

# Agencia y mecanismos institucionales: la reproducción estructural del campo médico mexicano

*Agency and institutional mechanisms:  
The structural reproduction of the Mexican medical field*

ROBERTO CASTRO Y MARCIA VILLANUEVA

Recibido: 8 de noviembre de 2021

Aceptado: 13 de enero de 2023

**Resumen:** Existe un componente agentivo (habitus profesional) que reproduce la estructura del campo médico a través de mecanismos institucionales como la referencia y contrarreferencia de pacientes a través de los niveles de atención médica, los cuales mantienen una dialéctica con las jerarquías por especialidades. Con la analogía de juego de Bourdieu, este artículo analiza testimonios de médicos sobre la presión del sistema para especializarse; sobre la operación de los médicos de primer y segundo nivel, y sobre las interacciones entre médicos de diferentes niveles. Se muestra que con ello se asegura el funcionamiento y la reproducción de la estructura del campo en su conjunto.

**Palabras clave:** campo médico, jerarquías, habitus profesional, niveles de atención médica, referencia de pacientes.

**Abstract:** There is an agentive component (professional habitus) that reproduces the structure of the medical field through institutional mechanisms such as the referral and counter-referral of patients between levels of healthcare, which maintain a dialectic relationship with the hierarchies of specialties. Using Bourdieu's game analogy, this article analyses medical testimonies about the pressure of the system to specialize; on the work of first and second level doctors, and on the interactions between doctors working at different levels. These elements ensure the operation and reproduction of the structure of the field.

**Keywords:** medical field, hierarchies, professional habitus, healthcare system.

Las instituciones dominantes de los diversos campos sociales suelen producir recuentos históricos que se caracterizan por una tendencia a concebirse a sí mismas como el resultado de una larga evolución de etapas sucesivas que, de manera natural, han desembocado en los arreglos sociales del presente.<sup>1</sup> En el ámbito de la historia, se nombra de manera crítica historiografías “whiggistas”<sup>2</sup> a este tipo de recuentos que exponen la historia a través de grandes narrativas presentistas, es decir, como un progreso de un pasado oscuro a un presente glorioso (Wilson y Ashplant, 1988). En el campo médico mexicano se han producido muchas narrativas acerca del surgimiento y el desarrollo tanto de las instituciones de salud como de las políticas públicas con este tipo de enfoques hagiográficos (ver, por ejemplo, Fajardo Ortiz y Sánchez González, 2005; Gómez-Dantés y Frenk, 2019).<sup>3</sup>

Del mismo modo, cuando se trata de describir la operación de los servicios de salud, las publicaciones autorales e institucionales que produce el campo médico tienden a proponer narrativas que enfatizan la *estructura* administrativa del sistema en su conjunto, en detrimento de los abordajes que se enfocan en el análisis social de su *funcionamiento*. Abundan los trabajos que caracterizan la división de los sistemas de salud en tres niveles de atención (i.e., primaria, secundaria y terciaria), señalando que esta es la forma más racional y eficiente de organización (Vignolo *et al.*, 2011). Estas descripciones suelen legitimarse por el hecho de estar “alineadas” con las recomendaciones formuladas por la Organización Panamericana de la Salud (SIDSS, 2019)<sup>4</sup> o la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta última, por ejemplo, señala: “Los sistemas de atención de salud deben trabajar de

1 Esta es una observación de vieja data. Ya Marx lo hacía ver: “La así llamada evolución histórica reposa en general en el hecho de que la última forma considera a las pasadas como otras tantas etapas hacia ella misma, y dado que sólo en raras ocasiones, y únicamente en condiciones bien determinadas, es capaz de criticarse a sí misma [...] las concibe de manera unilateral” (Marx, 1978: 27).

2 El término “whig history” fue acuñado por Herbert Butterfield en 1931 para referirse a un patrón de anacronismo en la escritura histórica en el ámbito de la historia política y religiosa. Desde entonces, esta designación forma parte del argot de los historiadores para criticar todo tipo de historiografía presentista, esto es, aquella que se realiza desde las categorías perceptuales y conceptuales del presente.

3 Esto mismo sucede con muchas otras descripciones históricas de otras áreas de la medicina, en las que los desarrollos se presentan como una cadena de actos de “heroísmo” y “generosidad”, entre varios otros calificativos parecidos (ver, por ejemplo, Casado Vicente, 2018; Friedman y Friedland, 1999).

4 “Se describe en qué consiste la APS-I [Atención de Salud Primaria Integral e Integrada] y su trayectoria histórica durante cuatro décadas y *alinea* la actual versión mexicana con el documento de la Comisión de Alto Nivel de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)”. (SIDSS, 2019: 1; cursivas añadidas).

forma integrada mediante el desarrollo de mecanismos de coordinación de la atención a lo largo de todo el espectro de servicios, incluyendo el desarrollo de redes y de sistemas de referencia y contrarreferencia [de pacientes]” (OMS, 2007).

La tendencia idealizante de estas narrativas ha sido advertida incluso por Guillermo Soberón, uno de los actores de mayor peso dentro del campo médico mexicano, y que tuvo un rol determinante en su estructuración actual:

Cuando se hace un repaso de [...] la evolución del sector salud en México, es posible identificar una cadena de cambios y reformas que [...] parecieran ser el resultado de un proceso cuidadosamente planificado [...] *En realidad*, el sistema ha sido modelado por generaciones de médicos, políticos, abogados, administradores y otros profesionales que han sido sensibles a la naturaleza cambiante de la sociedad y a las modalidades de la administración pública más apropiada a los diferentes tiempos (Soberón, 2015: 354; cursivas añadidas).<sup>5</sup>

En términos sociológicos, lo que la observación de Soberón plantea es que esos actores sociales han sabido jugar el juego del poder, lo que resulta invisible para ellos mismos pues, por la inmediatez que imponen las interacciones sociales, las personas suelen tener la percepción de que la realidad se reduce a ellas.<sup>6</sup> Es tarea de la sociología identificar las estructuras que explican dichas interacciones y desencantar este tipo de relatos para mostrar aspectos de la realidad menos cómodos (Bourdieu, 2000a).

En ese sentido, consideramos que este tipo de descripciones son en sí mismas productos del propio campo. En consecuencia, suelen obviar el análisis de las luchas políticas y sociales siempre presentes, por definición, en todo campo, así como de los mecanismos y las interacciones entre los diversos agentes sociales que resultan en la reproducción de la estructura y el funcionamiento de las instituciones. Sus autores reflejan la posición y, por lo tanto, el punto de vista en el que se ubican, por lo que el ejercicio

---

5 No deja de ser ilustrativo, a su vez, el título *consagratorio* de las memorias de Guillermo Soberón que se citan aquí (*El médico, el rector*), que expresa nuevamente el carácter de esta obra, ante todo como un producto del propio campo médico que tiende a consagrar a sus figuras más estructurantes. El análisis sociológico de este libro será materia de una publicación subsecuente.

6 “[...] la estructura que organiza la ficción, y que fundamenta la ilusión de realidad que produce, se oculta, como en la realidad, bajo las interacciones entre personas que estructura” (Bourdieu, 2002: 35).

de la auto-objetivación resulta en extremo difícil. Así se explica la relativa ausencia de investigaciones que muestren los mecanismos y las luchas a través de los cuales operan y se reproducen las jerarquías institucionales y profesionales que estructuran el campo médico.

En este artículo nos proponemos mostrar la dialéctica que existe entre la organización de los servicios de salud en tres niveles de atención, por una parte, y las jerarquías por especialidades dentro de la profesión médica, por otra. Pero más que mostrar la estructura de estos sistemas como si se tratara de instancias rígidas que existen por decreto (las instituciones) o por tradición (las especialidades), y que funcionaran como por arte de magia en perfecta armonía, lo que queremos es argumentar que es en el carácter que adquieren las relaciones entre sus agentes donde radica la clave para explicar la reproducción del sistema en su conjunto. Es decir, sostenemos que el sistema de salud así estructurado no funciona sólo porque así se le ha organizado, sino que existe todo un componente agentivo, dinámico, por parte de quienes lo integran, que es su vez producto de la *incorporación* (lo social hecho cuerpo y subjetividad) de las estructuras donde se ubican los agentes, es decir, del *habitus* profesional, en este caso de los médicos y del personal de salud.

En este artículo nos referiremos al subcampo de los servicios públicos de salud, que funciona con reglas que no aplican en el espacio de los servicios privados. En este último el acceso a los servicios está regulado básicamente por la capacidad de pago de los usuarios, por lo que no existe una estructuración por niveles de atención. A los servicios públicos de salud, en cambio, se tiene acceso fundamentalmente por la vía de la seguridad social, o por los servicios de la Secretaría de Salud (destinados a la población sin derechohabencia) y, en principio, no se puede transitar por ellos si no es operando con las reglas que diferencian el sistema en niveles de atención.

Las descripciones actuales de la estructura de los servicios de salud públicos en México son singularmente omisas respecto a la agencia de los actores. Suelen referirse a una institucionalidad aparentemente estática, casi inamovible, que parece existir sólo por los decretos y mandatos legales que les dieron lugar, como si estos instrumentos bastaran por sí solos para hacer operar a las instituciones. En este trabajo, en cambio, nos aproximaremos a ciertas formas de interacción cotidiana que producen y reproducen el sistema en el día a día. Lo haremos examinando la interacción de los

tres niveles de atención de los servicios públicos de salud y el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes por medio del cual los usuarios acceden a uno u otro de aquellos niveles. En ese sentido, esta investigación se inscribe dentro de la corriente analítica que desafía aquellas visiones que conceptualizan a las instituciones y a la desigualdad que producen como estructuras inmóviles y recupera “los micro-procesos cotidianos en los cuales, individuos, grupos y colectividades ya confirman, ya cuestionan, uno u otro aspecto de [la desigualdad] en el curso de sus transacciones y al hacerlo validan o trasgreden alguna regla que se traduce por una forma de desigualdad” (Brachet-Márquez, 2012: 114).

## **ANTECEDENTES**

A los efectos de este artículo, necesitamos precisar tres cuestiones: 1) la organización del sistema de salud mexicano en tres niveles de atención médica (NAM); 2) la existencia de un sistema de referencia y contrarreferencia por medio del cual los pacientes circulan por los diversos niveles de atención; y 3) la existencia de un conjunto de jerarquías profesionales dentro del campo médico.

### ***Niveles de atención médica (NAM)***

El sistema público de salud en México está estructurado en tres niveles de atención (o “capas”, como se les llama ahora en la Ciudad de México). El primer nivel de atención es la puerta de entrada para los pacientes a los servicios médicos, ya sea que éstos cubran una atención preventiva dirigida a mantener la salud (por ejemplo, con campañas de vacunación) o brinden un servicio médico dirigido a recibir un diagnóstico y un tratamiento cuando se percibe alguna alteración en el organismo. El médico del primer nivel de atención debe de ser, idealmente, un médico general o un especialista en medicina familiar, capaz de identificar y corregir los problemas de salud más comunes (aproximadamente 85% de los problemas prevalentes), en establecimientos de baja complejidad, como consultorios y centros de salud. Como señalamos en otro trabajo (Castro y Villanueva, 2019), los profesionales de la atención primaria no son sólo médicos generales, sino

otros especialistas “paramédicos” (profesionales no médicos con licenciatura en salud comunitaria, promoción de la salud, salud pública, etcétera).

El segundo nivel de atención está dirigido a los pacientes cuyas enfermedades no pudieron solucionarse en el primer nivel de atención y requieren servicios de laboratorio, hospitalización o consulta con especialistas en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y psiquiatría, en establecimientos como los hospitales generales. Se estima que en estos primeros dos NAM se puede resolver hasta 95% de los problemas de salud de la población.

Por último, el tercer nivel de atención médica está enfocado a tratar enfermedades altamente especializadas y poco frecuentes (5% de los problemas prevalentes),<sup>7</sup> que requieren procedimientos muy especializados y de alta tecnología, disponibles en hospitales nacionales y regionales e institutos nacionales de salud de alta especialidad (López Cervantes, 2013; Fernández *et al.*, 2016).

### ***Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes (SRCRP)***

De acuerdo con esta organización, la entrada del usuario al sistema de salud siempre debe darse desde el primer nivel de atención. Desde ahí, sólo los pacientes que lo requieran serán enviados a niveles de atención médica más especializados a través de lo que se conoce como sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes (SRCRP). Este se define como el procedimiento de coordinación entre las unidades de los tres NAM para facilitar el envío y la recepción de pacientes, con el propósito de que estos reciban la atención médica que requieren de acuerdo con su padecimiento. Por referencia se entiende un proceso administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad de cuidado de un paciente a otro establecimiento de salud con mayor capacidad resolutoria; mientras que la contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial inverso mediante el cual, una vez resuelto el problema de salud, el establecimiento de salud de mayor complejidad devuelve la responsabilidad del cuidado del paciente a un establecimiento de salud de

---

7 “Cada Hospital Regional de Alta Especialidad ofrece un conjunto variable de especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas dirigidas a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstico-terapéutica” (CCINSHAE, 2019).

menor complejidad para su control y seguimiento. El SRCRP articula los NAM y permite la continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos (Vignolo *et al.*, 2011).

### ***Jerarquías dentro del campo médico***

En publicaciones previas hemos venido analizando el conjunto de jerarquías que estructuran el campo médico en México. En una primera publicación (Castro y Villanueva, 2019), dimos cuenta de un análisis macrosocial acerca de la estructura del campo médico, esto es, de los subcampos que lo conforman y la relación que éstos guardan entre sí. Profundizamos en el estudio del subcampo de la medicina moderna y ofrecimos evidencia de que, dentro de este campo social, la medicina clínica ocupa una posición hegemónica respecto a la salud poblacional y las ciencias biomédicas, y que, dentro de la propia medicina clínica, los cirujanos y los médicos internistas ocupan las posiciones más prestigiosas. En una segunda publicación (Villanueva y Castro, 2020), nos enfocamos en un análisis microsial sobre los diversos esquemas de percepción y apreciación compartidos por los actores sociales del campo médico y que se basan en clasificaciones jerárquicas con base en las cuales se divide el trabajo y se distribuye el prestigio entre sus actores sociales. Esto nos permitió identificar cuatro sistemas de jerarquización vigentes en el campo médico: profesional, por subcampos, por especialidades y por tipo de división del trabajo. Estos sistemas de jerarquización, imbricados entre sí, forman parte de la compleja estructura de posiciones del campo médico y de la red de esquemas de percepción y apreciación incorporada por sus agentes sociales en forma de *habitus*.

Con estos antecedentes, el presente artículo está enfocado en analizar cómo la propia organización del sistema de salud por niveles de atención se basa en, y al mismo tiempo reproduce, las jerarquías del campo médico. Para ello, hemos analizado distintas evidencias sobre los NAM y el SRCRP a la luz de la teoría de campos de Pierre Bourdieu (2000b, 2005), con el propósito de mostrar que estos mecanismos institucionales no sólo organizan el sistema nacional de salud, sino que también son dispositivos que reproducen la estructura jerárquica del campo médico mexicano que hemos descrito en publicaciones anteriores y que analizamos con mayor profundidad a lo

largo de este artículo. Es decir, la narrativa *encantada*<sup>8</sup> que suele presentarse en las descripciones oficiales y académicas de la organización del sistema nacional de salud enfatiza la conveniencia de los tres NAM y la utilidad del SRCRP que los articula, pero en este trabajo queremos *des-cubrir* otra realidad, menos “encantadora” pero igualmente presente en este contexto, que muestra la dialéctica que existe entre las estructuras más sólidas del sistema de salud (la organización por niveles de atención), y las jerarquías aparentemente informales (nunca reconocidas oficialmente) que organizan a la profesión médica. Para ello, es importante observar a los actores de estas estructuras, es decir, a los médicos de los niveles de atención primero y segundo, desplegando sus sistemas de percepción y apreciación con los que funcionan cotidianamente dentro del sistema.

En tanto que los resultados que ahora presentamos muestran la vinculación entre agentes sociales (profesionales de la salud) concretos y las grandes estructuras institucionales dentro de las que operan, cabe asumir que presentamos ahora un análisis a nivel *mesosocial* sobre los mecanismos institucionales que contribuyen a la conservación, la reproducción y el reforzamiento de la estructura jerárquica del campo médico.

## TEORÍA Y MÉTODOS

Como marco de análisis tomamos la analogía del juego que Bourdieu a menudo utiliza para explicar su teoría de los campos sociales. De acuerdo con el autor, la dinámica de un campo se parece a un juego en tanto que los actores sociales compiten entre sí utilizando su capital (económico, social, cultural y simbólico) como fichas para disponer de un poder o una influencia para ocupar las mejores posiciones en este espacio social. Para ello, siguen un conjunto de reglas o regularidades que no son explícitas ni

---

8 Los campos sociales tienden a producir narrativas hagiográficas y mistificadas —*encantadas*— de sus actores y estructuras dominantes. Una de las funciones fundamentales de la sociología es, entonces, llevar a cabo una “labor de desvelamiento, de desencantamiento, de desmitificación” del mundo social (Bourdieu, 2007: 226). Bourdieu se pregunta “si el universo social completamente transparente y desencantado que produciría una ciencia social plenamente desarrollada (y ampliamente difundida, en la medida en que tal cosa sea posible) no sería invivible. Creo, a pesar de todo, que las relaciones sociales serían mucho menos desdichadas si las personas controlasen por lo menos los mecanismos que las determinan a contribuir a su propia miseria” (Bourdieu, 2000a: 34-35).



están codificadas, pero que todos los jugadores comparten entre sí en la medida en que coinciden con su creencia (doxa) en el juego y en lo que se juega. Como explica Bourdieu:

Es el estado de relaciones de fuerza entre los jugadores lo que define la estructura del campo. Podemos representarnos a los jugadores como si cada uno de ellos tuviera una pila de fichas de colores y cada color correspondiese a una especie dada de capital, de tal manera que su fuerza relativa en el juego, su posición en el espacio de juego como así también los movimientos que haga, más o menos arriesgados o cautos, subversivos o conservadores, dependerán tanto del número total de fichas como de la composición de las pilas de fichas que conserve, esto es, del volumen y estructura de su capital (Bourdieu y Wacquant, 2005: 152).

Con base en esta analogía, planteamos la siguiente hipótesis: los NAM y el SRCRP no son sólo medidas prácticas y eficientes en términos gerenciales para la organización de los servicios médicos, sino que además constituyen mecanismos institucionalmente instaurados que cumplen la función de conservar y reproducir las estructuras sociales y los límites entre jerarquías en el sector público del campo médico mexicano, ya que funcionan a partir de *reglas del juego* en el que participan los actores sociales de este campo social para posicionarse unos frente a otros en función del capital que acumulan y los movimientos que éste les permite.

Para probar esta hipótesis, recurrimos a material empírico recopilado por ambos autores en investigaciones previas, reuniendo una muestra de médicos y estudiantes lo más diversa posible, de tal forma que este artículo no da cuenta de lo que sucede en un espacio geográfica o institucionalmente delimitado, sino que abarca el campo médico de manera mucho más amplia. Una de esas investigaciones previas estudió el origen del habitus médico autoritario en México mediante 11 grupos focales realizados en varios estados del país (Morelos, Estado de México, Ciudad de México y Nuevo León, en 2007), 230 horas de observación en salas de parto en hospitales públicos del estado de Morelos en 2000 y 2001, y entrevistas individuales a más de 20 médicos (en 2001, 2007 y 2011 en Morelos y Ciudad de México) (Castro, 2014; Castro y Erviti, 2015). La otra investigación documentó la deshumanización de la medicina en México con 26 entrevistas a estudiantes

de medicina, médicos generales y médicos especialistas de varios estados del país (Baja California, Ciudad de México, Chihuahua, Durango, Estado de México, Jalisco, Nuevo León, San Luis Potosí, Veracruz, Yucatán y Zacatecas entre 2014 y 2018) (Villanueva, 2019). Para el análisis presente, reunimos los materiales transcritos de nuestras investigaciones previas y los recodificamos y reanalizamos, con un enfoque basado en la teoría de campos de Bourdieu. Para reportar los resultados utilizamos pseudónimos, respetando por completo el anonimato de los participantes.

Surge entonces la legítima cuestión de si es posible investigar el carácter agentivo de las “prácticas” a través de técnicas como los grupos focales y las entrevistas en profundidad. Al error de inferir, sin mayor rigor, conductas a partir de los relatos de las personas entrevistadas, se le ha llamado la “falacia actitudinal” (Jerolmack y Khan, 2014). El propio Bourdieu llegó a plantear que el habitus no se interroga: se observa en la práctica pues “tan pronto reflexiona sobre su práctica, situándose así en una postura cuasi-teórica, el agente pierde toda posibilidad de expresar la verdad de su práctica” (Bourdieu, 1991: 152). Sin embargo, el mismo autor matizó esta postura en su obra más tardía y reconoció que es posible producir información sobre prácticas sociales a través de entrevistas si entre quien hace la entrevista y quien responde a la misma existe “proximidad social y familiaridad” (Bourdieu, 1999b). Al respecto, cabe señalar que uno de los autores de este trabajo (Villanueva) es médica de formación, lo que, aunado a más de 30 años de investigación dentro de los servicios de salud del otro autor, permite acreditar la proximidad social y la familiaridad antes mencionadas. Por lo demás, en recientes trabajos se ha cuestionado la validez de lo que parece ser una tajante separación entre métodos de entrevista y métodos etnográficos, pues en estos últimos con frecuencia se recurre a la entrevista etnográfica (Rinaldo y Guhin, 2019). Investigaciones ulteriores han demostrado que a través de entrevistas en profundidad debidamente diseñadas, es posible identificar acontecimientos relevantes, la estructura de “lo normal” en contextos sociales determinados y “comportamientos, experiencias y opiniones relacionadas con temas delicados” (Jiménez y Orozco, 2021: 510), así como explorar “cómo los sistemas institucionales y la construcción de categorías sociales, fronteras y jerarquías de estatus organizan la experiencia social” (Lamont y Swidler, 2014: 152).

De igual manera, Gill Callahan (2005) ha mostrado que el propio habitus puede ser dilucidado a través de grupos focales, siempre que, al igual que en el caso anterior, entre quien coordina el grupo y las personas participantes existan “entendimientos compartidos” acerca del mundo social que se está investigando. En ambos casos, desde luego, quien investiga debe estar consciente del efecto de aquella proximidad social o de estos entendimientos compartidos. Cabe decir que en el estado actual de la discusión prevalece una postura más favorable hacia el llamado “pluralismo metodológico”, es decir, un abordaje que combine diversas técnicas de producción de datos, tal como hemos hecho a lo largo de esta línea de investigación, como indicamos más arriba.

Por ello, en este trabajo hablamos de un componente agentivo, es decir de un conjunto de acciones y reacciones que, de acuerdo con sus descripciones, despliegan los médicos en sus actuaciones cotidianas y que, así como son expresadas, ilustran con claridad nuestro argumento. Las fuentes de información citadas (observaciones en salas de parto, grupos focales y entrevistas) abundan en información sobre el funcionamiento interno cotidiano de los servicios de salud. Nuestro objetivo es mostrar, con base en las descripciones acerca del funcionamiento cotidiano de los servicios de salud, provistas por los médicos a lo largo de diversas investigaciones realizadas por nosotros, cómo se reproducen las jerarquías y los mecanismos de dominación que estructuran al campo médico en el ámbito de los servicios; buscamos demostrar, con ello, que la organización de los servicios en niveles de atención y el sistema de referencia y contrarreferencia, además de ser estrategias de organización gerencial que pueden resultar eficaces para el manejo de los pacientes, son también estructuras de dominación que operan en el interior del campo médico. Por ello, la estrategia de las entrevistas y los grupos focales, en la que basamos nuestro análisis, sí resulta adecuada en este caso.

## **RESULTADOS**

Para observar el carácter generativo de los esquemas de percepción y apreciación de los médicos ubicados en los diferentes niveles de atención (es decir, el papel central que juegan en la producción y reproducción cotidiana del sistema), presentaremos tres tipos de evidencia a partir de sus propios

testimonios: 1) sobre la presión que ejerce el sistema para especializarse; 2) sobre cómo deben operar los médicos del primer y del segundo nivel; y 3) sobre los diversos tipos de interacciones que se dan entre médicos de diferentes niveles de atención que no sólo aseguran el funcionamiento de la estructura por niveles de atención, sino que reproducen las jerarquías en las que se basa. Asimismo, presentaremos algunos datos sobre las bases materiales que contribuyen a la reproducción de la estructura del campo médico en relación con los resultados de los incisos anteriores.

### ***Sobre la presión que ejerce el sistema para especializarse***

En una publicación anterior (Castro y Villanueva, 2019) mostramos que, bajo la lógica con la que opera el campo médico, las especialidades médicas son la expresión hegemónica de la práctica médica y estructuran el espacio donde se libran algunas de las luchas más importantes en el interior de la medicina. Con un análisis sobre la competencia para ingresar a los cursos de especialización, ofrecimos evidencia para sostener que existe una significativa brecha de prestigio entre las posiciones que ocupan los médicos generales y los especialistas en México, y expusimos que, entre estos últimos, los médicos familiares ocupan un lugar subalterno respecto a otras especialidades. Esta subalternidad de la medicina familiar o de otras especialidades de poco prestigio no es un fenómeno estático (como si fuera producto de un catálogo o un reglamento), sino que está constantemente siendo disputada a través de las interacciones de los profesionales con sus colegas. Se trata de una brecha permanentemente evidenciada por los agentes y utilizada como recurso clasificatorio que localiza al que clasifica y obliga a mejorar sus credenciales a quien es clasificado:

La gente que está en contacto con medicina, las enfermeras, los fisioterapeutas, o sea, que tienen como este conocimiento de que hay medicina general, especialidad, alta especialidad, subespecialidad, te preguntan: “A ver, ¿tú qué eres?”. “Ah, pues soy médico”. “¿Nada más médico?”, como si nada más médico fuera nada. “¿Nada más médico general?”. “No, soy especialista en rehabilitación”. “Ah, ¿y nada más eres rehabilitadora?”. “Pues sí”, ¿no? Entonces yo digo, bueno, qué más quieren. Estoy haciendo mi maestría ya, y después

van a decir: “¿Nada más eres maestra?” (rehabilitóloga, 42 años, Ciudad de México).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (INEGI, 2021), de los poco más de 305 000 médicos que existen en México en este momento, 67% son médicos generales y 33% cuentan con alguna especialidad.<sup>9</sup>

En México, se accede a las especialidades generales o especialidades de entrada *directa* a través del Examen Nacional de Residencias Médicas (Enarm) que deben acreditar todos los médicos generales que desean especializarse. Las subespecialidades o especialidades de entrada *indirecta* requieren el estudio de al menos un año de alguna de las especialidades *directas* para después encaminarse al estudio de una disciplina aún más especializada. Por ejemplo, para formarse como oncólogo es necesario cursar primero dos años de medicina interna y, posteriormente, tres años de oncología. Algunas subespecialidades derivadas de medicina interna son cardiología, endocrinología, reumatología, entre otras. Algunas subespecialidades derivadas de cirugía general son urología, coloproctología, cirugía cardiotorácica y neurocirugía. La tabla 1 muestra los niveles de especialización entre distintas especialidades y subespecialidades, y los años de estudio que cada una de ellas requiere.

---

<sup>9</sup> De manera algo inconsistente, la misma fuente señala que 69% de los médicos cuentan con nivel de licenciatura (equivalente a medicina general), 27% con maestría (equivalente a una especialidad de al menos dos años de duración), y 4% con un doctorado (equivalente a una subespecialidad). A pesar de sus limitaciones, los datos son contundentes en cuanto al grado de jerarquización existente en el interior de la profesión médica.

Tabla 1  
Especialidades de entrada directa e indirecta

Especialidades de entrada directa	Años	Especialidades de entrada indirecta I	Años	Especialidades de entrada indirecta II	Años
Anatomía patológica	3	Neuropatología	2		
		Patología pediátrica	2		
		Anestesiología pediátrica	2		
Anestesiología	3	Medicina crítica	2		
		Neuroanestesiología	2		
Audiología, otoneurología y foniatría	4	Neurofisiología clínica	2		
		Angiología y cirugía vascular	4		
Cirugía general	1	Neurocirugía	5	Terapia endovascular neurológica	2
		Urología	4		
	2	Cardiorrástica	4	Pediátrica	3
		C. plástica y reconstructiva	4		
	3				
	4	Coloproctología	2		
C. oncológica		3			
Epidemiología	3				
Genética médica	3				
Geriatría	4				
Ginecología y obstetricia	4	Biología de la reproducción	2		
		Ginecología oncológica	3		
		Medicina materno-fetal	2		
		Urología ginecológica	2		
Imageneología diagnóstica y terapéutica	3	Neurorradiología	2		
		Terapia endovascular neurológica	2		
Medicina del deporte	3				

Especialidades de entrada directa	Años	Especialidades de entrada indirecta I	Años	Especialidades de entrada indirecta II	Años
Medicina de rehabilitación	4	Neurofisiología clínica	2		
Medicina del trabajo y ambiental	3				
Medicina de urgencias	3	Medicina crítica	2		
		Urgencias pediátricas	2		
Medicina familiar	3				
	1	Dermatología	3	Dermatopatología	2
		Hematología	3		
		Alergia e inmunología clínica	2		
		Cardiología	3		
		Endocrinología	2	Biología de la reproducción humana	2
		Gastroenterología	3		
		Medicina crítica	2		
Medicina interna	2	Nefrología	3		
		Neurología	3	Neurofisiología clínica	2
				Terapia endovascular neurológica	2
		Nutriología clínica	2		
		Oncología médica	3		
		Radiooncología	3		
		Reumatología	2		
	4	Infectología	2		
Medicina legal	3				
Medicina nuclear	3				
Neumología	4				
Otorrino-laringología	4	Neurootología	2		
		ORL pediátrica	2		
Oftalmología	3	Oftalmología neurológica	2		
Patología clínica	3				

Especialidades de entrada directa	Años	Especialidades de entrada indirecta I	Años	Especialidades de entrada indirecta II	Años		
Pediatría	1	Cirugía pediátrica	4	Cirugía cardiorábrica pediátrica	3		
		Dermatología pediátrica	2				
	2	Nutriología clínica	2				
		Alergia e inmunología clínica pediátrica	2				
		Cardiología pediátrica	2				
		Endocrinología pediátrica	2				
		Gastroenterología y nutrición pediátrica	2				
		Hematología pediátrica	2				
		Infectología	2				
		3	Medicina crítica pediátrica	2			
			Nefrología pediátrica	2			
			Neonatología	2			
			Neumología pediátrica	2			
				Neurología pediátrica	2	Neurofisiología clínica	2
				Oncología pediátrica	2		
		Reumatología pediátrica	2				
		Urgencias pediátricas	2				
Psiquiatría	2	Psiquiatría infantil y de la adolescencia	2				
	4						
Traumatología y ortopedia	4						

Fuente: Facultad de Medicina (2017).

Las jerarquías que existen entre especialistas no sólo están relacionadas con la educación especializada y el tiempo que toma formarse como especialista o subespecialista, en comparación con el de un médico general. Las reglas básicas con las que opera el campo de las especialidades, particularmente las que marcan las jerarquías entre estas últimas, están bien interiorizadas por los agentes en forma de habitus. Al estudiar la organización del sistema de salud encontramos un nuevo nivel de análisis para la jerarquía



entre especialidades, que depende de los NAM y de la dirección del flujo de pacientes por referencias y contrarreferencias:

Hay jerarquías con especialidad, porque entre más tiempo estudie un médico se considera que es mejor que el médico que se queda como médico general y que ahora es la Medicina Familiar, *el médico que es el médico de primer contacto*, de consulta externa que atiende niño, niña, viejito, embarazada, viejita, todo... Pero ya las especialidades *se derivan* a las especialidades (médica familiar, 58 años, Estado de México; cursivas añadidas).

[Los oncólogos] estamos arriba de los internistas, porque los internistas son como un [médico] general más especializado (que me oigan, me golpean). Como [oncología] es una subespecialidad estamos arriba de ellos, y en ese sentido *el internista es el que tiene que derivar al oncólogo, le tiene que pedir la opinión*, el internista no puede dar tratamiento de oncología. En ese sentido las subespecialidades sí marcan la jerarquía con los troncos comunes o las [especialidades] generales, por ejemplo, pediatría, cirugía general, medicina interna, entonces las sub sí se dan su taco (oncóloga, 33 años, Chihuahua; cursivas añadidas).

La adopción de estas reglas del juego, la plena adhesión a la doxa del campo, son el indicio más claro de que estamos ante un campo que constituye a sus agentes específicos y los pone en movimiento.<sup>10</sup> Tal como señala Bourdieu, en los campos sociales “los jugadores pueden jugar para aumentar o conservar su capital, su cantidad de fichas, en conformidad con las reglas tácitas del juego” y tienden a desplegar “estrategias que apunten a desacreditar la forma de capital en la que reposa la fuerza de sus oponentes y valorizar las especies de capital que poseen en abundancia” (Bourdieu y Wacquant, 2005: 153). En el campo que nos ocupa, un ejemplo clásico es la relación de dominación que la medicina alopática ejerce sobre las me-

---

<sup>10</sup> “La modalidad particular de las prácticas a través de las cuales se manifiesta la disposición respecto a lo que está en juego, la ‘seriedad’, la ‘convicción’, el ‘entusiasmo’ (o inversamente la ‘ligereza’, la ‘insolencia’ y la ‘desenvoltura’), constituye el testimonio más fehaciente del reconocimiento de las posiciones codiciadas, por lo tanto del sometimiento al orden en el que uno desea integrarse, eso que cualquier cuerpo exige por encima de todo de quienes tendrán que reproducirlo” (Bourdieu, 2002: 36-37).

dicinas homeopática, quiropráctica, herbolaria y ayurvédica, donde estas últimas viven bajo la permanente necesidad de legitimarse como actores regulares del campo (Castro y Villanueva, 2019). La misma dinámica se observa en el espacio de las especialidades de la medicina alopática. Las dos citas anteriores son elocuentes en tanto expresiones de descrédito al comparar las especialidades médicas con la medicina general. En la primera, se equipara a la especialidad de medicina familiar con la medicina general (que no es una especialidad) por ser ambas aquellas que cubren el rol de “médico de primer contacto”, es decir, del primer nivel de atención médica, quien refiere (o “deriva” en la jerga médica) a los pacientes que requieren atención por especialistas de otras ramas. En la segunda cita, una subespecialista (oncóloga) desacredita a los médicos internistas por ser “como un médico general más especializado”, a la vez que señala su lugar subalterno respecto a los oncólogos porque son aquéllos los que les refieren pacientes a ellos. Como se explica en la cita, el descrédito de unos médicos y la jerarquía de otros depende de quién refiere a los pacientes, ya sean médicos generales a especialistas, o de las especialidades generales a las subespecialidades. Esto quiere decir que la organización del sistema de salud en NAM conectados por el SRCRP se traduce en una serie de normas implícitas sobre la jerarquía entre los médicos.

### ***Sobre cómo deben operar los médicos del primer y segundo nivel de atención***

Por la organización del sistema de salud en NAM conectados por el SRCRP, los médicos que tienen menor jerarquía son aquellos que reciben a los pacientes que llegan sin antes haber pasado ningún tipo de filtro, es decir, los médicos del primer nivel de atención, cuyo trabajo consiste en:

[...] empezar a ver, de primer inicio, las primeras dos horas, pacientes que solicitan consulta de manera espontánea, pacientes que se les atravesó algún problema y pues piden la atención en ese momento. Y ya de las 10 [de la mañana] en adelante, generalmente son pacientes que ya llevan cita previa. Vemos generalmente pacientes de enfermedades crónico-degenerativas, embarazadas, pacientes de trastorno nutricional, y pues vemos gente de los programas socia-

les, por ejemplo, Prospera.<sup>11</sup> Y pues bueno, si se presenta algún paciente que tiene alguna urgencia, digo urgencia porque primer nivel no atiende urgencias, pero pues atendemos urgencias menores, *lo demás lo canalizamos a hospital*. Básicamente ese es mi trabajo (médica general, 43 años, Veracruz; cursivas añadidas).

En contraste, los médicos especialistas del segundo NAM sólo ven pacientes previamente referidos por otros médicos y aplican, a su vez, un nuevo filtro para el tercer NAM:

Mi trabajo consiste en llegar, ver los pacientes que tengo citados, *dependiendo de las referencias que me envíen*, valoraciones en pacientes hospitalizados y pues nada más vigilar tratamientos de quimioterapia. Estoy en el segundo nivel, *yo hago filtro para la valoración de los pacientes oncológicos con diagnóstico y su referencia a las diferentes especialidades de acuerdo con la etapa y el diagnóstico* (oncóloga, 33 años, Chihuahua; cursivas añadidas).<sup>12</sup>

Los médicos con mayor jerarquía que se ubican en el tercer NAM sólo reciben pacientes previamente filtrados a ellos por los médicos subalternos, distribuidos en los primeros dos NAM. De esta manera, en la estructura del campo médico no sólo se estratifican las posiciones que pueden ocupar los médicos dependiendo de su nivel de especialización, sino que también se establecen límites o fronteras entre las posiciones que pueden ocupar los pacientes, a las que sólo se puede acceder por las vías autorizadas por el propio campo médico (es decir, por referencia desde NAM más básicos).

De estas observaciones se desprenden dos líneas de análisis distintas acerca de los NAM y el SRCRP: sobre las jerarquías médicas que se conservan, reproducen y refuerzan por estos mecanismos institucionales y sobre

---

11 Programa social de transferencias económicas impulsado por el gobierno federal en México hasta 2018.

12 Llama la atención el contraste del ejercicio de agencia de esta médica en esta cita y el testimonio previo que recuperamos de ella en la página anterior. Al hablar sobre jerarquías médicas en la cita anterior, esta médica desacredita con humor a sus subalternos (los médicos internistas), mientras que en esta cita, en la que ella misma se ubica en subordinación a otros médicos a quienes les refiere pacientes, la oncóloga explica su trabajo sin expresiones valorativas sobre su posición. Esto es indicativo de las contradicciones y las tensiones que experimentan los médicos ubicados en distintos peldaños de la jerarquía.

los pacientes que transitan entre los NAM por el SRCRP. En ambos casos, los reglamentos que estructuran el sistema en niveles de atención y las normas que regulan el SRCRP funcionan como el marco explícito de las *reglas del juego* que los actores de este campo social aceptan y llegan a dar por sentadas. En el campo médico, los médicos deberán moverse astutamente en este juego para conservar y/o aumentar su capital, más allá (y de manera crucial) de lo que explícitamente marcan las normas antes señaladas, para mantener su posición o acceder a posiciones mejor valorizadas.

### ***Sobre los diversos tipos de interacciones que reproducen el sistema***

Como hemos visto, los médicos pueden acceder a distintas posiciones en el campo médico dependiendo de su nivel de especialización. Estas posiciones se distinguen entre sí por el nivel de vigilancia que pesa sobre los médicos y la autonomía con la que pueden ejercer, las cuales están reguladas por el SRCRP. Los médicos que refieren pacientes son los más vigilados, pues los (sub)especialistas que reciben al paciente referido evalúan, aunque sea de modo informal, el grado de conocimiento del médico que refiere y si la referencia que hizo fue adecuada o no:

*Yo conozco muy buenos médicos generales y que conocen sus límites y que derivan al paciente cuando se debe. Pero también hay médicos generales que, por querer quedarse con el paciente, le hacen miles de cosas que a fin de cuentas termina peor el remedio que la enfermedad (pediatra, 49 años, Baja California; cursivas añadidas).*

En este caso, un médico especialista (pediatra) evalúa el trabajo de los médicos subalternos que le refieren pacientes: unos que lo hacen muy bien, por reconocer sus limitaciones y referir a tiempo a los pacientes, y otros que lo hacen mal, por incumplir con esas normas. En otros casos la evaluación de los especialistas (segundo nivel) sobre los médicos generales o familiares (primer nivel) es negativa porque juzgan que estos últimos les refieren pacientes innecesaria o injustificadamente. Esto significa que un médico de primer nivel conserva, multiplica o pierde sus “fichas” (capital) en función de la evaluación que reciba por las referencias que hace. Muchas

veces los propios médicos convierten a los pacientes en mensajeros de esas evaluaciones, como se ilustra a continuación:

A nosotros [los médicos del primer nivel de atención] nos exigen, o nos dicen que el factor de riesgo es uno, y el paciente si yo lo mando o yo no tengo en el medio rural las posibilidades de diagnosticar, o tengo duda, yo no soy especialista y “¿sabes qué?, tengo duda y te voy a mandar, no sé, con el ginecólogo, con el pediatra”. Pero allá [en el segundo NAM] lo primero que hacen es regañarlos y decirles: “¿Es que por qué te manda tu médico? Es que esto no es para que te mande tu médico”. Sí me ha tocado muchas veces esa situación (médica general, 33 años, San Luis Potosí).

Con el testimonio anterior, estamos ante una médica general perdiendo el juego: mientras que está vigilada (“nos exigen”), no cuenta con el capital ni económico (recursos de salud: “no tengo en el medio rural las posibilidades de diagnosticar”) ni cultural (“tengo duda”) para conservar o aumentar su capital, por lo que, jugando con lo que tiene (refiriendo a los pacientes al segundo NAM), pierde aún más capital simbólico (prestigio, por el descrédito de los médicos a los que refiere a sus pacientes). Ante escenarios como éste, donde resulta difícil conservar o aumentar el propio capital, algunos médicos optan por utilizar el SRCRP de manera defensiva para evitar la pérdida de capital (el descrédito) ante el mal desenlace de su paciente:

Me pasó con una paciente con hipertiroidismo, la mandé a endocrino y no fue, le di su hoja de referencia, le expliqué al esposo, todo, y la señora llegó con falla cardíaca al hospital, el bebé se murió, la señora acabó en terapia intensiva. Entonces todo el mundo ve el expediente y me dicen: “Es que tú la estabas viendo” [y yo les dije]: “Sí, *pero ve la hoja de referencia qué dice, ve la hoja de referencia y desde cuándo yo la mandé a endócrino, ve cómo han estado sus estudios, entonces si la señora no fue, ya no es culpa mía*”. Sí, entonces aprendes a manejar las cosas de otra manera (médica internista, 37 años, Ciudad de México; cursivas añadidas).

En este tipo de movimientos, los médicos que están en posiciones subalternas y bajo vigilancia por el SRCRP que articula los diferentes NAM no sólo cuidan su capital individual, sino también el prestigio global de su espe-

cialidad, resolviendo los casos que sí corresponden con el NAM en el que se ubica su posición, y refiriendo oportunamente los casos que requieren atención médica en un nivel de mayor complejidad. En palabras de una de las entrevistadas:

La meta es que puedas voltear a ver al frente y decir “hice lo que estuvo en mis manos por hacer y tengo la conciencia tranquila”. Si me hago un autoanálisis y dices “no, no hay nada que recriminar, hice lo que podía hacer, *hice lo que sabía hacer, y referí lo que no podía manejar*” y puedo ver al mundo de frente sin preocuparme por el hecho de que alguien me vaya a decir “oye, hiciste esto mal” (médica general, 38 años, Jalisco; cursivas añadidas).

Regulado por tales mecanismos institucionales, el juego del campo médico consiste en tratar de mantener un equilibrio delicado entre lo que uno, en tanto médico subalterno del primer y segundo NAM, reconoce que no puede resolver y lo que demuestra que sí resuelve. Como hemos visto, los errores en este balance implican pérdidas de capital y se consideran “malas referencias” (i.e., “malas jugadas”). Por ejemplo: aquellas que demuestran la ignorancia injustificada de un médico que refiere un caso que debería haber podido resolver por la posición que ocupa (como muestra la cita más arriba de una médica general de San Luis Potosí), las referencias no efectivas a un especialista que se practican en el contexto de la medicina defensiva<sup>13</sup> (como muestra la cita más arriba de una médica internista de la Ciudad de México), y las referencias que no se hicieron pese a las presiones de los familiares del paciente. Este último escenario se describe en el siguiente caso:

Un enfermero que venía de tomar unos tragos y choca su moto, tiene trauma de abdomen, en ese momento sin datos de choque hipovolémico, lo trasladan al hospital donde yo estoy, llegó lunes en la madrugada, lo operan de urgencia, después el paciente se complica, hace adherencias, le hacen una colostomía,

---

13 Lifshitz (2014) también reconoce que en la medicina defensiva muchas veces se realizan referencias innecesarias al especialista sólo para complacer al paciente y evitar una demanda legal. Ello ilustraría un cambio de posiciones de los actores del campo, donde los pacientes estarían ganando cierto poder (por la vía de la judicialización de sus inconformidades) frente a los médicos.

hay que rehacer la colostomía, liberar las adherencias [...] Al final la familia amenaza con meter una demanda, porque están pidiendo que lo envíen al tercer nivel, a unidad de alta especialidad, porque obviamente ahí no le pueden resolver el problema al paciente. *Pero la doctora se niega a hacerle el envío, la familia le estaba pidiendo que si ya no estaba en sus capacidades, que por favor lo enviara. Y ella, en vez de enviarlo, se negó a hacerlo. Y fue muy difícil. Hasta que la familia tiene que hablar con el director del hospital, y el director da la orden de que se traslade el paciente a la unidad de alta especialidad, de tercer nivel (cirujana general, 37 años, Yucatán; cursivas añadidas).*

Los médicos de los NAM más complejos ocupan las posiciones de mayor prestigio y son quienes gozan de mayor credibilidad en el campo médico. Como puede apreciarse en esta última cita, los pacientes suelen buscar las referencias con médicos especialistas de NAM más complejos porque la credibilidad de los médicos es proporcional al NAM en el que están ubicados, a pesar de que los más especializados carecen de la visión sistémica del paciente con que pueden contar los de primer contacto. Prueba de esto es que, en los servicios privados, la consulta con el médico general y/o el médico familiar es casi inexistente para aquellas personas que pueden pagar directamente a un especialista: cuando un paciente tiene dolor de cabeza, consulta al neurólogo; con dolor abdominal, al gastroenterólogo; con gripe, al otorrinolaringólogo, y así sucesivamente. La excepción a estos casos son los médicos que atienden en los consultorios adjuntos a las farmacias consultados por pacientes sin la capacidad económica de acudir a médicos especialistas privados. Estos médicos de farmacia tienen una jerarquía aún más baja que la de los médicos del primer nivel de atención del sector público, pues su trabajo ha sido desprestigiado y precarizado por una regulación basada en la lógica empresarial de sus contratadores (Leyva Piña y Pichardo Palacios, 2012; Wirtz *et al.*, 2015; Díaz-Portillo *et al.*, 2017):

[...] hablaban antes de que el médico ha perdido sus valores, pero los ha perdido por culpa nuestra, porque no somos dignos nosotros de hacer algo por

nosotros mismos. Y no por desdecir al doctor,<sup>14</sup> pero cómo es posible que un bolero, aquí en la zona de Polanco te cobre 25 pesos por una boleada y un Simi te pague 25 pesos por una consulta médica. Entonces, nosotros tenemos la culpa de haber caído a ese nivel (ginecobotetra, 47 años, Estado de México).

En la medida en que los médicos del primer nivel de atención tienen menor credibilidad que los especialistas, también gozan de mucho menor autonomía. Los médicos de primer contacto están en una condición de dependencia y vigilancia respecto a los médicos especialistas que habrán de recibir a sus pacientes referidos. Como ha sido documentado en la literatura, existe una alta correlación entre el grado de vigilancia al que se somete a un subalterno y el número de errores que este comete, por la simple razón de que los errores que cometen aquellos que no son vigilados (por ejemplo, los médicos de tercer nivel) tienen más probabilidad de pasar inadvertidos (Hughes, 1993; Bosk, 2003). Se establece así una relación de circularidad que confirma, a los ojos de los especialistas, que el lugar que corresponde a los médicos de primer nivel es justamente ese. Los médicos especialistas de segundo nivel gozan de mayor autonomía, pues están en posición de superioridad respecto a los médicos del primer nivel, aunque su posición sea a la vez subalterna respecto a los médicos subespecialistas del tercer nivel de atención. Estos últimos son los que gozan de mayor autonomía, pues ellos no refieren pacientes y, por tanto, no son vigilados ni evaluados por el SRCRP, sino que sólo evalúan informalmente el trabajo de los médicos subalternos de NAM inferiores.

La jerarquía que estructura los tres niveles de atención se expresa, en el momento de su reproducción, en la forma en la que, en los hechos, opera la referencia (de abajo hacia arriba) y la contrarreferencia (de arriba hacia abajo) en los servicios de salud. En teoría, ambas deben llevarse a cabo formalmente, con documentos de por medio. La referencia es estrictamente necesaria para que un paciente pueda consultar a un médico (sub)especialista del segundo o tercer NAM: sin ese documento, simplemente se le niega el acceso a los NAM más complejos. En cambio, un paciente siempre puede

---

14 Se refiere a un médico ahí presente que trabaja en un consultorio de farmacia donde ha dicho que le pagan 25 pesos por consulta. La cadena de farmacias particulares con estos consultorios se llama Similares, por eso se refieren a esos médicos como Simi.



regresar al NAM desde donde fue referido, por lo que la formalidad (por escrito) de las contrarreferencias son tomadas más bien como opcionales y generalmente ignoradas:<sup>15</sup>

Yo sí quisiera recalcar mucho eso, porque pasa mucho ese detalle. Por ejemplo, llega la paciente que referimos nosotros al servicio de gineco, para una exploración profesional o de especialidad y *nos la regresan, pero no le dicen nada o no nos envían la contrarreferencia*. Nosotros tenemos unas hojas que se llaman referencias y contrarreferencias, para que a mí me reciban una paciente, yo le tengo que hacer una referencia que consta de dos hojas y la contrarreferencia me la tienen que regresar con una copia donde ellos ponen su diagnóstico y el manejo que se proyectará para que a la paciente le vaya bien. Y resulta que desafortunadamente *el 80% de los compañeros no hacen la contrarreferencia* o le dicen nada más verbalmente a la paciente, pero no nos mandan la hoja. Y la paciente, pues resulta que cuando regresa acá no sabe decir qué pasó [...] Hay la normatividad, pero no se lleva a cabo (ginecobstetra, 45 años, Morelos; cursivas añadidas).

El SRCRP también sirve para reproducir las jerarquías del campo médico sobre los pacientes. Mientras estos suelen buscar las referencias con médicos especialistas de segundo y tercer NAM porque éstos tienen mayor credibilidad, los médicos especialistas pueden utilizar la contrarreferencia como amenaza para que los pacientes acaten sus indicaciones:

Le decía: “Sí, señora, es que ya no hay más qué hacer, si no va a hacer lo de las indicaciones, pues no tiene caso, ya la voy a regresar a su centro de salud, porque no hay más” (médica internista, 37 años, Ciudad de México).

Una evidencia adicional del papel que juega la estructura institucional de tres niveles de atención en la reproducción de las jerarquías entre médicos se advierte, por omisión, en el caso de las interconsultas. En contraste con

---

15 En el campo médico se habla de la “eficacia del SRCRP”, que es el porcentaje de pacientes contrarreferidos en relación con el número de referidos. En un estudio sobre el SRCRP en 16 países de América Latina se encontró que, en general, la mayor parte de esos países no tienen datos precisos en cuanto al porcentaje de pacientes contrarreferidos (Fernández *et al.*, 2016).

las relaciones verticales que se establecen entre los médicos de los distintos NAM a través del SRCRP, existen otros mecanismos institucionales que establecen relaciones de interdependencia más horizontales entre los médicos del mismo nivel de atención. Tal es el caso de las interconsultas, a través de las cuales se coordina la colaboración entre distintos médicos especialistas de un mismo hospital (ergo, del mismo nivel de atención). A diferencia de lo que sucede con las referencias y las contrarreferencias, en las interconsultas no hay una transferencia de la responsabilidad del cuidado del paciente entre médicos (Díaz y Gallego, 2005). Más bien, en la interconsulta el médico responsable del paciente invita a otro especialista, mediante una solicitud formal, a dar su opinión y colaborar en el cuidado de un paciente, y el médico especialista invitado responde también formalmente dejando un reporte por escrito (una “nota de interconsulta”) en el expediente del paciente (Monte-Secades *et al.*, 2016). Así pues, en las interconsultas hay un reconocimiento formal mutuo entre médicos especialistas. Esto no significa que no existan jerarquías entre distintas especialidades médicas,<sup>16</sup> sino sólo que el mecanismo institucional de las interconsultas no las reproduce tan claramente, como sí sucede, en contraste, con el SRCRP.

### ***Sobre las bases materiales para la reproducción de la estructura del campo médico***

Desde luego, es importante señalar que la jerarquización entre especialidades y subespecialidades en la que se fundan los NAM y el SRCRP, y que a la vez las reproducen, no es sólo una cuestión simbólica, una mera reproducción del prestigio que las diversas especialidades han ganado de manera diferencial, al paso de los años, por causas bien discernibles sociológicamente. Por el contrario, como muchos otros fenómenos sociales, esta jerarquización tiene bases materiales importantes para su reproducción. En efecto, la organización del sistema de salud por niveles de atención también se estructura sobre una distribución diferencial de recursos humanos y económicos entre los distintos NAM y su ubicación geográfica. En México,

---

16 En publicaciones anteriores (Castro y Villanueva, 2019; Villanueva y Castro, 2020) hemos ofrecido evidencia empírica de las jerarquías que existen entre las distintas especialidades en el campo médico mexicano.

del total de médicos que trabajaban en la Secretaría de Salud en 2014, sólo 32.7% se ubicaban en unidades del primer nivel de atención, porcentaje que se encuentra debajo de las recomendaciones de la OMS (40%). Llama la atención que los estados que sí cubren o superan este requisito son los más pobres, como Chiapas (41.84%), Hidalgo (45.57%), Oaxaca (45.61%) y Guerrero (50.07%), mientras que la Ciudad de México apenas tiene 21.05% (INSP, 2017, APS). Existe una brecha de prestigio entre los médicos generales y los médicos familiares, porque estos últimos sí son especialistas. Entonces la Ciudad de México, como capital del país, muestra que su primer nivel de atención está cubierto por médicos con mayor jerarquía (especialistas en medicina familiar) en comparación con los estados más pobres, que cubren sus necesidades de atención primaria con médicos generales. Las posiciones jerárquicas dentro del campo médico también tienen una geografía, donde la Ciudad de México ocupa el centro y los estados pobres, la periferia.

Por otro lado, el número de médicos disponibles en los hospitales (segundo y tercer NAM) siempre ha sido mayor al de los que están disponibles en unidades del primer nivel de atención. En 2004, se observó que el número de médicos en hospitales era 22% superior respecto a las unidades de primer nivel de atención, porcentaje que se amplió para 2014 a 34% y, según las proyecciones del crecimiento de médicos en hospitales y unidades de primer nivel de atención, esta brecha se mantendrá, siendo el número de médicos en hospitales superior en un 32% respecto a los médicos en unidades de primer nivel de atención (INSP, 2017, APS). En términos geográficos, las unidades de primer nivel de atención se ubican mayoritariamente en zonas periféricas o rurales, mientras que los hospitales y las clínicas de segundo nivel se localizan en ciudades, y los hospitales de alta especialidad se concentran en las capitales estatales o la Ciudad de México. En el país, la densidad de médicos especialistas se concentra en la Ciudad de México con 2.99 médicos especialistas por 1 000 habitantes; esta cifra es cinco veces mayor que la de Oaxaca y la de Chiapas (INSP, 2017). En conjunto, estos datos revelan una distribución geográfica tal, que las posiciones de mayor prestigio dentro del campo médico están centralizadas y localizadas en ciudades capitales, mientras que las posiciones más subalternas están descentralizadas hacia ciudades secundarias y menores. Estamos entonces frente a un sistema de salud cuya organización por niveles de atención puede ser conveniente desde un punto de vista de gerencia de servicios, pero

que sin duda se funda en sistemas de jerarquización simbólica y material (i.e., entre profesiones, entre ciudades, etcétera), al mismo tiempo que los reproduce.

## CONCLUSIONES

Las descripciones *encantadas* sobre la historia y el funcionamiento de los servicios de salud suelen enfatizar los aspectos estructurales y organizativos de los mismos, pero poco se ha estudiado sociológicamente acerca del carácter generativo que tiene el sistema en relación con las jerarquías administrativas y profesionales del campo médico, a través del habitus médico de los agentes. Hay una clara circularidad entre las jerarquías administrativas (niveles de atención), y las jerarquías profesionales (i.e., especialidades): unas y otras se refuerzan constantemente.

El SRCRP no sólo es la modalidad formalmente reglamentada para regular el acceso de los pacientes a los niveles de atención segundo y tercero, así como su regreso al primer nivel una vez que han sido atendidos; es también una estructura de dominación entre médicos de la que no se habla. Es una instancia que funciona sobre la base de relaciones de poder que se fundan en el sistema de jerarquías en el interior de la profesión médica y, paralelamente, en los niveles de atención médica, al mismo tiempo que la reproducen.

La organización de los servicios de salud por niveles de atención, más allá de la conveniencia administrativa que pueda representar, constituye el espacio donde se expresa la hegemonía que la medicina de especialidades ejerce sobre la práctica médica en general.<sup>17</sup> Desde el tercer nivel de aten-

---

17 En términos gramscianos, la hegemonía se define como la dirección cultural que un grupo social ejerce sobre el resto de la sociedad. En el caso que nos ocupa, se refiere, más acotadamente, a la relación pedagógica entre el grupo dominante en el interior del campo médico y el resto de las instituciones y actores que lo componen, y apunta a las relaciones de dominación que se fincan en el consenso o legitimidad que brindan los propios dominados (Gramsci, 1975). Bourdieu utiliza su propio concepto de “dominación simbólica” para referirse a un fenómeno muy semejante, si bien en su caso enfatiza el componente psicológico del reconocimiento; es posible, dice, “apoyarse en los análisis fenomenológicos de la ‘actitud natural’, es decir, de la aprehensión primera del mundo social como algo que cae por su propio peso, natural, evidente, para recordar la extraordinaria *adhesión* que el orden establecido logra obtener” (Bourdieu, 1999a: 227-228; cursivas en el original). No escapa a nuestra atención que, más allá de las grandes similitudes entre hegemonía y dominación simbólica, ambos conceptos termi-

ción, los diversos especialistas y subespecialistas que lo integran ejercen la dirección pedagógica que caracteriza a todo grupo hegemónico y con la cual los grupos subalternos orientan su práctica. Las “reglas” de acción que impone la estructura administrativa por niveles de atención (y sus concomitantes reglamentos operativos) son bien conocidas por los agentes médicos ubicados en los diferentes niveles, al mismo tiempo que son negociadas, disputadas y acatadas al grado que forman parte de su habitus. Son normas y jerarquías que se asumen como constitutivas del juego en el que se ha decidido participar, independientemente de la incomodidad que puedan generar en los subordinados, como ocurre en todo sistema de dominación.

Por lo tanto, es necesario tener en cuenta que la organización de los servicios de salud no es simplemente el producto del acatamiento de recomendaciones dadas por organismos internacionales como la OMS; tampoco se trata de una historia compuesta por etapas sucesivas que han desembocado progresivamente en los arreglos sociales del presente. Tampoco se puede entender como el simple resultado de los arreglos en el interior de la profesión médica, ni como la mera evolución de las relaciones entre médicos y pacientes (Starr, 1991). Es indispensable, en primer lugar, comprenderla como resultado de las luchas dentro del campo de poder<sup>18</sup> que, desde mediados del siglo pasado, orientaron a la práctica médica hacia la especialización, la tecnologización y la institucionalización de los servicios de salud. Fue un proceso que hizo desaparecer a la medicina liberal (es decir, aquel estilo de práctica profesional privada basado en el médico general “de a pie”, que atendía a sus pacientes en sus domicilios o los recibía en su consultorio particular) y donde el prestigio personal del médico liberal se desplazó hacia el prestigio de la institución, que a su vez se volvió jerárquicamente superior en la medida en que se volvió sede de especialistas y subespecialistas médicos (Schraiber, 2019). Como hemos mostrado aquí,

---

nan divergiendo sustantivamente en varias cuestiones (Burawoy, 2014). A los efectos de este artículo, sin embargo, nos parece importante rescatar la noción del gran teórico italiano porque remite muy gráficamente a un sistema jerarquizado en varios niveles que funciona sobre la base del permanente reconocimiento o legitimación que le brindan sus diversos actores.

18 Esto se ilustra muy claramente en las memorias de Soberón (2015), donde muestra el papel estructurante del campo de ciertos actores con poder político (i.e., Zubirán y él mismo, pp. 76 y ss), y donde se documenta la estrecha interconexión entre el campo universitario, el campo de las instituciones de salud, y el campo netamente político.

estas jerarquías no son compartimientos estancos rígidos ni estáticos, sino que existen fundamentalmente por el proceso de creación y recreación que, mediante el habitus que el campo médico favorece en sus agentes, surge en la interacción cotidiana entre los médicos de los diferentes niveles de atención y, concomitantemente, de diversas especialidades.

Sostenemos que es fundamental el estudio sociológico de este nivel de realidad, pues es ahí donde se observan las luchas, los conflictos, los acomodados, las estrategias, las alianzas y las resistencias entre los especialistas de los distintos niveles de atención médica en el sistema de salud. Es este el espacio donde se observa la acción social, la capacidad agentiva de los actores. Es, por ende, el nivel de análisis que, al enfocarse hacia el carácter a la vez creativo y determinado de los actores sociales, permite el desarrollo de un conocimiento científico del funcionamiento cotidiano de las instituciones, desencantando así las narrativas producidas por el propio campo médico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Bosk, Charles L. (2003). *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bourdieu, Pierre (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, Pierre (1999a). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre (1999b). “Comprender”. En *La miseria del mundo*, 527-543. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, Pierre (2000a). “Una ciencia que molesta”. En *Cuestiones de sociología*, 20-37. Madrid: Istmo.
- Bourdieu, Pierre (2000b). *Sobre el campo político*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Bourdieu, Pierre (2002). *Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre (2005). “The political field, the social science field, and the journalistic field”. En *Bourdieu and the Journalistic Field*, coordinado por Rodney Benson y Erik Neveu, 29-47. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, Pierre, y Louis Wacquant (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Brachet-Márquez, Viviane (2012). “Contienda y dominación: una propuesta para teorizar la desigualdad”. *Estudios Sociológicos XXX*: 111-156.

- Burawoy, Michael (2014). “La dominación cultural. Un encuentro entre Gramsci y Bourdieu”. *Gazeta de Antropología* 30 (1). Disponible en <<http://hdl.handle.net/10481/31815>>.
- Callaghan, Gill (2005). “Accessing habitus: Relating structure and agency through focus group research”. *Sociological Research Online* 10 (3). Disponible en <<http://www.socresonline.org.uk/10/3/callaghan.html>>.
- Casado Vicente, Verónica (2018). “La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea”. *AMF* 14 (2): 79-86.
- Castro, Roberto (2014). “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”. *Revista Mexicana de Sociología* 76 (2): 167-197.
- Castro, Roberto, y Joaquina Erviti (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos humanos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Castro, Roberto, y Marcia Villanueva (2019). “El campo médico en México: hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu”. *Sociológica* 97: 73-113.
- Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) (2019). *Hospitales Regionales de Alta Especialidad*. Disponible en <<https://www.gob.mx/insalud/acciones-y-programas/hospitales-regionales-de-alta-especialidad-27380>>.
- Díaz, José, y Bárbara Gallego (2005). “La interconsulta y la referencia”. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 21: 3-4. Disponible en <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000300020&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300020&lng=es&nrm=iso)>.
- Díaz-Portillo, Sandra P., Hortensia Reyes-Morales, Silvia M. Cuadra-Hernández, Álvaro J. Idrovo, Gustavo Nigenda y Anahí Dreser (2017). “Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico”. *Gaceta Sanitaria* 31 (6): 459-465.
- Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (2017). <<https://escolares.facmed.unam.mx/doc/oficinaVirtual/alumnos/posgrado/instructivos/folletoBienvenidos2017.pdf>> [consulta: abril de 2018].
- Fajardo Ortiz, Guillermo, y Jorge Manuel Sánchez González (2005). “La medicina mexicana de 1901 a 2003. Fechas y legados”. *Revista Mexicana de Patología Clínica* 52 (2): 118-123.
- Fernández, Miguel Ángel, Jacqueline B. Roo Prato, Arnulfo E. Irigoyen Coria, Sofía Blanco Lara, Alan E. Barrel, Víctor M. Juárez T. (2016). “Los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes en América Latina: mecanismos de coordinación asistencial y el rol de la medicina familiar y comunitaria”. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 11: 37-45.

- Friedman, Meyer, y Gerard W. Friedland (1999). *Los diez mayores descubrimientos de la medicina*. México: Paidós.
- Gómez-Dantés, Octavio, y Julio Frenk (2019). “Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública”. *Salud Pública de México* 61 (2): 202-211.
- Gramsci, Antonio (1975). *Cuadernos de la cárcel 1. Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el Estado Moderno*. México: Juan Pablos Editor.
- Hughes, Everett Cherrington (1993). “Mistakes at work”. En *The Sociological Eye. Selected Papers*, 316-325. New Brunswick: Transactional Publishers.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021). *Estadísticas a propósito de las personas ocupadas como médicos (23 de octubre)*. México: INEGI. Disponible en <[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_Medico2021.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Medico2021.pdf)>.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2017). *Brechas en la disponibilidad de médicos y enfermeras especialistas en el sistema nacional de salud*. México: INSP. Disponible en <[http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/brechas\\_medico\\_enf\\_esp.pdf](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/brechas_medico_enf_esp.pdf)> [consulta: abril de 2018].
- Jerolmack, Colin, y Shamus Khan (2014). “Talk is cheap: Ethnography and the attitudinal fallacy”. *Sociological Methods & Research* 43 (2): 178-209.
- Jiménez, Tomás R., y Marlene Orozco (2021). “Prompts, not questions: Four techniques for crafting better interview protocols”. *Qualitative Sociology* 44: 507-528. <<https://doi.org/10.1007/s11133-021-09483-2>>.
- Lamont, Michele, y Ann Swidler (2014). “Methodological pluralism and the possibilities and limits of interviewing”. *Qualitative Sociology* 37: 153-171.
- Leyva Piña, Marco Antonio, y Santiago Pichardo Palacios (2012). “Los médicos de las Farmacias Similares: ¿degradación de la profesión médica?”. *Polis* 8 (1): 143-175.
- Lifshitz, Alberto (2014). *La nueva clínica. Colección de aniversario (150 años)*. México: Academia Nacional de Medicina/Intersistemas.
- López-Cervantes, Malaquías (coord.) (2013) *Salud pública. Conformar un sistema integral de salud de alta calidad para toda la población*. México: Academia Mexicana de Ciencias.
- Marx, Karl (1978). *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (Grundrisse) 1857-1958*. México: Siglo XXI Editores.
- Monte-Secades, Rafael, Eduardo Montero-Ruiz, Aída Gil-Díaz y Jesús Castiella-Herrero (2016). “General principles of medical interconsultation for hospitalised patients”. *Revista Clínica Española* 216 (1): 34-37.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). *La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington: OPS/OMS.



- Rinaldo, Rachel, y Jeffrey Guhin (2019). "How and why interviews work: Ethnographic interviews and meso-level public culture". *Sociological Methods & Research* 51 (1): 34-67.
- Schraiber, Lilia Blima (2019). *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XXI*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) (2019). *Atención primaria de salud integral e integrada: la propuesta metodológica y operativa*. México: Secretaría de Salud. Disponible en <[http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos\\_de\\_Salud\\_VF.pdf](http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf)>.
- Soberón, Guillermo (2015). *El médico, el rector*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/El Colegio Nacional/Fondo de Cultura Económica.
- Starr, Paul (1991). *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Vignolo, Julio, Mariela Vacarezza, Cecilia Álvarez y Alicia Sosa (2011). "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud". *Archivos de Medicina Interna XXXIII* (1): 11-14.
- Villanueva, Marcia (2019). "Somos médicos, no dioses: una etnografía filosófica de la deshumanización de la medicina". Tesis de Doctorado en Filosofía de la Ciencia. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- Villanueva, Marcia, y Roberto Castro (2020). "Sistemas de jerarquización del campo médico en México. Un análisis sociológico". *Ciencia & Saúde Coletiva* 25 (6): 2377-2386.
- Wilson, Adrian, y Timothy G. Ashplant (1988). "Whig history and present-centred history". *The Historical Journal* 31 (1): 1-16. <<https://doi.org/10.1017/S0018246X00011961>>.
- Wirtz, Verónica, Sandra P. Díaz-Portillo, Álvaro J. Idrovo, Anahí Dreser, Federico R. Bonilla y Bonifacia Matías-Juan (2015). "Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración". *Salud Pública de México* 57 (4): 320-328. Disponible en <<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7575>>.

---

**Roberto Castro**

Doctor en Sociología Médica por la Universidad de Toronto. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México. Temas de especialización: sociología del campo médico, violencia contra mujeres, métodos de investigación. ORCID: 0000-0002-1440-2460.

**Marcia Villanueva**

Doctora en Filosofía de la Ciencia por la Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM. Temas de especialización: deshumanización de la medicina, identidad narrativa, campo médico en México. ORCID: 0000-0001-9408-6308.

