su formación profesional. En esta investigación sostengo que existe un patrón en las trayectorias formativas de las y los médicos, patrón que supone una continuidad entre la formación en universidades privadas y la posterior formación clínica en hospitales también privados, ocurriendo lo mismo entre universidades y hospitales públicos.

Aunque dicha regularidad en buena medida está articulada por el efecto determinante de los factores antes señalados; no cualquier persona puede estudiar en una universidad privada y mucho menos en una de alto prestigio; sostengo que existe también y quizá con mayor relevancia para la articulación de las trayectorias de las y los médicos una afinidad que se expresa en los gustos y las preferencias de las y los médicos. He sostenido también que estos gustos y preferencias son, en una muy buena medida, una proyección de las

experiencias e intereses asimilados a lo largo de la socialización, tanto en la trayectoria formativa como de la trayectoria social.

Las y los médicos o, mejor dicho, sus familias, definen una universidad porque esperan encontrar situaciones y condiciones similares y acordes a su situación de clase, por su parte, las y los estudiantes de medicina buscan continuar con aquellos principios que les fueron transmitidos como parte de su educación universitaria. A su vez las y los médicos generales buscan desarrollar una carrera profesional de acuerdo con las experiencias desarrolladas durante sus rotaciones por los hospitales. En este sentido, la conformación de las trayectorias se sustenta tanto en el constreñimiento como en la búsqueda activa, interesada, por parte de las y los médicos.

Ahora bien, los estilos de práctica médica remiten precisamente a las experiencias comunes a las cuales las y los médicos se ven sometidos como parte de su socialización como médicos y que permiten, por otro lado, delimitar ciertos tipos de trayectorias. Así, por ejemplo, sabemos que la afinidad entre una educación universitaria privada y la rotación por hospitales privados tiene como fundamento una continuidad en el tipo de práctica médica que se aprende y reproduce en estos espacios. En esta investigación hemos llamado “medicina basada en evidencias” a este tipo de práctica. Los detalles acerca de cómo se manifiesta dicho estilo los hemos ido delineando en la investigación, baste decir que son médicas y médicos que buscan en la medida de lo posible desarrollar sus actividades médicas siguiendo la primacía del conocimiento, de las evidencias; del mismo modo son médicos que privilegian el uso de herramientas tecnológicas de diagnóstico y en consecuencia su búsqueda de una especialidad priorizará todas aquellas especialidades y hospitales que les garanticen esta forma de práctica de la medicina, lo mismo puede decirse de las y los médicos formados en universidades y, sobre todo, en hospitales públicos, marcados por la carencia de recursos y donde deben aprender una atención de la salud basada en sus propias habilidades clínicas. Estos médicos desarrollan un estilo fundamentalmente clínico, marcado por la “medicina basada en existencias”.

Si bien es posible identificar estilos de práctica médica, más o menos generalizables y abarcadores, no es menos cierto que también es posible dar cuenta de cómo la propia pluralidad de experiencias vivenciadas a lo largo de la trayectoria permite la emergencia de una singularidad de estilos. Recordemos que nuestras trayectorias nunca pasan siempre por los mismos espacios ni tampoco son vivenciadas de la misma manera; no todos somos igual de ricos ni igual de pobres, no somos mujeres y hombres iguales, no sufrimos de las mismas coyunturas al mismo tiempo, etc.

En este capítulo he llamado la atención sobre cómo la asimilación e incorporación de experiencias diferenciadas, ya sea por las condiciones asociadas al origen social, el tipo de escuela, el tipo de hospital, las experiencias en los servicios, etc, permite a las y los médicos definir una estrategia de desarrollo profesional, y mediante ella la elección de una especialidad. Son todas estas experiencias, factores, principios e intereses los que, en su conjunto, entrecruzándose, permiten la delimitación de un estilo más o menos personal, de una forma singular de ser médico o médica.

Finalmente, quisiera utilizar este mismo análisis para observar la definición de la identidad profesional de las y los médicos. Dicha identidad no es el resultado de la consolidación de una “unicidad” sino el resultado de múltiples diferenciaciones que nunca dejan de cambiar a lo largo de la vida de las personas.

Conclusiones generales

A continuación, presento algunas reflexiones finales que buscan englobar de manera sintética algunos de los principales hallazgos de esta investigación. Hay que decir también que en el camino quedaron dispersos un sin número de hallazgos, conjeturas e hipótesis alternativas, que merecen, por sí mismas, sus propias investigaciones. En este sentido, se puede decir que estas conclusiones son en realidad la emergencia de una hipótesis que se fue construyendo gradualmente, de forma abductiva, a lo largo del proceso de investigación.

- a) **El proceso de identificación profesional de las y los médicos se encuentra constitutivamente estructurado por diversos factores contextuales, siendo los principales, en un primer momento, el origen social y el género, posteriormente, cuando las y los médicos han sido socializados en el campo médico, dichos factores contextuales remiten a la posesión de diversos capitales específicos de este campo: conocimiento especializado, habilidades clínicas, confianza y prestigio (capítulos 3, 4, 5, 6 y 8).** El principal hallazgo de esta investigación remite a su hipótesis central. Como se puede apreciar en los capítulos 3, 4, 5, 6 y 8, las y los médicos experimentan su proceso de identificación profesional en el marco de *estilos de práctica médica* diferenciados, los cuales son, a su vez, producto de un conjunto de *trayectorias* sociales y formativas cuya diversidad se explica por la incidencia de los citados factores en un contexto histórico marcado

por la transformación interna de la profesión médica. En el capítulo 3 fue posible apreciar como la profesión médica se encuentra sujeta a una transformación interna marcada por la feminización y la especialización de la práctica médica, dicho contexto sienta las bases para comprender una serie de implicaciones institucionales que impactan en la vida de las y los médicos y como tal en las exigencias sociales para construir un conjunto determinado de identidades profesionales. Por su parte, como pudimos ver en el capítulo 4, estas trayectorias tienen un origen en una serie heterogénea de *estrategias de reproducción social* generadas en el marco de los entramados familiares de las y los médicos. Por medio de estas estrategias, las familias de los futuros profesionales definen el tipo de formación universitaria, la carrera y las aspiraciones de movilidad pertinentes para sus hijos e hijas. Dichas estrategias definen a su vez *proyectos* que sirven como base para que las y los estudiantes puedan dotar de sentido a sus actividades, elecciones y decisiones durante la vida universitaria. Hay que decir que dichos proyectos y, en general, las estrategias se encuentran estructuradas en función de los *intereses y principios de visión y de división del mundo* propios del ámbito familiar, particularmente, de aquellas *condiciones* asociadas a la posición que las familias ocupan en el *espacio social*, esto es, a su *clase social* de origen. De esta forma, las familias definen el tipo de formación universitaria que recibirán sus hijos, ya sean públicas o privadas y dentro de estas, cuáles universidades en particular.

Como vimos en los capítulos 5 y 6, la formación universitaria genera una ruptura con los intereses y principios del orden familiar, para colocar, en su lugar, una *visión del mundo médico* cuya asimilación supone la incorporación subjetiva de los principios y reglas del campo médico. En este momento de las trayectorias formativas, este desplazamiento ocurre principalmente a través del aprendizaje de sendos acervos de *conocimiento especializado*, los cuales darán pie posteriormente a la formación de uno de los principales *capitales* específicos que estructuran al campo médico. Ahora bien, hay que decir que adicionalmente a la incorporación de esta visión del mundo médico el paso por los diferentes tipos de universidades supone también la transmisión de una definición o de una creencia relativa a la forma como

debe de llevarse a cabo la práctica médica, esto se puede registrar particularmente en las universidades privadas donde las y los médicos son instruidos para seguir el modelo de la *medicina basada en evidencias*.

Sostengo en esta investigación que las trayectorias formativas de las y los estudiantes de medicina comienzan a generar cierta *inercia* en los *estilos de práctica médica* a partir del encadenamiento de una serie de preferencias y *gustos* (y obviamente de sus posibilidades objetivas) que pueden rastrearse hasta la definición de las propias estrategias familiares pero que son expresados ya no en términos de los intereses y criterios de su posición social de origen sino de aquellos pertinentes al campo médico. Puedo decir así que las universidades operan una *traducción* de intereses, de aquellos específicos asociados a determinada posición social en la estructura de clases, a otros, específicos del tipo de práctica médica impulsado por el tipo de universidad, en este sentido, se puede rastrear una traducción de los intereses de las clases altas con la medicina basada en evidencias, mientras que los intereses propios de las clases bajas se traducen en los principios (implícitos) de la medicina *basada en existencias*, esta última, por lo general, no es una *afinidad* electiva, como si lo es en las clases altas, sino sólo una continuación de la necesidad. En el capítulo 6, se observa ver cómo las y los estudiantes, que ya han asimilado la visión del mundo médico, generan una serie de estrategias con base exclusivamente en los intereses propios del campo médico. Estas estrategias recurren a una serie de clasificaciones disponibles sobre el tipo de hospitales por los que pueden rotar para realizar el internado, estas clasificaciones les son útiles para elegir aquellas opciones que desde su punto de vista les garanticen la mejor formación clínica posible. Así, en este capítulo pudimos notar una correspondencia entre quienes provienen de universidades públicas y un interés por adquirir la mayor cantidad de habilidades clínicas posibles, “hacer manitas”, mientras que entre quienes se formaron en universidades privadas, predomina, tendencialmente, un interés por equilibrar esta transmisión de manitas y la adquisición de una mejor “enseñanza”, esto es la transmisión de un conocimiento especializado, clínico, pero acorde con el principio de medicina basada en evidencias.

Este conjunto de elecciones y gustos va consolidando la definición de trayectorias diferenciadas y en el marco de estas, de estilos de práctica médica, de formas de ver y entender el mundo y la práctica médica. De esta forma, el establecimiento de estos estilos de práctica médica supone la incorporación e interiorización de *habitus* médicos diferenciados y por lo tanto de identidades médicas también segmentadas. Finalmente, en el capítulo 8, es posible ver cómo las y los médicos, que han incorporado las reglas del campo médico después de un largo e intenso proceso de socialización al interior de universidades y hospitales, despliegan una serie de nuevas estrategias profesionales, *proyectos profesionales*, en una coyuntura que los coloca ante la disyuntiva de integrarse al mercado laboral como médicos y médicas generales o continuar con su formación como médicos especialistas. Estas estrategias están caracterizadas por el hecho de que nuevamente incorporan los intereses externos al campo médico, los intereses del ámbito familiar, sus intereses de clase. Sin embargo, a diferencia de los primeros momentos de la trayectoria, en esta coyuntura, las y los médicos (y en muchas ocasiones de la mano de sus nuevos entramados familiares) definen estrategias buscando equilibrar los intereses del campo médico, sus estilos de práctica médica, sus propias experiencias acumuladas, su *habitus* singulares, para definir un proyecto profesional bajo la forma de una especialidad específica. En este sentido, puedo sostener que la definición de determinadas especialidades es una consecuencia, entre otras cosas, del efecto acumulado de las propias trayectorias formativas, las cuales han dejado huella en las habilidades, capacidades, conocimientos, disposiciones y gustos de las y los médicos. De esta forma, estas y estos profesionistas definen su identidad, con base en el pasado, pero también en atención de su posible futuro, de un proyecto profesional que no sólo contempla lo que asimilaron del mundo de la medicina sino también una serie de aspiraciones y planes familiares, personales y de clase.

- b) La identificación profesional de las y los médicos deviene como consecuencia de un largo e intensivo proceso de socialización al interior del campo y la profesión médica, gracias a dicha socialización las y los médicos, incorporan acervos de conocimiento especializado, habilidades y disposiciones que en su**

conjunto definen marcos de significado por medio de los cuales las personas dotan de sentido e inteligibilidad al mundo, a sus prácticas y a sí mismos. A lo largo de esta investigación se hizo patente el tortuoso proceso de socialización al que son sometidos las y los médicos en formación, en cada etapa de sus trayectorias, a las y los médicos se les demanda la asimilación de nuevos marcos de significado, de conocimientos, habilidades y disposiciones que conllevan en su fundamento un conjunto de *esquemas clasificadorios* que les permiten a las y los médicos comprender el mundo que les rodea, dotarlo de sentido, de clasificarlo para definir así su naturaleza, pero sobre todo, para clasificarse a sí mismas y a sí mismos, para saber quiénes son ellas y ellos, qué lugar ocupan en las diferentes situaciones por las que atraviesan, qué es lo que se espera de ellas y ellos y cómo deben proceder en consecuencia, todas estas definiciones siempre en relación con los otros y con el mundo. Así, la incorporación de estos marcos de significado y de sus propios esquemas clasificadorios les permiten a las personas actuar de manera competente en el mundo, dotarlo de inteligibilidad y de sentido, les permiten devenir como médicos y como médicas, les permiten ser. De esta manera, sostengo que la identificación profesional es el resultado de la incorporación de lo social en la subjetividad de las personas, de la asimilación de una *identidad social* objetivada en las posiciones sociales por las que transitamos a lo largo de nuestra biografía. La incorporación de esta identidad, o mejor dicho de una serie de identidades a lo largo de nuestras trayectorias sociales, nos obliga a *identificarnos* constantemente, a desarrollar y adaptar permanentemente una *consciencia de nosotros mismos*, una *persona* singular, que es el resultado del entrecruzamiento de múltiples identidades que hemos tenido que dominar a lo largo de nuestro desplazamiento por una serie de posiciones diversas en el espacio social. En este sentido, postulo que el proceso de identificación profesional de las y los médicos es el resultado de la asimilación e incorporación de la identidad del médico, de su rol y su estatus, con el cual las y los médicos se identifican pero siempre con la mediación de toda una serie de identidades que las y los médicos han ido aprendiendo y dominando de manera práctica, tácita, desde su nacimiento, es por ello que la identidad de cada médico es

tan específica y diferenciada tanto como la propia complejidad de su trayectoria, hablamos así de médicos que son simultáneamente mujeres, residentes o internas, que detentan cierta posición en el espacio social, o sea que pertenecen a cierta clase, que son al mismo tiempo cirujanos, mamás, etc... De esta forma, la identidad de las y los médicos remite a la influencia recíproca de todas estas *máscaras* por medio de las cuales se reconocen a sí mismos y a sí mismas al tiempo que sientan las posibilidades de sus propias prácticas en el mundo, de su hacer el mundo.

- c) **El proceso de identificación de las y los médicos está articulado alrededor de dos tensiones, una que tiende hacia la integración y otra que tiende hacia la diferenciación con la profesión.** Como vimos en el capítulo 7, la socialización de los y las médicas, fundamentalmente durante el internado está estructurada sobre la incorporación intensiva de una serie de habilidades clínicas y disposiciones prácticas que no tienen otro fin más que su disciplinamiento e incorporación al trabajo hospitalario. De esta forma, las y los médicos se integran, generan una solidaridad y un espíritu de cuerpo que los hace uno o una con su profesión. Simultáneamente y de manera paradójica este proceso de socialización exige de ellas y ellos asimilarse a un contexto profesional marcado por la propia diferenciación interna de la profesión, en este caso, a la especialización y la segmentación interna del espacio hospitalario en “servicios”, los cuales cuentan con sus propias condiciones y lógicas de trabajo específicas. De esta forma, las y los médicos deben asimilar por un lado una identidad profesional general al tiempo que tienen la posibilidad de elegir y definir una identidad específica con algún estilo de práctica médica, con una especialidad, con un servicio en particular. La asimilación de este momento de la trayectoria formativa les permite a las y los médicos *construir* una identidad profesional con base en sus propios gustos y preferencia, reproduciendo con ello una pauta estructural que tiende hacia la propia diferenciación de la profesión. Así las y los médicos producen y reproducen su profesión, diferenciándola, al tiempo que constituyen su propia identidad. Dicha reproducción estructural, esta identificación, se registra en el día a día, por medio de una continuidad de los estilos de práctica médica, por medio de la definición de

estrategias, por medio del establecimiento de fronteras sociales, criterios morales, distinciones y prácticas enclavadas y enclavantes. La constitución de la profesión médica es un ejercicio que las y los médicos hacen hábilmente en su día a día por medio de su propia definición.

d) El proceso de identificación no es sólo la asimilación pasiva de un proceso de socialización, las y los médicos construyen activamente su identidad por medio de su agencia, aunque no lo hacen en “condiciones de su propia elección”. Como vimos a lo largo de la investigación las y los médicos establecen una serie de estrategias y tácticas por medio de las cuales buscan incidir en la articulación de sus trayectorias de reproducción social, formativas y profesionales, este fenómeno nos permite captar la capacidad de agencia de la personas, pero también nos permite ver que dicha agencia está situada y es práctica, se trata de una agencia que descansa en entramados de relaciones y que sólo es posible por la habituación y dominio de las condiciones a que ha sido sometida la trayectoria de las personas. Esta agencia opera entonces sobre la base de un *habitus* situado, por medio de un cierto dominio práctico de las experiencias pasadas que les permite a las y los médicos anticipar el futuro probable y así definir posibles *jugadas* y *apuestas* que son guiadas siempre por el dominio de un sentido del juego.

e) Por último, en esta investigación pude mostrar la necesidad de adoptar un conjunto de posturas metodológicas sin las cuales sería imposible comprender a cabalidad el proceso de identificación profesional de las y los médicos: una sociología de las prácticas; una perspectiva relacional y una postura procesual. El proceso de identificación profesional de las y los médicos sólo puede comprenderse si asumimos que buena parte de este ocurre por medio de la transmisión de conocimientos y habilidades que no se registran en una dimensión plenamente cognoscitiva (discursiva), sino en el terreno de las prácticas y destrezas, en las emociones y percepciones. Dichas prácticas suponen en sí mismas un saber (un *saber hacer*) que es tácito y que se registra de manera implícita, ajeno a su objetivación discursiva. Por su parte, debemos comprender de una vez que las

actividades sociales no son llevadas a cabo por individuos aislados, por conciencias que realizan acciones de acuerdo con causas abstractas, la realidad social se organiza de manera relacional, las acciones no remiten sólo a individuos sino a un entramado diverso de vínculos y relaciones entre agentes heterogéneos (incluso materiales). Un acercamiento relacional supone que debemos de situar las prácticas de las personas como una producción del mundo, de sus regularidades, que no son otra cosa que la historia social que actúa encarnada en la subjetividad individual. Pensar las actividades de las personas como resultado de conciencias aisladas, abstractas, supone también omitir que dichas conciencias son producto de su historicidad, que tienen un pasado y un futuro que las hace posibles, que las dota de sentido. La sociología contemporánea no puede seguir pensando a partir de entidades reificadas, debe en su lugar, dar cuenta de personas vivas que se constituyen con otras y otros en un espacio social estructurado, que tiene sus propias inercias y que les demanda definir sus propios proyectos como condición básica de su existencia en el mundo.

Bibliografía

- Abbott, A. (1995). Things of Boundaries. *Social Research*, 62.
- Abbott, A. (2001). *Time matters on theory and method*. University of Chicago Press.
- Asad, T. (2003). Thinking about Agency and Pain. En *Formations of the secular: Christianity, Islam, modernity* (pp. 67-99). Stanford University Press.
- Atkinson, P. (1995). *Medical Talk and Medical Work*. SAGE Publications.
- Atkinson, P. (2018). *The Clinical Experience, Second edition (1997): The Construction and Reconstrucion of Medical Reality*. Routledge.
- Austin, J. L. (1975). *How to Do Things with Words: Second Edition*. Harvard University Press.
- Baeta S, M. F. (2015). Cultura y modelo biomédico: Reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84.
- Becker, H. S. (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Transaction Books.
- Becker, H. S. (2009a). *Outsiders: Hacia una sociología de la desviación*. Siglo Veintiuno.
- Becker, H. S. (2009b). *Trucos del oficio: Cómo conducir su investigación en ciencias sociales*. Siglo Veintiuno.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1997). *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido: La orientación del hombre moderno*. Grupo Planeta (GBS).
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2006). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Bertaux, D. (1982). Stories as Clues to Sociological Understanding: The Bakers of Paris. En P. Thompson & N. Burchardt (Eds.), *Our Common History: The Transformation of Europe*. Humanities Press.
- Bertaux, D. (2005). *Los Relatos de vida: Perspectiva etnosociológica*. Bellaterra.

- Bertaux, D. (2011). El enfoque biográfico: Su validez metodológica, sus potencialidades. *Acta Sociológica*, 1(56), 61-93-93.
<http://dx.doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.29458>
- Bertaux, D., & Bertaux-Wiame, I. (1981). Life stories in the bakers trade. En *Biography and Society: The Life History Approach in the Social Sciences*. Sage Publications.
- Bloom, S. W., & Wilson, R. N. (1998). Relaciones entre paciente y médico. En H. E. Freeman & S. Levine (Eds.), *Manual de Sociología Médica*. Fondo de Cultura Económica.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. University of California Press.
- Bolívar, A., & Domingo, J. (2006). La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. *Forum: Qualitative social research*, 7(4), 1-43.
- Bottero, W. (2010). Intersubjectivity and Bourdieusian Approaches to 'Identity'. *Cultural Sociology*, 4(1), 3-22. <https://doi.org/10.1177/1749975509356750>
- Bourdieu, P. (1972). *Outline of a theory of practice*.
- Bourdieu, P. (1973). Condición de clase y posición de clase. En F. Barbano (Ed.), *Estructuralismo y sociología*. Ediciones Nueva Visión.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2007a). De la regla a las estrategias. En *Cosas dichas*. Gedisa.
- Bourdieu, P. (2007b). *El sentido práctico*.
- Bourdieu, P. (2007c). La codificación. En *Cosas dichas* (pp. 83-92). Gedisa.
- Bourdieu, P. (2008a). Algunas propiedades de los campos. En *Cuestiones de Sociología* (pp. 112-160). Ediciones Akal.
- Bourdieu, P. (2008b). *El oficio de sociólogo*. Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2008c). *¿Qué significa hablar?: Economía de los intercambios lingüísticos*.
- Bourdieu, P. (Ed.). (2010). Comprender. En *La miseria del mundo*. Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de la reproducción social*. Siglo Veintiuno.
- Bourdieu, P. (2012). *La distinción: Criterios y bases sociales del gusto* (M. C. Ruiz de Elvira Hidalgo, Trad.). Taurus.

- Bourdieu, P. (2013). *La nobleza de estado: Educación de élite y espíritu de cuerpo*. Siglo Veintiuno Editores.
- Bourdieu, P. (2020). *Curso de sociología general 1: Conceptos fundamentales*.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (2008). *Una invitación a la sociología reflexiva* (1a ed.). Siglo Veintiuno.
- Brosnan, C. (2014). Medical Education and Pierre Bourdieu. En *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* (pp. 1361-1366). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs307>
- Butler, J. (1988). Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory. *Theatre Journal*, 40(4), 519-531. <https://doi.org/10.2307/3207893>
- Butler, J. (1997). *The Psychic Life of Power: Theories in Subjection*. Stanford University Press.
- Caetano, A. (2015). Personal reflexivity and biography: Methodological challenges and strategies. *International Journal of Social Research Methodology*, 18(2), 227-242. <https://doi.org/10.1080/13645579.2014.885154>
- Cassell, J. (2009). *The Woman in the Surgeon's Body*. Harvard University Press.
- Castro Pérez, R., Villanueva Lozano, M., Castro Pérez, R., & Villanueva Lozano, M. (2019). El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu. *Sociológica (México)*, 34(97), 73-113.
- Castro, R. (2015). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2). <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rms/article/view/46428>
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos* (Primera Edición). UNAM.
- Castro Vasquez, M. del C. (2008). *De pacientes a exigentes un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. Colegio de Sonora.
- Chase, S. E. (2018). Narrative inquiry: Toward theoretical and methodological maturity. *The Sage handbook of qualitative research*, 5, 546-560.

- Clavreul, J. (1983). *El Orden médico*. Argot Compañía del Libro.
- de Certeau, M. (1999). *La invención de lo cotidiano*. Universidad Iberoamericana, Departamento de Historia Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- de Coninck, F., & Godard, F. (2015). El enfoque biográfico a prueba de interpretaciones: Formas temporales de causalidad*. En T. Lulle, P. Vargas, & L. Zamudio (Eds.), *Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales. II* (pp. 250-292). Institut français d'études andines. <https://doi.org/10.4000/books.ifea.3521>
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive biography*. Newbury Park : Sage.
<http://archive.org/details/interpretivebiog0000denz>
- Emirbayer, M., & Mische, A. (1998). What Is Agency? *American Journal of Sociology*, 103(4), 962-1023. <https://doi.org/10.1086/231294>
- Emmel, N. (2013). *Sampling and choosing cases in qualitative research: A realist approach*. Los Angeles London SAGE.
- Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médico-usuarias de servicios ginecológicos. En R. Castro & A. L. Gómez, *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: Avances y desafíos en la investigación regional* (pp. 103-121). Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Universidad de la República.
- Erviti, J., Castro, R., & Sánchez, I. A. S. (2006). Las luchas clasificatorias en torno al aborto: El caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios Sociológicos*, XXIV(72), 637-665.
- Fernández, J. A. (2002). *Estructura y formación profesional: El caso de la profesión médica*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Filosofía y as, Dirección de Fomento Editorial, Centro de Estudios Universitarios.
- Foucault, M. (1978a). *El nacimiento de la clínica una arqueología de la mirada médica* (4 ed.). Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (1978b). La incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educ Med Salud*, 1, 20-35.

- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. La Piqueta.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica. I*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2017a). El sujeto y el poder. En H. L. Dreyfus & P. Rabinow, *Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (pp. 353-380). Monte Hermoso.
- Foucault, M. (2017b). La política de salud en el siglo XVIII. En *Obras esenciales* (p. 1095). Paidós.
- Fox, R. C. & Renée G. Fox. (1957). *TRAINING FOR UNCERTAINTY*. 207-242.
<https://doi.org/10.4159/harvard.9780674366831.c13>
- Franzosi, R. (1998). Narrative Analysis—Or Why (and How) Sociologists Should Be Interested In Narrative. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 517-554.
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.517>
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Península.
- Freidson, E. (1988). *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal*. University of Chicago Press.
https://books.google.com.mx/books/about/Professional_Powers.html?id=IbtjVU5Ou0MC&redir_esc=y
- Gadamer, H.-G. (1984). *Verdad y método*. Sígueme-Salamanca.
- Gálvez Santillán, E. (2016). Trabajo decente: Una comparación entre los médicos del sector salud en Nuevo León y el contexto nacional. *Trayectorias*, 18(42).
<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=60744250005>
- Garfinkel, H. (1967). *Estudios en etnometodología*. Anthropos Editorial.
- Geertz, C. (1996). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Giddens, A. (1976). *Las nuevas reglas del método sociológico. Crítica positiva de las sociologías comprensivas*. Amorrortu.
- Giddens, A. (1978). El positivismo y sus críticos. En R. A. Nisbet & T. Bottomore, *Historia del análisis sociológico* (pp. 273-326). Amorrortu.

- Giddens, A. (1984). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Amorrortu.
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Stanford University.
- Giddens, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península.
- Giménez, G. (2004). Culturas e identidades. *Revista Mexicana de Sociología*, 66, 77-99.
<https://doi.org/10.2307/3541444>
- Giménez, G. (2007). *Estudios Sobre la Cultura y Las Identidades Sociales*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Giménez, G. (2009). *Identidades sociales*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2008). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine.
- Goffman, E. (2004). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu.
- Goffman, E. (2009). *Estigma (2a Ed): La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores España SL.
- Good, M.-J. D. (1994). Expected Miracles: Surgeons at Work. Joan Cassell. *Medical Anthropology Quarterly*, 8(2), 234-236.
<https://doi.org/10.1525/maq.1994.8.2.02a00130>
- Hafferty, F. W., Hafferty, F. W., Frederic W. Hafferty, Franks, R. D., & Franks, R. D. (1994). The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of Medical Education. *Academic Medicine*, 69(11), 861-871. <https://doi.org/10.1097/00001888-199411000-00001>
- Heritage, J. (1990). Etnometodología. En A. Giddens & J. Turner (Eds.), *La teoría social hoy*. Alianza Editorial y CONACULTA.
- Hernandez, Á. M. (2011). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos.
- Herrera, C. (2010). De «pacientita» a ciudadana: El largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico. En R. Castro & A. L. Gómez, *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: Avances y desafíos en la investigación regional*. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Universidad de la República.

- Herzfeld, M. (2005). *Cultural intimacy: Social poetics in the nation-state*. Routledge.
- Hughes, E. C. (1971a). Cycles, Turning Points, and Careers. En *The Sociological Eye: Selected Papers* (pp. 124-131). Transaction Publishers.
- Hughes, E. C. (1971b). *The Sociological Eye: Selected Papers*. Transaction Publishers.
- Jenkins, R. (1983). *Lads, citizens and ordinary kids: Working class youth life-styles in Belfast*. Routledge & Kegan Paul.
- Kritzer, H. M. (2007). Toward a Theorization of Craft. *Social & Legal Studies*, 16(3), 321-340. <https://doi.org/10.1177/0964663907079762>
- Lahire, B. (2006). *El espíritu sociológico*. Ediciones Manantial.
- Lamont, M., & Molnár, V. (2002). The Study of Boundaries in the Social Sciences. *Annual Review of Sociology*, 28(1), 167-195. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.28.110601.141107>
- Martínez, Á. (2008). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*.
- McNay, L. (2003). Agency, anticipation and indeterminacy in feminist theory. *Feminist Theory*, 4(2), 139-148.
- Mead, G. H. (1953). *Espíritu, persona y sociedad: Desde el punto de vista del conductivismo social*. Paidós.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1, 9-32.
- Menéndez, E. L. (2020). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. EDUNLa. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/8>
- Merton, R. King, Reader, G. G., & Kendall, P. L. (Eds.). (1957). *The student-physician introductory studies in the sociology of medical education*. Columbia University.
- Mumford, E. (1970). Interns: From Students to Physicians. *Contemporary Sociology*. <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674428959>
- Négroni, C. (2012). Turning points in the life course: A narrative concept in professional bifurcations. En *Biography and Turning Points in Europe and America* (pp. 41-64). The Policy Press. <https://bristoluniversitypressdigital.com/display/book/9781447307402/ch002.xml>

- Nigenda, G., Alcalde-Rabanal, J., González-Robledo, L. M., Serván-Mori, E., García-Saiso, S., Lozano, R., Nigenda, G., Alcalde-Rabanal, J., González-Robledo, L. M., Serván-Mori, E., García-Saiso, S., & Lozano, R. (2016). Eficiencia de los recursos humanos en salud: Una aproximación a su análisis en México. *Salud Pública de México*, 58(5), 533-542. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8243>
- Nigenda, G., & Ruiz, J. A. (2010). *Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud: Bases para su planeación estratégica*. Instituto Nacional de Salud Pública : Cendex, Centro de Proyectos para el Desarrollo.
- Oberheim, E., & Hoyningen-Huene, P. (2018). The Incommensurability of Scientific Theories. En E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2018). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/incommensurability/>
- Parsons, T. (1967). *Ensayos de teoría sociológica*. Paidós.
- Parsons, T. (1968). *La estructura de la acción social* (Vol. 1). Guadarrama.
- Parsons, T. (1976). *El sistema social*. Revista de Occidente.
- Parsons, T. (1979). Profesiones liberales. En D. L. Sills (Ed.), *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales* (Vol. 8, pp. 538-546). Aguilar.
- Parsons, T. (1986). *Biografía intelectual: El simbolismo económico y religioso en occidente*. Universidad Autónoma de Puebla.
- Payá, V. A., & Bracamonte, P. A. (Eds.). (2019). *Hombres y mujeres de blanco. Un estudio socioantropológico de un hospital de urgencias médicas*.
- Portes, A. (1999). Capital social: Sus orígenes y aplicaciones en la sociología moderna. En *De igual a igual. El desafío del Estado ante los nuevos problemas sociales* (pp. 243-266). F.C.E., Siempro, FLACSO.
- Pujadas Muñoz, J. J. (2002). *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Ramiro-H, M., Cruz-A, J. E., Zerón-Gutiérrez, L., & Arévalo-Vargas, A. (2017). El ENARM y las escuelas y facultades de medicina. Un análisis que no le va a gustar a nadie*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(4), 498-511.

- Roberts, B. (2014). Biographical Research. Past, present, future. En M. O'Neill, A. Sparkes, & B. Roberts (Eds.), *Advances in Biographical Methods: Creative Applications*. Routledge.
- Rojas, R. (2020, mayo 21). Las 10 mejores escuelas para estudiar Medicina en México en este 2020. *Saludiarario*. <https://www.saludiarario.com/las-10-mejores-universidades-para-estudiar-medicina-en-mexico-en-este-2020/>
- Rosenthal, G., & Fischer-Rosenthal, W. (2004). The Analysis of Narrative-biographical Interviews. En U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Eds.), *A Companion to Qualitative Research*. SAGE.
- Schluchter, W. (2018). *El desencantamiento del mundo: Seis estudios sobre Max Weber*. Fondo de Cultura Económica.
- Schrewe, B., Bates, J., Pratt, D., Ruitenberg, C. W., & McKellin, W. H. (2017). The Big D(eal): Professional identity through discursive constructions of 'patient'. *Medical Education*, 51(6), 656-668. <https://doi.org/10.1111/medu.13299>
- Schutz, A. (1962). *El problema de la realidad social*. Amorrortu.
- Schutz, A. (1974). *Estudios sobre teoría social* (A. Brodersen, Ed.). Amorrortu.
- Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social: Introducción a la sociología comprensiva*. Paidós.
- Silva, E. B. (2016). Unity and Fragmentation of the Habitus. *The Sociological Review*, 64(1), 166-183. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.12346>
- Silverman, D. (1987). *Communication and Medical Practice: Social Relations in the Clinic*. SAGE Publications.
- Simmel, G. (2014). *Sociología*. FCE - Fondo de Cultura Económica. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4559979>
- Sinclair, S. (1997). *Making Doctors: An Institutional Apprenticeship*. Routledge.
- Skeggs, B. (2011). *Formations of class and gender: Becoming respectable*. SAGE Publications.
- Solis, P., & Boado, M. (2016). *Y sin embargo se mueve ...: Estratificación social y movilidad intergeneracional de clase en América Latina*.

- Somers, M. R. (1992). Narrativity, Narrative Identity, and Social Action: Rethinking English Working-Class Formation. *Social Science History*, 16(4), 591-630. <https://doi.org/10.1017/s0145553200016679>
- Somers, M. R. (1994). The Narrative Constitution of Identity: A Relational and Network Approach. *Theory and Society*, 23(5), 605-649.
- Strauss, A. (1969). *Mirrors and masks: The search for identity*. Sociology Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Torterola, E. (2009). *Individuo y profesión: El proceso de especialización en las teorías de la modernidad de Max Weber y Georg Simmel*. Prometeo libros.
- Veazey Brooks, J., & Bosk, C. L. (2012). Remaking surgical socialization: Work hour restrictions, rites of passage, and occupational identity. *Social Science & Medicine*, 75(9), 1625-1632. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.07.007>
- Villanueva Lozano, M. (2019). Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: La vida secreta de los hospitales escuela. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, 5. <https://doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>
- Weber, M. (2004). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Fondo de Cultura Económica.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*.
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender & Society*, 1(2), 125-151. <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>
- Wortham, S. E. F. (2001). *Narratives in Action: A Strategy for Research and Analysis*. Teachers College Press.

