

*El aprendizaje social de la condición médica **

(Una morfología de la estructura de las especialidades
médicas en Francia durante los años noventa)

MARIE JAISSON

Univ. François Rabelais (Tours)

El ámbito médico en Francia se ha transformado profundamente en el transcurso de los últimos treinta años. En primer lugar, el colectivo médico ha aumentado de manera muy acentuada a partir de los años sesenta, y este aumento se ha acelerado durante los años ochenta. En segundo lugar, el porcentaje de mujeres profesionales de la medicina no ha dejado de crecer en el mismo período.

¿Cómo estudiar con la ayuda de instrumentos sociológicos estos fenómenos? Para reconstruir la lógica de las prácticas médicas en Francia durante la segunda mitad del siglo XX, me ha parecido necesario recurrir a una hipótesis estructural¹. Una hipótesis semejante, que presupone la permanencia y la transformación de las estructuras sociales, se utiliza normalmente en los estudios sociológicos. Sin embargo, el recurso a hipótesis estructurales, tanto en el caso francés como en el de otros países, no aparece en obras de referencia sobre sociología de la medicina tales como las de Talcott Parsons² y sus críticos³. Estos tra-

* Universidad François Rabelais, Tours-Francia, Febrero 2001.

Traductores: Miguel Ángel CASTRO NOGUEIRA y Luis CASTRO NOGUEIRA, Madrid, 11 de julio de 2001.

¹ Este artículo se apoya en un trabajo de investigación que he realizado en el marco de un doctorado en sociología bajo la dirección de Pierre BOURDIEU: Marie JAISSON, *Les lieux de l'art. Etudes sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province*. Paris, EHESS, enero 1995, 600 páginas. Bajo una versión un poco diferente, esta investigación se ha presentado en el Symposium «Zwischen Frembestimmung und Selbstialisierung. Forschungen zu den symbolischen Kämpfen um die Universität im Anschluss an Pierre Bourdieu», Universidad de Viena, Austria, 26-28 noviembre de 1998.

Esta línea de investigación se prolonga en los trabajos en curso sobre micro-simulaciones realizados en colaboración con Sophie Pennec en el marco de l'UR 11- Institut National d'Etudes Démographiques.

² Ver por ejemplo Talcott PARSONS, *The Social System*, New York, Free Press, 1951 o también

bajos han marcado el desarrollo de la sociología médica e influido mucho en Francia durante los años setenta⁴. Unos y otros han privilegiado problemáticas dominadas por categorías como profesión, profesionalismo u ocupación⁵. De este modo, las grandes cuestiones tratadas por la sociología de la medicina tocan puntos que, en el marco durkheimiano, habría que situar al nivel de la auto-regulación de una práctica extremadamente especializada⁶. Víctima hechizada por el fetichismo del ejercicio de la competencia médica, esta sociología se ha desarrollado sin afrontar la temática del espacio social y su estructura. Problemática que había sido ya detectada por Maurice Halbwachs, alumno de Durkheim, en los años treinta⁷.

Enfocar una sociología en términos de espacio social no es algo frecuente. La sociología funcionalista americana no ha recurrido a este concepto. El sociólogo Emile Durkheim no concebía la sociedad en términos de espacio. La profundización en la categoría analítica de morfología social, presente en Emile Durkheim y Marcel Mauss, fue lo que condujo a Maurice Halbwachs hacia una concepción espacial. El vio la necesidad de distinguir por un lado entre la estructura (las condiciones espaciales), y, por otro, las operaciones necesarias para su objetivación (la morfología). Tal es la razón por la que el inventario de los efectos de dispersión estadística, desde el enfoque morfológico, sacan a la luz los índices que hacen reconocer la estructura⁸. Esta hipótesis estructural ha sido muy refinada por los trabajos de Pierre Bourdieu. En efecto, la estructura social en Bourdieu no es únicamente, como en Maurice Halbwachs, una suerte de ámbito y un principio de homogeneidad característico de una práctica especializada. En el modelo de Bourdieu la clave determinante de la estructura social es el sistema de autonomías socialmente constituidas y tendenciales que caracterizan las prácticas. Cada autonomía tiene como característica un capital específico cuya distribución define un campo social específico. El sistema de estos campos constituye el espacio

R.K. MERTON, G.G. REEDER, P.L. KENDALL, *The Student-Physician*, Cambridge, Harvard University Press, 1957.

³ Everett C. HUGHES, «[Professions]», *Daedalus*, vol. 92, n.º 4, 1963, pp. 655-668. H.S. BECKER, B. GEER, E. C. HUGHES, A.L. STRAUSS, «Boys in White. Student Culture in Medical School», The University Chicago Press, 1961.

⁴ La sociología médica se ha desarrollado en Francia ligada a las investigaciones americanas. Su emergencia en los años setenta se vincula a un movimiento de traducción de trabajos americanos dirigidos por la socióloga Claudine Herzlich. Ver por ejemplo Claudine HERZLICH, *Médecine, Maladie et Société*, Paris, Mouton/EHESS, 1970, donde pueden encontrarse entre otras traducciones de H. Becker, P. Kendall, E. Freidson y T. Parsons. El mismo movimiento ha llevado a la traducción de FREIDSON, *La Profession Médicale*, publicada en Francia en 1984, cuyo original había sido publicado en Estados Unidos en 1970.

⁵ Eliot FREIDSON, *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*, New York, Aldine, publicado en 1970. Eliot FREIDSON, *La Profession Médicale*, Paris, Payot, 1984. Claudine Herzlich (dir.) *Medecine, Maladie et Société*, Paris Mouton/EHESS, 1970.

⁶ Para un análisis de los trabajos de sociología médica a partir de los años 1920, ver M. JAISSON, *Les Lieux de l'Art...*, pp. 9-75.

⁷ Maurice HALBWACHS, *Morphologie Sociale*, Paris, A. Colin, reeditada 1970, (edición original de 1938)

⁸ M. JAISSON, *Temps et Espace chez Maurice Halbwachs (1925-1945)*, *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, n.º 1, 1999, pp. 163-178.

social. El modelo es más preciso que el esquema de Halbwachs. Ofrece, además, la posibilidad de una traducción empírica directa de los efectos estructurales propios de la lógica de un campo usando medidas estadísticas en términos de desviación de las frecuencias medias. Es este principio de desviación diferencial el que asegura la adecuación de las técnicas estadísticas, basadas en la comparación de distribuciones propias de un subgrupo a la media de un grupo, a los efectos de la construcción empírica de un campo. Diversas técnicas estadísticas permiten evidenciar tales desviaciones estructurales. Por ello Pierre Bourdieu, en sus trabajos, recurre sistemáticamente al análisis factorial de correspondencias múltiples. Pero la hipótesis morfológica no implica necesariamente el recurso a una única técnica estadística. Por mi parte usaré en el ensayo un procedimiento muy simple de cálculo para dar cuenta de las desviaciones de la media. Se trata no solamente de mostrar cómo construir índices simples sino también de desplegar un registro de indicadores empíricos desde el punto de vista técnico. Procederé de este modo a una comparación sistemática entre dos años académicos que permitirá mostrar la estabilidad de la estructura de las especialidades médicas en Francia. Así, frente a un enfoque coyuntural, la perspectiva estructural nos permite ir más allá de la necesidad de actualizar continuamente los datos.

El ejercicio de la medicina hospitalaria o liberal se basa en disciplinas o *especialidades* para utilizar el vocabulario médico (cardiología, radiología, ginecología, psiquiatría...). Cada una de ellas se caracteriza por una combinación de criterios técnicos, universitarios o económicos. Se puede, entonces, poner a prueba la hipótesis que consiste en afirmar que las especialidades médicas, conjuntos coherentes de condiciones de aprendizaje y de ejercicio en hospitales o consultas privadas, serían polos de una estructura social específica cuya morfología habría que establecer⁹. Tal es el objeto de este artículo. Trataremos de mostrar la estructura del espacio de las especialidades médicas y cómo se puede medir con la ayuda de diferentes indicadores: la distribución por sexo, el origen social de los médicos, sus rentas e incluso la tasa de defunciones en los diferentes servicios hospitalarios.

Disponemos para esta tarea de una amplia literatura estadística producida por la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, el Ministerio de Finanzas, el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Educación Nacional, las Direcciones regionales de Asuntos Sociales y de la Salud, que, todavía, no ha sido suficientemente explotada por los sociólogos¹⁰. No he usado para esta investigación más que un número limitado de especialidades médicas y quirúrgicas (anestesia-reanimación, cardiología, cirugía, dermatología-venerología, ginecología-obstetricia, medicina interna, oftalmología, otorrinolaringología (ORL), pediatría, psiquiatría, radiodiagnóstico, radioterapia y reumatología). Este conjunto representaba en 1995 el 62,2% de los estudiantes franceses matriculados en el Diploma de Estudios Especializados (D.E.S.) de tercer ciclo de los estudios de medicina.

⁹ Para una análisis objetivista de las disciplinas universitarias, ver Pierre BOURDIEU y Jean-Claude PASSERON, *Les étudiants et leurs études*, Cahiers du Centre Sociologie Européenne, n.º 1, Mouton/EHESS, 1964; Pierre BOURDIEU, *Homo Academicus*, Minuit, 1984.

¹⁰ Para un inventario de las fuentes administrativas, ver M. JAISON, op. cit., pp. 70-75.

Estas especialidades las ejercían el 85% de los médicos especialistas en activo en Francia en 1993 ¹¹. Existen veinticuatro D.E.S., entre los cuarenta y ocho reconocidos por el Ministerio de Educación, que, además de ser los más numerosos, se orientan a la práctica de actos terapéuticos inmediatos, frente a las especialidades de enfoque biológico o de salud pública. Representan, asimismo, el 73% de los internamientos hospitalarios públicos, si bien el internamiento en los servicios relevantes de los conjuntos de especialidades suponen el 81% de la totalidad de ingresos en los hospitales. Los efectivos correspondientes a cada disciplina son lo suficientemente elevados para autorizar cálculos de repartición estables durante los períodos 1980 y 1990. La restricción a las veinticuatro especialidades más numerosas facilita dar cuenta de la construcción autorizando comparaciones sistemáticas entre las diferentes fuentes utilizadas ¹².

Desde un punto de vista morfológico, como ya hemos dicho, el inventario de los efectos de dispersión estadística nos permite visualizar los índices que estructuran el espacio de las especialidades. Por consiguiente, un efecto observado en una repartición no nos ofrece con exactitud la medida de la estructura, sino que nos provee de un criterio fenoménico cuyo principio es la existencia de la estructura. Sólo mediante el uso de varios indicadores puede apreciarse la morfología de la estructura. Si se parte de una hipótesis estructural, puede considerarse que los dispositivos estadísticos facilitados por diversos ministerios (Enseñanza Superior, Finanzas, Asuntos Sociales) y la Caisse d'Assurance Maladie proporcionan imágenes seccionadas de la estructura de las especialidades médicas, *cortes imperfectos pero sin duda reveladores*. Mientras que la estructura que hay que identificar presente algún tipo de regularidad, alguna estabilidad (de ahí el recurso a la comparación entre los años 1990-1 y 1994-5), el procedimiento posee la ventaja de la exhaustividad de los censos.

Las cifras citadas cada año se establecen y comparan con la totalidad de los estudiantes inscritos en los Diplomas de Estudios Especializados del tercer ciclo de medicina (8.033 en 1995) con las rentas declaradas a hacienda (51 470 779 francos en 1987) y, asimismo, con el número de hospitalizaciones en el sector público (7 966 983 en 1993). Procederemos comparando cada especialidad con la media del resto de las especialidades.

El procedimiento para la construcción de la estructura consistirá, desde ese momento, en cruzar de manera no siempre homogénea pero razonada, los indicadores pertenecientes a diferentes instituciones. De este modo, alcanzamos los medios de subvertir las representaciones admitidas mediante las que se piensa el aprendizaje y el ejercicio de la medicina. Se podrá entonces identificar aquellos fenómenos que parecen ser tan determinantes como relegados en la literatura sociológica tales como la división sexual del trabajo médico y la reproducción de las diferencias de origen social en el aprendizaje de la profesión médica

¹¹ *Documents Statistiques*, L' Offre médicale de soins par spécialité au 1er janvier 1993, n.º 170 bis, SESI, Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, marzo de 1993.

¹² Para una extensión de los criterios utilizados en otras especialidades, ver M. JAISSON, op. cit., pp. 192-222.

1. LA DIVISIÓN SEXUAL DE LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA

De acuerdo con una vieja regularidad, el 51,2% de los bebés nacidos vivos entre 1968 y 1970 eran de sexo masculino¹³. Sin embargo, dieciocho años más tarde, las candidatas al Bachillerato de enseñanza general eran un 56,4% frente al 43,6% masculino. Este dato ha sido contrastado regularmente. Este año, el 57,2% de bachilleres eran chicas (en 1995 la tasa se ha mantenido prácticamente idéntica: 57%)¹⁴. Las chicas, más numerosas a la hora de convertirse en bachilleres, se matriculan con más frecuencia que los chicos en la Universidad. En 1988-1989 las estudiantes representaban el 56,4% de los 506 115 estudiantes inscritos en el primer ciclo de todas las carreras tomadas en conjunto y el 58,2% de los 31 490 estudiantes matriculados en el primer ciclo de medicina. Diez años antes las cifras correspondientes eran el 49,1% de chicas entre los 44 947 estudiantes matriculados en el primer ciclo de medicina y el 51,8% de 414 129 estudiantes si consideramos todas las carreras universitarias¹⁵.

Los dos principales fenómenos estructurales que han afectado a los estudios en medicina a partir de los ochenta han sido, en primer lugar, la reducción del número global de estudiantes en el primer ciclo debido a la implantación del *numerus clausus* al final del primer año y, en segundo lugar, al igual que en las otras disciplinas universitarias una tendencia a la feminización¹⁶.

Las estudiantes aventajan en número a los estudiantes en los primeros ciclos universitarios y, muy especialmente, en medicina, (en 1988, la proporción en el primer ciclo de todas las carreras universitarias era del 56%, mientras que en medicina ascendía al 58%). En 1997, la proporción de chicas estudiantes de primer ciclo para el conjunto de todas las carreras universitarias era del 56% (el mismo que el de nueve años antes), siendo en el primer ciclo de medicina ya entonces, y en lo sucesivo, del 62%. Sin embargo, la ratio-sexual se invierte significativamente a lo largo de los estudios. Por ejemplo, al nivel del tercer ciclo, y consideradas todas las carreras universitarias, la proporción de hombres es superior a la de mujeres (en 1988, el porcentaje de mujeres en el tercer ciclo de todas las carreras universitarias era del 40%; nueve años más tarde, en 1997, su presencia se ha incrementado hasta el 49,7%). Así pues, la selectividad objetiva de los estudios superiores es diferencialmente mayor para

¹³ La situation démographique en 1985, Collection D120, Paris, INSEE, 1987. Sobre esta regularidad y las cuestiones sociológicas que discute, ver M. HALBWACHS, *Le point de vue du nombre*, *Encyclopédie Française*, 1936, vol VII.

¹⁴ *Tableaux Statistiques, résultats, définitifs du baccalauréat d'enseignement général. Evolution des bacheliers par série depuis 1980*, Paris, Ministère de l'Éducation Nationale.

¹⁵ *Effectifs universitaires publics, Direction de l'évaluation et de la prospective (DEP)*, Ministère de l'Éducation Nationale.

¹⁶ El vocabulario de los trabajos especializados en el análisis de los efectos de la división del trabajo según el sexo o el género utilizan en la actualidad esta segunda denominación, *género*, para poner en evidencia la construcción social de esta categoría. Esta distinción se orienta tradicionalmente a denunciar el riesgo de interpretación naturalista de los resultados. En la medida en que cualquier análisis sociológico remite necesariamente a individuos contruidos, (cf. Pierre BOURDIEU, *Homo Academicus*, pp.36-37) este malentendido no tiene razón de ser. Por este motivo conservo el término sexo.

las mujeres que para los hombres. En medicina se manifiesta la misma tendencia (incluso más acentuada) puesto que la diferencia entre la proporción de hombres y mujeres es más elevada a favor de los primeros (en 1988 el porcentaje de mujeres en el tercer ciclo de medicina era del 38%; en 1997 es del 47,2%). Existen causas múltiples para explicar estos hechos cuyo análisis se alejaría de mi propósito. En todo caso, este fenómeno es más evidente en los estudios de medicina.

La intensificación de la selectividad en los estudios de medicina desde los años ochenta ha frenado relativamente el proceso general de feminización con vistas al acceso a la profesión. El proceso subyacente, no obstante, sigue funcionando. Así, de 1988 a 1998 el porcentaje de mujeres cursando el tercer ciclo de medicina ha aumentado el 10%, pasando del 39,8% al 49,7%. He aquí, pues, un ámbito profesional cuyo acceso ha conocido una transformación morfológica radical, una feminización. Puede observarse al mismo tiempo tanto una importante resistencia en el medio médico como el carácter ineluctable de la feminización.

Si comparamos la distribución por sexo de los estudiantes de tercer ciclo inscritos en el Diploma de Estudios Especializados en 1990-1 y 1994-5, es decir en el momento en el que los futuros doctores alcanzan su especialización, se puede esperar discernir no solamente la estructura de las especialidades sino también los efectos de la feminización sobre esa estructura¹⁷. A partir de 1984 el tercer ciclo de medicina se divide en dos cursos paralelos. Uno que conduce a la práctica de la medicina general, de duración bianual, y al que se accede sin ningún tipo de examen y otro que lleva al aprendizaje de una especialidad médica orientada al ejercicio de la medicina hospitalaria o al de la medicina privada o liberal. Dependiente de un examen, su duración media es de cuatro años y se realiza en el marco denominado Diploma de Estudios Especializados (D.E.S.)¹⁸. A partir de 1991, fecha de la desaparición definitiva de los viejos Certificados de Estudios Especiales (C.E.S) que permitían la adquisición de una especialidad, siguiendo la vía exclusivamente universitaria, (siendo la otra alternativa la de médico residente en un hospital universitario), en la actualidad sólo queda un curso dirigido a la especialización: el de médico interno que cursa una especialidad.

Este nuevo dispositivo de formación que hace coincidir las viejas jerarquías, los médicos externos/internos por un lado y generalistas/especialistas por el otro, se presta más fácilmente que el modelo antiguo a un seguimiento estadístico de la dinámica de las especialidades.

Los concursos se organizan en siete Inter.-regiones administrativas, Alpes-Ródano, Isla de Francia, Norte, Noroeste, Sur y Sudoeste. A ellos hay que añadir los Departamentos de Ultramar con un concurso específico. Los estudiantes no

¹⁷ Estos datos me han sido facilitados por la DEPB5 del Ministerio de Educación Nacional. Agradezco particularmente a Madame Canceil, responsable de ese departamento.

¹⁸ Las cifras correspondientes al DES contabilizan solo a los estudiantes franceses y europeos. Los estudiantes originarios de otros países obtienen un diploma Inter.-universitario de especialización, D.I.S., cuya organización es análoga a la de los DES. En 1993 de 3994 diplomas otorgados, 1294 lo fueron a extranjeros, es decir, el 33% de la totalidad.

son candidatos para una ciudad, como en el antiguo sistema, sino para una amplia región que comprende varias ciudades dotadas de Centros-Hospitales Universitarios (C.H.U.) donde se desarrollan los estudios. De hecho se observa una homogeneización a nivel nacional del espacio social de las especialidades. Tal ha sido el efecto sociológico de una reforma universitaria, una de cuyas intenciones era la de armonizar una formación que, anteriormente, dependía de cada Centro Hospitalario Universitario.

Antes de continuar conviene detenerse en algunas cifras relevantes. En 1989, el 31% de los médicos activos en Francia eran mujeres. Entre los generalistas el porcentaje femenino era del 29% mientras que entre los especialistas era del 33%¹⁹. Proporcionalmente existían más mujeres especialistas que generalistas. Baste ahora con estas observaciones que quizás, más tarde, podamos esclarecer.

En 1994-5, el 46,2% de los estudiantes matriculado en D.E.S. eran mujeres. Esta tasa supera en dos puntos y medio a la que mide el conjunto de mujeres que cursan tercer ciclo en medicina: 43,7%. La desviación obedece a la misma lógica que la precedente. Como ya se ha indicado, las especialidades universitarias que manejamos cubren el 62,2% del conjunto de estudiantes matriculados en D.E.S : 4 997 sobre un total de 8 033. La distribución atendiendo al sexo por estudiantes, siempre en 1994-5, según las especialidades contempladas por este estudio es del 40,4% de mujeres por el 59,6% de hombres. Los D.E.S que nos interesan están menos feminizados que el conjunto de todas las carreras de tercer ciclo o bien se trata de especialidades dirigidas hacia actos terapéuticos inmediatos, en oposición a aquellas orientadas hacia la biología y la salud pública. Las formaciones orientadas al acto médico si las comparamos con aquellas otras de tipo administrativo o de laboratorios son más frecuentemente cursadas por hombres. Esta observación sobre la restricción empírica sintonizará, como habrá ocasión de comprobar, con el modelo que mi análisis pondrá de manifiesto.

Las diferencias en la ratio sexual por especialidades son muy claras. Los D.E.S. de pediatría ofrecen una proporción de más del 70% de estudiantes mujeres (en 1994-5 el 74% de estudiantes de pediatría eran mujeres ascendiendo al 79% en 1997-8). Esta especialidad es la más feminizada de las especialidades médicas y quirúrgicas (ver la tabla n.º 1). El D.E.S. de dermatología se caracteriza por parecidas tasas de feminización. Las estudiantes inscritas en D.E.S de reumatología y psiquiatría representan, respectivamente, el 58,6% y el 57,1% del conjunto de todos los estudiantes matriculados en estas especialidades en 1994-5. En ginecología la tasa es del 51,0%.

Los otros diplomas de especialistas de tercer ciclo presentan una proporción de estudiantes masculinos superior a la media del conjunto de especialidades. Los D.E.S. de cirugía, otorrinolaringología y de cardiología cuentan por término medio sólo con una cuarta parte de mujeres. Representan las especialidades más masculinizadas (el número de hombres especialistas en cirugía

¹⁹ Estas cifras proceden de *La Démographie Médicale Française, dix ans d'évolution (1980-1990)*, Etude n.º 22, enero de 1991, Ordre National des Médecins, Paris.

en 1994-5 era del 83% y en 1997-8 del 87%). Los diplomas de oftalmología y anestesiología-reanimación, para no hablar de radioterapia están dominados por 2/3 de hombres. Es obvio, por tanto, la existencia de grandes diferencias entre la distribución de estudiantes, según el sexo, por lo que respecta a la elección y enseñanza de especialidades. En los últimos años estas diferencias han experimentado notables transformaciones. La tendencia general entre 1990/1 y 1994/5 ha sido la feminización. Sin embargo este fenómeno se ha traducido diferencialmente según las diversas especialidades. Aquellas ya feminizadas, donde la presencia de mujeres era superior a la media en 1990-1, es decir: la pediatría, la reumatología, la dermatología-venereología y la psiquiatría han visto acentuarse el proceso de feminización cuatro años más tarde. En cuanto a las especialidades donde dominan numéricamente los hombres pueden detectarse varias tendencias. Entre los D.E.S *más masculinos*, la otorrinolaringología (ORL) y la anestesiología-reanimación se ha producido una ligera disminución de la proporción de estudiantes de sexo masculino: ambas especialidades han continuado resistiendo—la tendencia general a la feminización. Si en cirugía la proporción de mujeres ha aumentado 8 puntos en cuatro años la especialidad sigue siendo, sin embargo, la más masculina. Los D.E.S. de cardiología y oftalmología presentan variaciones muy diferentes. Ambas especialidades, que ya en 1990-1 eran mayoritariamente masculinas, han aumentado, cuatro años más tarde, el porcentaje de hombres: en más de 8 puntos para la oftalmología y en cuatro puntos para la cardiología. Presentan una tendencia opuesta a la general. En fin, la radioterapia sufre en cuatro años una evolución comparable: el número de estudiantes de sexo masculino ha crecido más de 7 puntos²⁰.

En último término, teniendo en cuenta la correlación de estos resultados con otros indicadores, la diferenciación de especialidades médicas según el sexo de los estudiantes de D.E.S., punto de pasaje obligado para la especialización, es manifiesta. La estructura que se dibuja a partir de este análisis opone dos grupos de especialidades, la cirugía, la anestesiología-reanimación, la cardiología, la oftalmología y la ORL por un lado, y la reumatología, la dermatología-venereología, la pediatría y la psiquiatría por el otro como tendencialmente masculinas o femeninas. Este elemento de la estructura, bajo el efecto de la tendencia general a la feminización de la clase médica, ha conocido una transformación en el curso de los últimos cuatro años que se ha traducido en una mayor polarización.

²⁰ La ginecología experimentó en cinco años un proceso de feminización (+6%). Conviene analizar este proceso con prudencia: antes de la reforma de los estudios de tercer ciclo, esta formación se dividía en dos cursos diferentes, uno de los cuales incluía intervenciones quirúrgicas y el otro no. El primero era mayoritariamente masculino y el segundo femenino. Asistimos de nuevo aquí a un reequilibrio de la distribución de los sexos en el seno de una especialidad reunificada.

TABLEAU N.º 1
**Répartition par sexe des étudiants inscrits en Diplômes
 d'Études Spécialisées (D.E.S.) pour l'ensemble de la France**

	1990/91		1994/95	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Anesthésie-réanimation	66,2%	33,8%	65,0%	35,0%
Cardiologie	74,7%	25,8%	78,5%	21,5%
Chirurgie *	90,9%	9,9%	82,8%	17,2%
Dermatologie-vénérologie	36,2%	63,8%	30,0%	70,0%
Gynécologie-Obstétrique	55,6%	44,4%	49,0%	51,0%
Médecine Interne	63,3%	36,7%	52,5%	47,5%
Ophthalmologie	59,2%	40,8%	67,2%	32,8%
O.R.L.	83,8%	16,2%	81,9%	18,1%
Pédiatrie	27,9%	72,1%	26,2%	73,8%
Psychiatrie	47,9%	52,1%	42,9%	57,1%
Radiodiagnostic	59,5%	40,5%	54,8%	45,2%
Radiothérapie et Médecine nucléaire	55,6%	44,4%	62,5%	37,5%
Rhumatologie	42,8%	57,2%	41,4%	58,6%
Ensemble de ces D.E.S.	58,9%	41,1%	59,6%	40,4%
Effectifs de ces D.E.S.	2116	1476	2980	2017
Tous D.E.S. confondus	58,9%	41,1%	53,8%	46,2%
Effectif tous D.E.S.	3127	2185	4318	3715

* Tous les DES de spécialités chirurgicales sont agrégés, hormis ceux d'ophtalmologie et d'ORL.

SOURCES: *Effectifs Universitaires publics*, Direction de l'évaluation et de la prospective, DEPB5, Ministère de l'Éducation Nationale.

2. EL ORIGEN SOCIAL DE LOS ESTUDIANTES

En 1987, el 33,5% de los bachilleres procedían de familias pertenecientes a cuadros superiores o profesiones liberales. El 10,8% venía de la clase trabajadora. Las cifras correspondientes para el año anterior eran, respectivamente, 30,6% y 11,3%²¹. En 1988-9, para el conjunto de ciclos de todas las especialidades universitarias, la proporción de estudiantes cuyos padres ejercían una profesión liberal o pertenecían a cuadros superiores era un poco más baja: 29,4%. La de los estudiantes de origen obrero un poco más alta: 12,7% (ver tabla n.º 2)²². Por el

²¹ *Tableaux Statistiques, résultats, définitifs du baccalauréat d'enseignement général. Evolution des bacheliers par série depuis 1980*, n.º 5625 (1986) y n.º 5697 (1987), Paris, Ministère de l'Éducation Nationale.

²² *Effectifs universitaires publics*, DEP, Ministère de l'Éducation Nationale. La categoría «professions supérieures» en estos documentos unifica los PCS «cadres supérieurs» y «professions libérales».

contrario, los estudiantes de medicina proceden con mucha más frecuencia de las clases dominantes que de las dominadas.

TABLEAU N.º 2
Répartition selon l'origine sociale des étudiants en université en France
en 1988/89

	Agriculteur Exploitant	Patrons Artisans	Profession Supérieure	Profession Intermédiaire	Employés personnel de service	Ouvriers	Inactifs	Autres	Inconnu et non réponse
Premier cycle médecine	2,4%	7,4%	38,8%	17,7%	6,7%	10,0%	2,6%	7,8%	6,6%
Troisième cycle médecine	,6%	7,9%	41,3%	13,1%	5,6%	5,7%	5,2%	11,1%	7,6%
Tous cycles médecine	2,6%	7,5%	41,5%	15,5%	6,1%	7,6%	3,6%	8,5%	7,1%
Tous cycles et toutes disciplines	3,7%	7,7%	29,4%	17,5%	9,4%	12,7%	4,3%	9,8%	5,4%

SOURCES: *Effectif universitaire public*, DEP, Ministère de l'Education Nationale. La catégorie «professions supérieures» dans ces documents regroupe les PCS «cadres supérieurs» et «professions libérales».

Los estudiantes de orígenes obreros, siempre para el año 1988-9, representaban en medicina, incluyendo los tres ciclos, el 7,6%. El porcentaje de estudiantes procedentes de cuadros superiores y de profesiones liberales es del 41,5%. Si se considera el primer ciclo de medicina, siempre para el año universitario 1988-89, se observa que el porcentaje de estudiantes de clase trabajadora es del 10,0%; mientras que el de los cuadros superiores y profesiones liberales era del 38,8%. Esta disparidad social se agrava cuanto más se avanza en la carrera de medicina. Por ejemplo, en el tercer ciclo, durante el año 1990/91 el porcentaje de estudiantes de clase obrera que se orienta hacia la medicina general era del 7,3% mientras que los que optaban por el curso de especialización era del 3,7%. Por lo que respecta a los estudiantes de cuadros superiores y profesiones liberales, siempre en 1990-1, el 42,2% se han hecho generalistas frente a un 42,5% de especialistas. Un estudiante cuyos padres son trabajadores tiene muchas más posibilidades, alcanzado el tercer ciclo y después de una severa selección, de llegar a ser médico de familia que especialista, mientras que su compañero, cuyos padres pertenecen a cuadros superiores o profesiones liberales, tiene la misma oportunidad de llegar a ser médico generalista o especialista. Los estudiantes procedentes de las clases dominadas sufren una doble selección de hecho en el curso de sus estudios de medicina: la primera durante los dos primeros ciclos y la segunda en el momento de la especialización correspondiente al tercer ciclo.

En 1990-1, los estudiantes que se especializaron en cirugía, dermatología, cardiología, oftalmología y ORL (entendiendo que estas dos últimas especialidades son especialidades quirúrgicas) procedían, frente a sus colegas de otras especialidades, de cuadros superiores y profesiones liberales. Los estudiantes de cla-

ses sociales dominadas se orientan con mucha más frecuencia que la media de sus colegas hacia la radioterapia, la ginecología y la medicina interna. Asimismo, aunque de forma menos acentuada, este tipo de estudiantes tienen igualmente la tendencia, superior a la media, a matricularse en D.E.S. de radiodiagnóstico, reumatología, pediatría o incluso psiquiatría. Finalmente, los futuros especialistas en anestesia-reanimación presentan una distribución de sus orígenes sociales próxima a la media (ver tabla n.º 3)²³.

TABLEAU N.º 3

Répartition selon l'origine sociale des étudiants inscrits en D.E.S. en France en 1990/91

	Agr. Expl.	Patron Comm.	Prof. Sup.	Prof. Interm.	Employés P.Serv.	Ouvriers	Inactifs Chôm.	Autres CSP	Non réponse et inconnu
Anesth.-Réa.	2,1%	6,0%	48,3%	12,4%	2,6%	3,8%	6,8%	13,7%	4,3%
Cardiologie	0,9%	7,9%	50,3%	10,1%	5,1%	3,8%	6,3%	9,8%	5,7%
Chirurgie	1,5%	6,6%	50,9%	12,3%	3,5%	3,4%	6,0%	9,4%	6,4%
Dermatologie	0,5%	8,6%	51,9%	12,4%	3,8%	2,4%	5,7%	9,0%	5,7%
Gynécologie	3,6%	8,0%	40,0%	15,1%	5,3%	4,0%	4,9%	10,2%	8,9%
Médecine Interne	1,4%	8,8%	41,5%	17,0%	2,0%	5,4%	6,1%	10,2%	7,5%
Ophtalmologie	2,2%	8,4%	52,0%	10,1%	2,8%	3,9%	8,4%	9,5%	2,8%
O.R.L.	0,7%	11,0%	48,5%	14,0%	6,6%	2,9%	4,4%	5,9%	5,9%
Pédiatrie	0,9%	6,0%	47,4%	14,0%	4,2%	4,2%	4,7%	8,8%	9,8%
Psychiatrie	2,5%	5,3%	47,6%	14,5%	4,0%	4,2%	4,9%	9,8%	7,1%
Radiodiagnostic	1,3%	7,3%	46,5%	11,1%	3,3%	2,4%	6,5%	7,1%	14,3%
Radiothérapie	0,0%	11,8%	35,3%	11,8%	0,0%	5,9%	17,6%	11,8%	5,9%
Rhumatologie	2,2%	5,1%	45,7%	14,5%	2,9%	7,2%	5,8%	8,7%	8,0%
Ensemble	2,1%	6,6%	48,1%	12,9%	3,8%	3,6%	5,7%	9,3%	8,0%

SOURCES: *Effectifs universitaires publics*, DEPB5, Ministère de l'Education Nationale.

Las cifras correspondientes al año 1994-5 (ver tabla n.º 4) requieren una interpretación prudente tanto porque las categorías de recogida de datos han cambiado (la categoría *otros PCS* ha sido redistribuida entre otras rúbricas: por ejemplo los parados se han contabilizado entre los inactivos) como porque la tasa de los que *no saben, no contestan* ha sido muy elevada (quizás por un efecto secundario de las transformaciones en la nomenclatura). Sin perder de vista lo anterior es perfectamente posible, sin embargo, establecer algunas comparaciones entre los años académicos 1990-1 y 1994-5. En estos cuatro años los estudiantes procedentes de profesiones liberales o cuadros superiores se orientan siempre de forma masiva hacia la cirugía, la dermatología, la cardiología y la otorrino-laringología. Existen, asimismo, otras tres especialidades que se eligen con más frecuencia que cuatro años antes: la pediatría, la reumatología y la psiquiatría. En estos cuatro

²³ *Effectifs universitaires publics*, DEPB5, Ministère de l'Education Nationale.

años estas tres especialidades ven cómo se acentúa globalmente el origen social de sus estudiantes en D.E.S.

Los D.E.S. de ginecología, radioterapia y radiodiagnóstico registran siempre en el curso académico 1994-5, un porcentaje de estudiantes procedentes de las clases dominadas superior a la media. A estas especialidades habría que añadir la de anestesia-reanimación. Por lo que respecta a oftalmología, la tasa tan elevada de *no sabe, no contesta*, nos impide concluir una posible mayoría de estudiantes procedentes de cuadros superiores o profesiones liberales (*profesiones superiores* según las fuentes mencionadas *supra*). Las *no sabe, no contesta* y las *profesiones superiores* son las dos únicas categorías cuyos porcentajes respectivos difieren notablemente entre 1990-1 y 1994-5.

Desde el punto de vista de los orígenes sociales se dibuja nítidamente una estructura con un polo procedente de orígenes sociales dominantes constituido por la cirugía, cardiología, dermatología y ORL, y otro polo simétrico representado por medicina interna, ginecología, radioterapia y radiodiagnóstico.

TABLEAU N.º 4

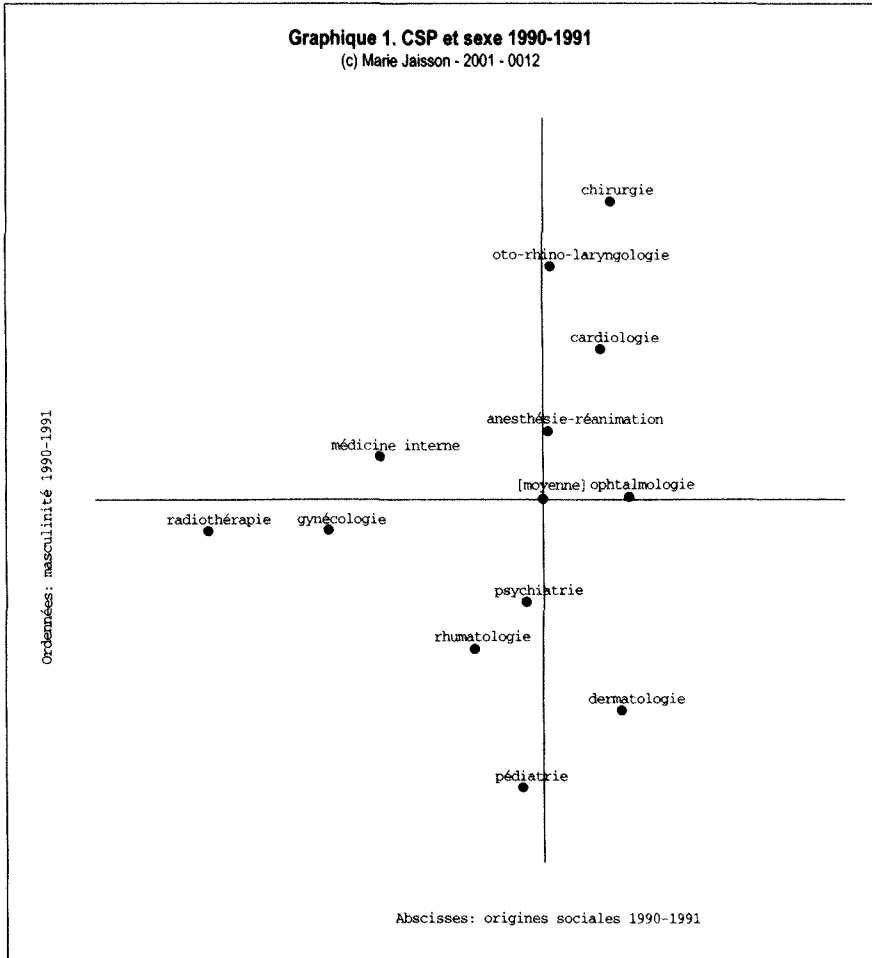
Répartition selon l'origine sociale des étudiants inscrits en D.E.S. en France en 1995

	Agr. Expl.	Patron Commerc.	Prof. Sup.	Prof. Interm.	Employés P.Serv.	Ouvriers	Inactifs Chôm.	Non réponse et inconnu
Anesth.-Réa	2,0%	5,6%	38,9%	13,1%	4,9%	4,1%	8,5%	22,9%
Cardiologie	1,9%	7,8%	43,8%	8,9%	4,0%	2,2%	5,6%	25,8%
Chirurgie	1,0%	6,8%	45,1%	10,2%	3,5%	2,7%	5,9%	24,8%
Dermatologie	2,4%	6,2%	47,1%	11,4%	3,3%	2,4%	3,8%	23,3%
Gynécologie	2,1%	3,8%	43,0%	16,1%	5,6%	1,4%	3,8%	24,1%
Médecine Interne	2,5%	4,0%	41,5%	15,0%	6,0%	6,0%	4,0%	21,0%
Ophtalmologie	1,5%	6,6%	39,9%	11,1%	1,5%	1,5%	8,1%	29,8%
O.R.L.	1,3%	5,8%	45,8%	9,0%	3,9%	1,3%	3,2%	29,7%
Pédiatrie	2,3%	7,1%	46,6%	11,3%	2,3%	1,9%	4,2%	24,3%
Psychiatrie	1,7%	4,7%	45,6%	12,2%	3,6%	2,4%	3,9%	25,9%
Radiodiagnostic	0,7%	6,9%	41,9%	9,7%	5,7%	1,2%	5,0%	28,8%
Radiothérapie	0,0%	6,3%	40,6%	18,8%	6,3%	3,1%	9,4%	15,6%
Rhumatologie	0,7%	4,6%	50,0%	7,9%	3,9%	4,6%	4,6%	23,7%
Tous D.E.S.	1,5%	6,0%	43,4%	12,0%	4,1%	2,8%	5,1%	25,1%

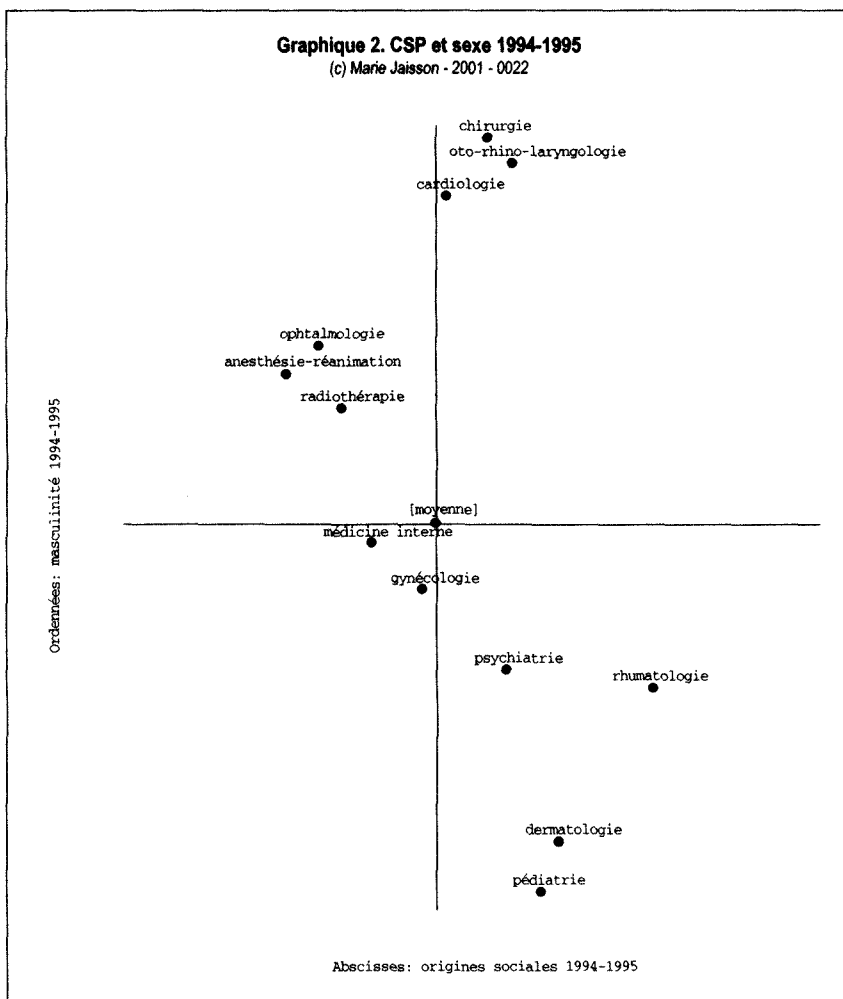
SOURCES: *Effectif universitaires publics*, DEPB5, Ministère de l'Éducation Nationale.

Convendría, ahora, relacionar estos resultados con los obtenidos a partir de la *ratio* sexual entre los mismos estudiantes. La combinación de ambos criterios permite ilustrar gráficamente las transformaciones entre los años 1990-1 y 1994-5. Los gráficos 1 y 2 representan el espacio de las especialidades según el porcentaje de estudiantes procedentes de familias de cuadros superiores o profesiones liberales (eje de abscisas) y de sexo masculino (eje de ordenadas). Cada gráfi-

co, el primero para 1991, el segundo para 1995, se centra en torno a la media de todos los estudiantes matriculados en D.E.S. (la media figura entre corchetes).



Cada gráfico, como el resto de los que aparecen en este artículo, se lee de la manera siguiente: en el cuarto superior derecho figuran aquellas especialidades cuyos estudiantes proceden, relativamente, de profesiones superiores y, asimismo, de dominancia masculina; mientras que en el cuarto inferior izquierdo se ubican las especialidades cuya proporción de estudiantes de orígenes sociales altos es, relativamente, menor que la media y donde el porcentaje de mujeres es superior a la media. Leyendo las regiones extremas a derecha e izquierda sobre cada gráfico se encuentra la polarización según el origen social. Por el contrario, las zonas altas y bajas de los gráficos reflejan las conclusiones de la primera sección sobre la *ratio* sexual.



¿ Qué ha sucedido entre 1991 y 1995? Según los dos criterios, sexo y origen social, los gráficos dan cuenta de la polarización ya observada. Ya he señalado que este período se ha caracterizado por dos fenómenos fundamentales: el primero, de tipo institucional, remite a la organización del nuevo sistema de residentes internos y a la homogeneización del espacio social de las especialidades; el segundo, de tipo morfológico, apunta a la feminización de los estudios de medicina con la implantación del *numerus clausus*. Bajo los efectos del proceso de feminización, la homogeneización del espacio de las especialidades médicas ha conducido a una polarización determinada por la *ratio* sexual y por los orígenes de clase de la división del trabajo médico. Esta conclusión muestra que la hipótesis estructural que orienta este estudio posee buenos fundamentos.

Aunque, ciertamente, se puede afinar todavía más. El espacio de las especialidades médicas tal como aparece estructurado en 1995, al hilo de las transforma-

ciones que acabamos de analizar y, a diferencia del que se puede observar en 1991, se caracteriza por una polarización nítida entre dos grupos de especialidades entre las cuales los estudiantes de origen social dominante son relativamente más numerosos: de un lado aquellas especialidades diferencialmente masculinas (cirugía, ORL, y cardiología) y aquellas otras diferencialmente femeninas (pediatría, dermatología, y, secundariamente, psiquiatría y reumatología). ¡He aquí las diferentes trayectorias de los hijos de buenas familias que, con frecuencia, responden a criterios de género!

Las otras especialidades se caracterizan por porcentajes de estudiantes que no proceden de cuadros superiores ni de profesiones liberales. La polarización según el sexo es menos intensa en este tercer grupo. Sin embargo se observa, a menor escala, una oposición por una parte entre la oftalmología, la anestesia-reanimación y la radioterapia donde los varones son más numerosos, y la medicina interna y la ginecología donde ganan las mujeres. Es notable que las especialidades caracterizadas por una alta tasa de estudiantes procedentes de profesiones superiores se hallen tan marcadas por la división de género, mientras que en las especialidades cuyos estudiantes son de clases medias la relevancia de la *ratio* sexual se atenúe visiblemente²⁴.

Más aún, en este estadio de la construcción de la estructura del espacio de las especialidades médicas, se evidencia que ciertas posiciones coinciden con formas de división técnica del trabajo médico. La jerarquía entre anestesistas-reanimadores y cirujanos es homóloga, entre las especialidades tendencialmente masculinas, de aquellas que marcan los orígenes de clase. Del mismo modo, la jerarquía entre pediatría y ginecología que se evidencia en la organización de las *maternidades* coincide también, entre las especialidades tendencialmente femeninas, con los orígenes sociales. Se llega así a una estructura que se manifiesta, materialmente, en la organización física de los servicios: en la *maternidad* Port Royal del Hospital Cochin de París, el servicio de ginecología ocupa las plantas inferiores mientras que la pediatría neonatal se ubica en las plantas superiores.

3. INGRESOS Y ACTIVIDADES DE LOS ESPECIALISTAS

Esta tercera sección se refiere exclusivamente a la población de médicos que ejercían su profesión de modo liberal en 1987²⁵, tanto a tiempo parcial como con exclusividad. Considerar ahora el ejercicio liberal de la medicina, permite dife-

²⁴ La comparación sobre un periodo más extenso confirma la gran estabilidad de la distribución de las especialidades. Así, las especialidades que han sufrido en mayor medida la reforma de los estudios médicos al comienzo de los años 1990, como la ginecología-ostetricia, singularmente, presentan variaciones entre 1990/91 y 1994/95. Así pues, lo que es notable es que si se compara su estructura entre 1990/91 y 1997/98 se observa que es muy semejante. Esto puede interpretarse por el hecho de que ha pasado un decenio para que las especialidades se adapten a los nuevos planes de estudios y encuentren su lugar en la jerarquía social de las especialidades médicas.

²⁵ Los médicos liberales con dedicación exclusiva carecen de toda actividad asalariada. Los que por el contrario ejercen a tiempo parcial tienen una actividad asalariada además de su actividad principal (en un ambulatorio, en un centro clínico o, incluso, consultas privadas en un hospital público).

renciar las especialidades según sus rentabilidades económicas. En efecto, los ingresos de los médicos asalariados (particularmente de los que trabajan en hospitales) están sujetos a criterios administrativos, por lo que la especialidad apenas influye en el nivel salarial. Sin embargo, la posibilidad que se presenta a los especialistas hospitalarios de mantener una actividad privada genera diferencias que sería necesario analizar en profundidad, pero sobre las que las fuentes administrativas ofrecen menos información. He elegido el año 1987 pues permite comparar los resultados de un estudio efectuado por la Dirección General de Impuestos (D.G.I.) sobre los beneficios no comerciales realizados aquel año²⁶, con las estadísticas anuales de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados (C.N.A.M.T.S.)²⁷.

Las cajas primarias de seguros de enfermedad registran los honorarios percibidos por cada médico tal y como aparecen en las «feuilles-maladie»*. A continuación, estos datos son agregados en un «Sistema Nacional Inter-régimen» administrado por la C.N.A.M.T.S. Ahora bien, los honorarios no son, sino, una parte, si bien la más importante, del volumen de negocio realizado por los médicos en su ejercicio liberal. El estudio publicado por la D.G.I. se refiere, al contrario, al conjunto de ingresos declarados (es decir, la totalidad del volumen de negocio realizado) y analiza los resultados fiscales, es decir, los beneficios realizados después de la deducción de los gastos y, eventualmente, de los déficits declarados. Estos resultados fiscales presentan, pues, la ventaja de suministrar, con más precisión, la totalidad de los recursos financieros de los que disponen los médicos.

La D.G.I. utilizó para su estudio un listado de especialidades más restrictivo que el aplicado por la C.N.A.M.T.S.. Esta discordancia introduce un problema de comparación entre las fuentes que exige un comentario preliminar.

La población de médicos en ejercicio liberal contabilizada por la C.N.A.M.T.S. se cifra, en 1987, en 97.676 individuos. En el listado, no se recogen los honorarios de 521 de ellos, al no hallarse vinculados por el convenio. El montante de los honorarios se conoce, pues, para los 97.155 restantes. El número de médicos que en 1987 presentaron declaración de beneficios no comerciales asciende a 95.131. Los 2.545 médicos que no aparecen en el estudio de la D.G.I. son los médicos que ejercen su actividad principal como asalariados, al tiempo que desempeñan una actividad privada complementaria. Se trata, principalmente, de médicos asalariados que trabajan a tiempo completo en un hospital porque disponen de un sector de actividad privada en él. La casi totalidad de estos médicos son especialistas. La D.G.I. tiene censado un porcentaje de médicos generalistas muy superior al recogido por la C.N.A.M.T.S., en ese mismo año. Esta diferencia es debida al procedimiento de declaración fiscal, pues una parte de los médicos no especifican su especialidad, al no ser prescriptivo para ellos (al tiempo que damos

²⁶ «*Les bénéfiques non commerciaux: une composante de l'assiette de l'impôt!*] sur le revenu», Les Notes Bleues, n.º 3, 1990, Ministère de l'Economie des Finances et du Budget, pp. 35-77.

²⁷ *Le secteur libéral des professions de santé*, colección «Carnets statistiques», editado por CNAMTS, anual.

* Nota de los traductores: las *feuilles-maladie* son hojas de registro en las que el especialista informa del acto médico y de los honorarios, con objeto de que la S.S. reintegre al paciente un porcentaje de los costes.

por imposible que médicos generalistas se declaren como especialistas). De estos datos puede deducirse que 5 682 médicos, contabilizados como especialistas por la C.N.A.M.T.S., son considerados como generalistas por la D.G.I.

Cada categoría de especialistas identificada por la C.N.A.M.T.S. es pues, de media, un 15% más numerosa que en el estudio de la D.G.I. Estos datos pueden observarse en la tabla n.º 6. Sólo los radiólogos rompen esta tendencia al identificarse más a menudo en su declaración de impuestos (la diferencia entre las cifras de la C.N.A.M.T.S. y de la D. G. I. para ellos es sólo de un 6%). Esta es una de las características particulares del ejercicio de la radiología, que, al realizar grandes inversiones en equipamiento, recurre a una contabilidad más próxima a la de una sociedad comercial que a la de las declaraciones de los profesionales liberales.

TABLEAU N.º 5

Comparaison des sources de la D.G.I. et de la C.N.A.M.T.S.

	Totaux	D.G.I. Généralistes*	D.G.I. Spécialistes	Salariés du secteur privé
Effectifs	97.676	60.917=a	34.214=b	2.545=c
C.N.A.M.T.S. Généralistes *	54.815	54.815=d	0 **	0 **
C.N.A.M.T.S. Spécialistes	42.861=e	5.682=a-(d+g)	34.113=b-h	2.545
Médecins non conventionnés	521=f	420=g	101=h	0 **

* Sous l'appellation de généralistes sont regroupés les médecins généralistes et les médecins généralistes à mode d'exercice particulier, par exemple les acupuncteurs, les homéopathes...

** Hypothèse d'effectif inférieur à 50.

TABLEAU N.º 6

Comparaison des effectifs des deux sources pour la nomenclature utilisée dans cette étude

Spécialités	C.N.A.M.T.S. Effectifs	D.G.I. Effectifs	C.N.A.M.T.S./D.G.I. en pourcentages
Anesthésistes	2.668	2.291	14,1%
Chirurgiens	3.735 *	3.151	15,6%
Cardiologues	2.958	2.621	11,4%
Dermato-vénérologues	2.469	2.121	14,1%
Gynécologues	4.713	3.932	16,6%
Ophthalmologues	3.949	3.424	13,3%
O.R.L.	2.202	1.794	18,5%
Pédiatres	2.741	2.282	16,7%
Psychiatres	5.083 **	3.976 ***	21,8%
Radiologues	3.842	3.591	6,5%
Rhumatologues	1.689	1.502	11,1%
TOTAL	36.049	30.685	14,9%

* Les chirurgiens (3.436), les neuro-chirurgiens (69) et la chirurgie orthopédique (230) ont été regroupés.

** Les psychiatres (3.785) et les neuro-psychiatres (1.298) ont été agrégés.

*** La catégorie des psychiatres n'apparaît pas dans l'étude de la D.G.I., mais celle de neuro-psychiatres a été retenue, il est très vraisemblable que sous cette terminologie aient été comptabilisés les psychiatres et les neuro-psychiatres, l'effectif de 3.976 étant beaucoup trop élevé pour cette dernière spécialité.

SOURCES des tableaux n°5 et n°6: *Le secteur libéral des professions de santé en 1987*, collection «Carnets statistiques», C.N.A.M.T.S. ; «Les Bénéfices non commerciaux...», *Les Notes Bleues*, n°3, 1990, Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget, pp. 35-77. Les hypothèses et les déductions symbolisées par les calculs en lettres minuscules sont miennes.

Resulta claro, pues, que los datos de las dos fuentes no son de la misma naturaleza. Sin embargo, la nomenclatura que yo utilizo permite comparar sistemáticamente los diferenciales entre las cifras de negocio y los resultados individuales medios para las especialidades seleccionadas. Para retomar la metáfora del *corte*, podemos decir que las dos fuentes ofrecen imágenes vecinas, próximas, que ponen en evidencia un mismo fenómeno, en este caso el diferencial. Ahora bien, es preciso tener en cuenta esta pequeña distorsión, de un corte al otro, más reducida en el caso de la radiología.

En términos de volumen de negocio (ver tabla n.º 7), los radiólogos liberales se distinguen netamente de otros especialistas liberales con un total medio anual de honorarios muy elevado (1.900.000 francos por médico). Los cirujanos y los anestesistas, en su ejercicio profesional, tienen rentas medias inferiores a las de los radiólogos (730.000 frcs), algo por debajo de la mitad de estos. Los cardiólogos, comparativamente, ganan aún menos (680.000 frcs.) Los especialistas en ORL, en oftalmología y ginecología consiguen un volumen de negocio medio algo superior a la media del conjunto de los especialistas (entre 600.000 y 640.000). Por debajo de la media, la reumatología y la dermatología-venereología constituyen un primer grupo en tomo a 490.000 frcs. Finalmente, los generalistas, los pediatras y, aún más, los psiquiatras se sitúan en los niveles más bajos (entre 400.000 y 430.000 frcs. para los dos primeros y menos de 250.000 frcs. para los últimos).

Desde el punto de vista de los ingresos declarados en los impuestos, una parte de los cuales se corresponde con los honorarios, la distribución de las especialidades es, esencialmente, la misma que la observada en virtud de la escala anterior. Los radiólogos, sin embargo, presentan una nueva singularidad. Los ingresos medios declarados son inferiores a sus honorarios, en una cantidad media de 200.000 frcs. por año y profesional. Ahora bien, como hemos visto, esta especialidad es la única que ha sido censada sobre bases comparables en las dos fuentes. La desviación, pues, puede provenir tanto de un fenómeno de infradeclaración fiscal, como del efecto de las deducciones particulares derivadas del nivel de inversión en material que caracteriza a esta especialidad.

TABLEAU N.º 7

Honoraires, recettes, résultats, moyens annuels par praticien

	Direction générale des Impôts 1987				C.N.A.M.T.S.-1987			
	Effect.	Résultat moyen*	Recette moyenne*	%résult/recette	Effect.	Actes Moyens	Honoraires moyen*	Honoraire/ Actes(frs)
Anesthésistes	2.291	518,7	740,8	70,0%	2.666	2.456	730,7	297,6
Cardiologues	2.621	388,0	726,8	53,4%	2.956	5.659	684,4	120,9
Chirurgiens	3.151	529,3	874,1	60,6%	3.724	2.201	733,7	333,4
Dermato-vénéro	2.121	283,1	516,9	54,8%	2.462	3.531	485,8	137,6
Gynécologues	3.932	367,9	653,4	56,3%	4.705	3.238	626,3	193,4
Généralistes	60.917	235,8	422,2	55,9%	54.395	4.265	429,1	100,6
Ophthalmologues	3.424	364,6	660,5	55,2%	3.940	4.048	636,4	157,2
O.R.L.	1.794	359,1	660,9	54,3%	2.196	3.286	604,9	184,1
Pédiatres	2.282	239,5	438,5	54,6%	2.740	3.032	403,5	133,1
Psychiatres	3.976	233,7	419,1	55,8%	5.062	1.385	247,8	178,9
Radiologues	3.591	531,1	1723,0	30,8%	3.842	8.186	1943,2	237,4
Rhumatologues	1.502	279,3	566,9	49,3%	1.686	3.359	495,4	147,5
Autres spécialités	3.529	357,0	730,5	48,9%	6.781	2.943	667,9	227,0
Ensemble	95131	286,3	541,1	52,9%	97.155	3.942	547,2	138,8

* En milliers.

SOURCES: *Le secteur libéral des professions de santé en 1987*, collection «Carnets statistiques», C.N.A.M.T.S.; «Les Bénéfices non commerciaux...», *Les Notes Bleues*, n°3, 1990, Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget, pp. 35-77.

Por su parte, los generalistas declaran una media de ingresos algo inferior a sus honorarios. Esta diferencia (de unos 7000 frcs. por año y generalista) puede explicarse bien por una infradeclaración de ingresos en los impuestos, bien por el hecho de que los datos han sido extraídos de fuentes diferentes y que, precisamente, algunos especialistas aparecen como generalistas.

Si exceptuamos el caso de los radiólogos y los generalistas, el resto de especialistas en ejercicio privado tienen una media de ingresos superior a sus honorarios. En general, esta diferencia es del orden de un 10%. Sin embargo, dentro de esta tendencia pueden apreciarse algunas singularidades relevantes. Así, los cirujanos y los psiquiatras perciben unos ingresos que sobrepasan en más de 100.000 frcs. por año sus honorarios. Estas dos especialidades, por otra parte, se sitúan en los extremos de la escala de renta. Los psiquiatras perciben la tasa media de honorarios más baja del conjunto de los especialistas privados. Compensan esta situación con una composición de la renta sensiblemente distinta, pues en ella los honorarios suponen sólo un 41 % de sus ingresos (170.000 frcs.). Los cirujanos, que se encuentran en la segunda posición en la parte alta de la escala de rentas, tienen unos ingresos que superan a sus honorarios en una cantidad aproximada de 140.000 frcs. por año; aunque esta cantidad representa tan sólo el 16% de sus ingresos, los aproxima un poco a los radiólogos.

Si los honorarios son la traducción del volumen de la actividad médica liberal, los resultados fiscales indican una evaluación de la rentabilidad económica, incluidos gastos e inversiones derivados de cada práctica. El resultado fiscal es obtenido a partir de los ingresos declarados y después de la deducción de los gastos profesionales y de los déficits. La primera observación que podemos formular es que la jerarquía de especialidades que se deriva de los resultados fiscales es esencialmente la misma que la obtenida a partir de ingresos y honorarios, para esas mismas especialidades. Sin embargo, ciertas diferencias aumentan significativamente al comparar volumen de negocio y beneficios, mientras que otras se atenúan. Así, según los resultados fiscales, los radiólogos no se separan tan sensiblemente del conjunto de los especialistas. Este hecho encuentra explicación en las importantes inversiones materiales y financieras necesarias para el ejercicio de esta especialidad (que se eleva de media, en 1987, a más de un millón de francos). Los cirujanos y los anestelistas, que tienen gastos profesionales menores, obtienen resultados fiscales, es decir, resultados fiscales declarados, próximos a los de los radiólogos (respectivamente 529.000 frcs. y 518.000 frcs., frente a 531.000 frcs. de media por año). Al contrario ocurre con los cardiólogos, que perciben honorarios y declaran ingresos muy próximos a los de los cirujanos y anestelistas y, sin embargo, tienen un resultado fiscal menor. Sus beneficios son comparables a los de los ginecólogos, oftalmólogos y ORL. De hecho, algunas de estas especialidades se benefician de inversiones realizadas por las clínicas y que no son deducibles en las declaraciones individuales de los profesionales. Este es el caso, por ejemplo, de los cirujanos y los anestelistas.

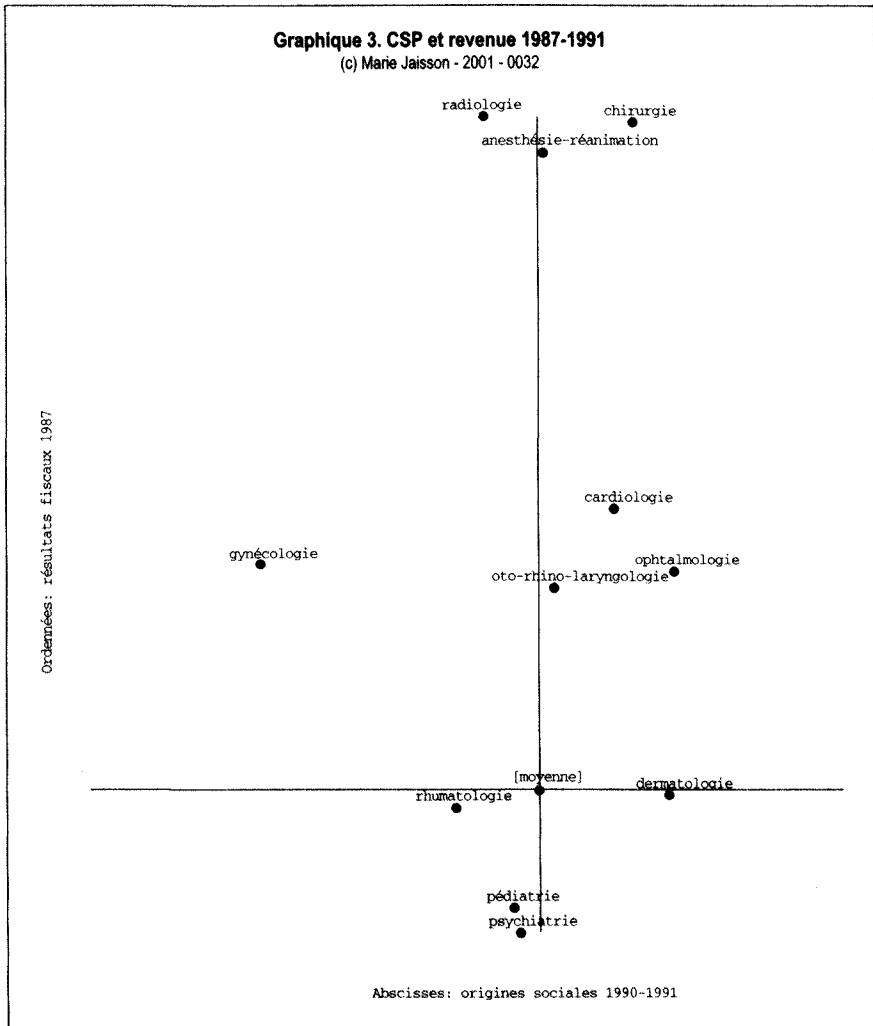
Podemos extraer ya una primera conclusión. La escala de rentabilidad económica de las especialidades es bastante constante sea cual sea el criterio de cálculo considerado (honorarios, ingresos o resultado fiscal). El hecho de que la escala de beneficios sea análoga a la escala de volumen de negocio prueba que las especialidades médicas están caracterizadas por una estructura de rentabilidad económica muy estable. El caso de la radiología presenta, desde un punto de vista económico, una sorprendente particularidad: tanto más costosa es la actividad en gastos e inversiones, tanto más rendimiento produce. Ahora bien se podría pensar que los beneficios en bruto son comparables, y que las variaciones en volumen de negocio traducen las variaciones en los gastos de inversión.

Los gráficos n.º 3 y n.º 4 representan, según el mismo principio precedente, la escala de la rentabilidad de las especialidades médicas estudiadas según los resultados fiscales medios en 1987. El primer gráfico cruza esta escala con la obtenida en el análisis de los orígenes sociales de los estudiantes, mientras el segundo lo hace con la deducida de la distribución por sexo.

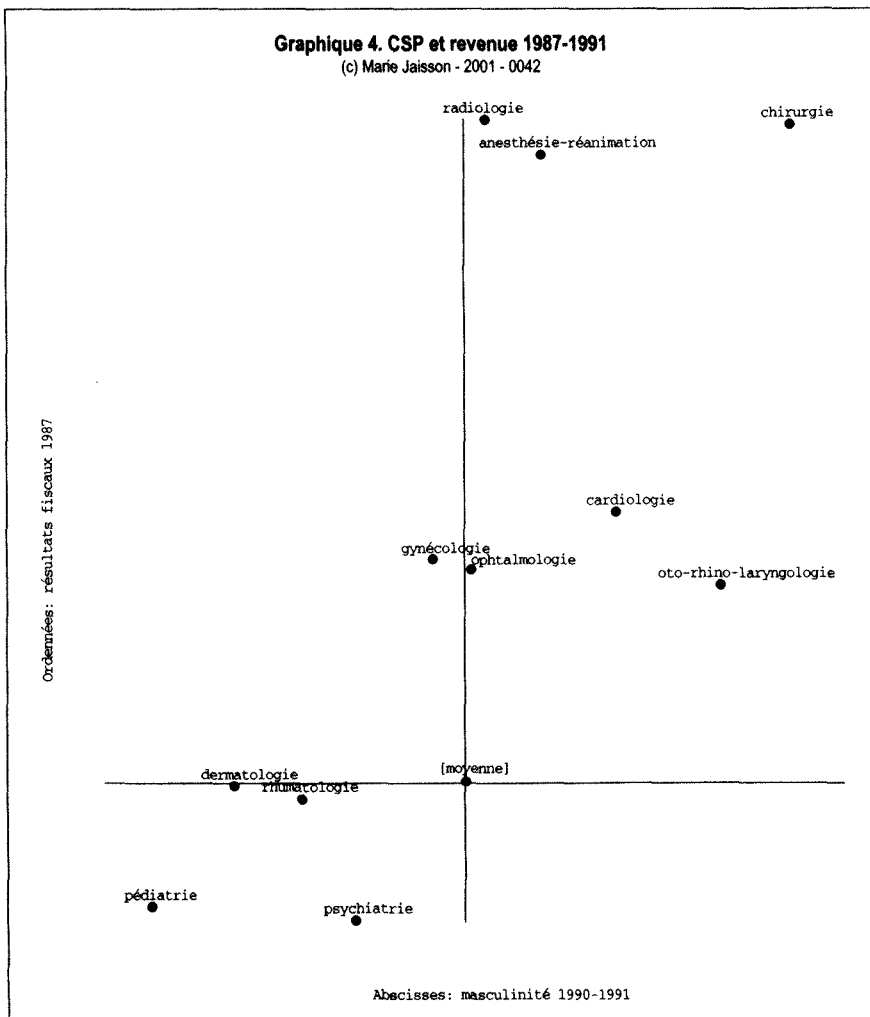
En los dos casos se observan con toda claridad tres niveles de renta: un primer nivel de rentas altas (radiología, cirugía, anestesia), un segundo nivel intermedio, situado, sin embargo, por debajo de la media (cardiología, ginecología, oftalmología, ORL), y un tercer nivel relativamente bajo (dermatología, reumatología, pediatría, psiquiatría).

El gráfico n.º 3 pone en evidencia que las especialidades que se nutren en mayor medida (por encima de la media) de estudiantes procedentes de familias de cuadros superiores o profesionales liberales de alto nivel, se caracterizan por

beneficios superiores a la media, con la excepción de la dermatología que se sitúa algo por debajo de ella. Por otra parte, las tres especialidades menos rentables se caracterizan por presentar proporciones inferiores a la media de alumnos en DES cuyos padres pertenezcan al nivel profesional antedicho. Sin embargo, dos especialidades más rentables que la media se caracterizan por orígenes sociales bajos: la radiología y la ginecología. En el primer caso, se trata de una especialidad muy lucrativa y menos selectiva que la cirugía y la anestesiología, que es objeto de estrategias de búsqueda de grandes beneficios económicos y de promociones sociales deliberadas. Su presencia se ve acentuada por el uso de cifras que se refieren al flujo de estudiantes en ciclo de especialización. El caso de la ginecología, que como hemos visto es una especialidad en proceso de transformación, es más complejo y exigiría un análisis que me apartaría de mi propósito.



El gráfico n.º 4 cruza la rentabilidad de las especialidades y la distribución por sexo de los estudiantes en DES. Muestra sin ninguna ambigüedad la correlación, en términos globales, entre estos dos criterios. En términos de tendencias que miden la masculinización cuanto más rentable resultaba una especialidad en 1987, tanto más era elegida por hombres al nivel del DES. Las elecciones de orientación de los estudiantes traducen una división del trabajo médico por sexos que está estrictamente ajustada a los beneficios previstos en el ejercicio futuro de la práctica.



4. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MORTALIDAD HOSPITALARIA

Todavía cabe investigar la estructura de las especialidades médicas utilizando un indicador que dirige nuestra atención no ya hacia el origen social, a la división sexual del trabajo o a la rentabilidad económica, sino hacia la misma acción terapéutica. Para ello, utilizaré el índice más significativo que puede considerarse: las tasas de mortalidad hospitalaria, que han sido señaladas por numerosos estudiosos como el indicador más evidente de que la medicina posee, actualmente, el monopolio del acompañamiento hacia la muerte. Es el término de un largo proceso histórico de laicización que se ha desarrollado desde el siglo XVIII²⁸.

Hoy en día, más de dos tercios de las muertes sobrevienen en el medio hospitalario, sectores público y privado incluidos. En 1993, el porcentaje de decesos en este medio ascendía al 71,4 %. En 1985, el 44% de los decesos habidos en Francia tuvieron lugar en un establecimiento hospitalario público. Ocho años más tarde, esta tasa se elevaba al 46%. Las cifras analizadas en esta sección se refieren, precisamente, a este tipo de casos.

Los estudiantes de medicina se enfrentan muy pronto con la experiencia de la muerte. En primer lugar, con la disección de cadáveres que, como sabemos, se presta a bromas macabras y a rituales. Más adelante, en los hospitales, los futuros médicos se encuentran cara a cara con enfermedades mortales en los periodos de prácticas a partir del segundo ciclo. Es así como, a través de la experiencia de la muerte en los servicios hospitalarios, los estudiantes perciben las variaciones de la mortalidad asociadas las distintas especialidades de su futuro ejercicio.

El índice de mortalidad del cual me sirvo aquí ha sido construido relacionando el número de muertes anuales en los servicios hospitalarios, distribuidos por especialidades, con el número de entradas anuales en esos mismos servicios²⁹. Este índice no informa del grado de riesgo de cada paciente según su patología, pero nos da acceso a la experiencia de las personas que trabajan en esos servicios. En efecto, la unidad de registro es la entrada en el servicio: una persona pudiendo ser admitida varias veces, a lo largo del año, en un mismo servicio será contabilizada otras tantas veces. Lo que consideramos aquí es la tasa de decesos con relación al flujo de enfermos. Este criterio apunta al siguiente propósito: mostrar cual es la experiencia a la que son sometidos los estudiantes a lo largo de las prácticas que jalonan sus estudios de segundo y tercer ciclos. En este sentido, el indicador no permite, propiamente, hablar del riesgo objetivo de los pacientes, pero sí determinar, para cada especialidad, la probabilidad media de un pronóstico fatal en el momento en que un médico registra una nueva entrada en su servicio.

He seleccionado las mismas especialidades que venimos estudiando. La denominación de los servicios hospitalarios se solapa, de hecho, con la de las especia-

²⁸ Ver por ejemplo a este respecto Claudio Milanesi, *Mort apparente, mort imparfaite. Médecine et mentalité Jau XVIIIe siècle*. Paris, Payot, 1991. El autor reconstruye las diferentes etapas de esta anejiación en el curso de la cual los nuevos sacerdotes (laicos) de la muerte desposeen a sus predecesores, medicalizando a través de representaciones profanas preexistentes.

²⁹ He utilizado cifras publicadas por el Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Estos cálculos se basan, pues, en datos exhaustivos. Documents Statistiques, «*Les établissements d'hospitalisation publique. Enquête H80*», Exercice 1989, 1993 y 1995, n.º 34, 122, 223.

lidades médicas. Sin embargo, la práctica de exámenes de radiodiagnóstico, llamado más corrientemente radiología, no aparece como servicio del hospital, al contrario que la radioterapia, que consiste en el tratamiento a través de radiaciones. Estos datos no permiten, pues, identificar la práctica del radiodiagnóstico, práctica en la que el riesgo mortal, por otra parte, es ínfimo para los pacientes.

La tabla n.º 8 muestra la estabilidad de las tasas de defunciones por entradas entre 1985 y 1993. Los servicios de anestesia y reanimación médica y quirúrgica se caracterizan por un número particularmente alto de decesos con relación al número de ingresos (en torno a un 11%, es decir, 8 puntos por encima de la media). Los servicios de medicina interna o general presentan igualmente tasas de decesos importantes, del orden de un 6%. La denominación «medicina interna» no ha sido reconocida como especialidad hasta los años 1980. Esta denominación tiende a reemplazar, particularmente en los hospitales universitarios, la de medicina general. Refiere el tratamiento de un conjunto de casos que, o bien no pueden ser adscritos a otras especialidades, o bien podrían corresponder a varias de ellas. En la práctica, estos servicios acogen, a menudo, a pacientes ancianos. Los servicios de radioterapia y de enfermedades cardiovasculares presentan una tasa de decesos del orden de un 3%. Los servicios de cirugía, dermatología y venereología, de ORL, pediatría, psiquiatría y reumatología registran tasas de decesos inferiores a la media, que varían entre el 1% y el 2%. Por último, los servicios de oftalmología y de ginecología conocen pocos casos de muerte. En el periodo considerado, la escala de especialidades médicas y quirúrgicas clasificadas según la tasa de decesos en los servicios hospitalarios es muy estable. Este dato nos remite a otra cuestión: la organización de la división técnica del trabajo médico, que hace, por ejemplo, que nadie muera, propiamente hablando, «en la mesa de operaciones», sino en una cama de un servicio de reanimación. La regularidad de las tasas indica la estabilidad de la estructura de esta división técnica.

TABLEAU N.º 8

Entrées et décès par services spécialisé au sein des Hôpitaux publics tous secteurs confondus

	FRANCE 1985			FRANCE 1989			FRANCE 1993		
	Entrées	Décès	Taux	Entrées	Décès	Taux	Entrées	Décès	Taux
Réanimation chirurgicale et médicale	158.604	18.395	11,60%	163.147	18.294	11,21%	160.156	17.907	11,18%
Maladies									
cardio-vasculaire	255.318	8.981	3,52%	302.926	8.097	2,67%	355.908	8.292	2,33%
Chirurgie ⁽¹⁾	1.890.152	37.843	2,00%	2.039.718	33.982	1,67%	2.116.238	32.242	1,52%
Dermatologie									
vénérologie ⁽²⁾	43.315	603	1,39%	46.380	624	1,35%	47.664	776	1,63%
Gynécologie									
Obstétrique ⁽³⁾	718.203	259	0,04%	777.095	357	0,05%	755.369	425	0,06%
Médecine interne ou générale ⁽⁴⁾	1.183.508	73.471	6,21%	1.206.098	65.818	5,46%	1.150.479	72.260	6,28%

	FRANCE 1985			FRANCE 1989			FRANCE 1993		
	Entrées	Décès	Taux	Entrées	Décès	Taux	Entrées	Décès	Taux
Ophthalmologie	98.334	93	0,09%	110.203	62	0,06%	118.922	50	0,04%
O.R.L.	146.919	2.005	1,36%	163.668	1.873	1,14%	155.976	1.546	0,99%
Pédiatrie ⁽⁵⁾	491.637	1.933	0,39%	518.319	1.524	0,29%	533.729	1.215	0,23%
Psychiatrie ⁽⁶⁾	133.780	832	0,62%	350.873	3.435	0,98%	307.831	2.098	0,68%
Rhumatologie	71.131	943	1,33%	81.939	1.127	1,38%	96.060	1.286	1,34%
Radiothérapie ⁽⁷⁾	22.652	844	3,73%	21.398	804	3,76%	19.546	840	4,30%
TOTAL	4.633.678	145.902	3,15%	5.151.636	138.979	2,70%	5.817.878	146.406	2,39%
ENSEMBLE	6.755.619	244.992	3,63%	7.563.959	243.070	3,21%	7.966.983	244.770	3,07%

HOPITAL

- (1) L'ensemble des services chirurgicaux, excepté ceux d'ORL et d'ophtalmologie, ont été agrégés.
- (2) Les services hospitaliers de dermatologie et vénérologie indifférenciées d'une part, et, de dermatologie d'autre part ont été agrégés.
- (3) Les services de gynécologie et d'obstétrique indifférenciées, de gynécologie, d'obstétrique, d'obstétrique sans possibilité chirurgicale, de gynécologie chirurgicale et de soins hautement spécialisés en gynécologie-obstétrique sont regroupés.
- (4) Les services hospitaliers de médecine générale ou polyvalente, de médecine interne, de médecine générale et spécialité médicale indifférente sont ici regroupés.
- (5) Les services hospitaliers de pédiatrie indifférenciée, de pédiatrie enfants et adolescents, de pédiatrie nouveaux-nés et nourrissons indifférenciés, de pédiatrie nourrissons et néonatalogie sont ici regroupés.
- (6) Les chiffres pour l'année 1985 ne comprennent pas les hôpitaux spécialisés psychiatriques. Les services de psychiatrie adultes, de psychiatrie infanto-juvéniles, de psychiatrie arriérés profonds, de lutte contre les toxicomanies et contre l'alcoolisme ont été regroupés.
- (7) Les services hospitaliers de radiothérapie, de radiothérapie et médecine nucléaire indifférencié, de médecine nucléaire ont été regroupés.

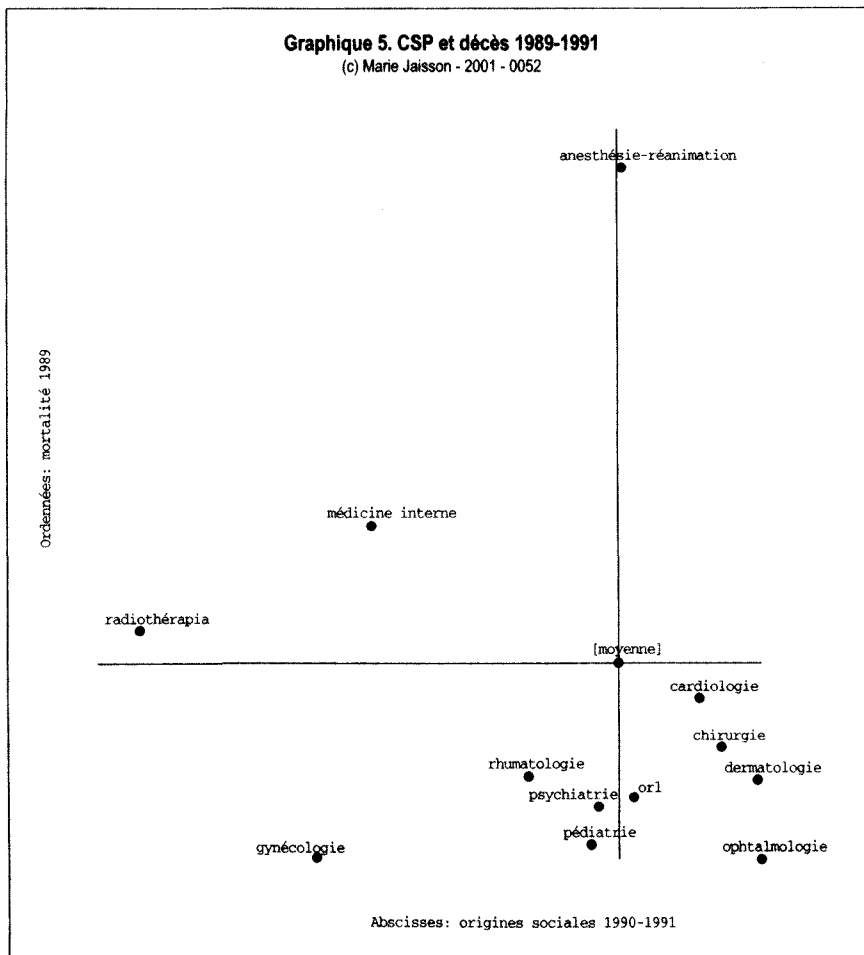
SOURCES: *Documents Statistiques*, «Les Etablissements d'hospitalisation publique. Enquête H80», Exercice 1989, 1993 et 1995, numéros 34, 122, 223.

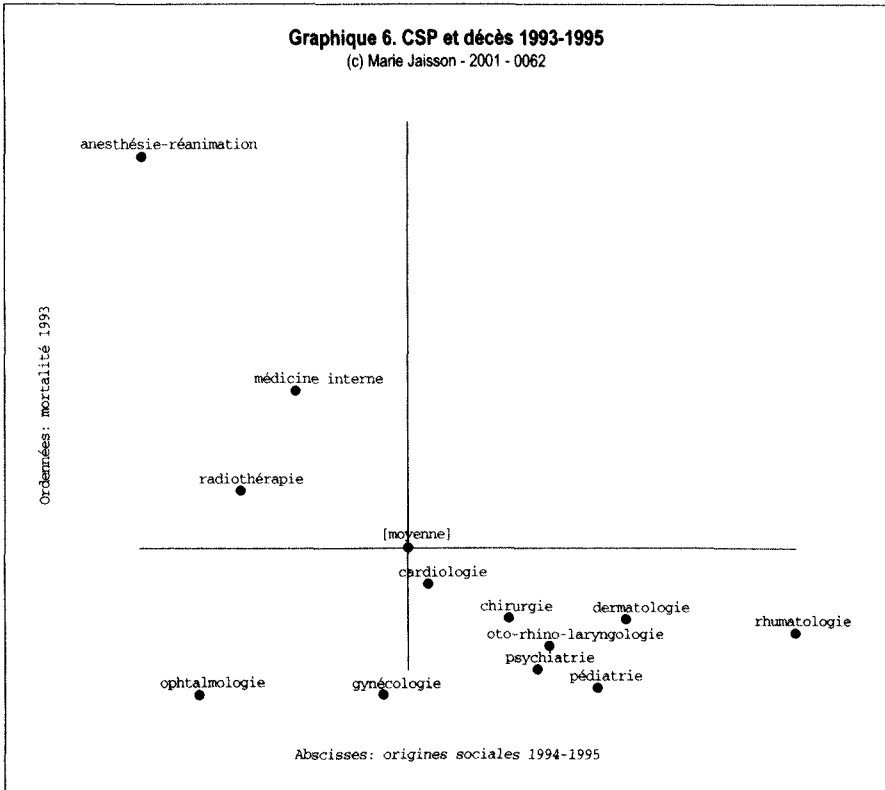
La tarea consiste ahora en cruzar esta jerarquía con los criterios estudiados anteriormente, que habían permitido identificar ciertas tendencias estructurales relativamente estables. Los gráficos n.º 5 y n.º 6 ilustran estos cruces entre la jerarquía de las tasas de decesos y los índices relativos a los estudiantes en DES. Se trata, pues, de considerar las eventuales correlaciones entre estos índices, en tanto que indicadores de las lógicas de las elecciones de las especialidades por parte de los estudiantes. Por el contrario, cruzar las tasas de decesos en los servicios del sector hospitalario con la rentabilidad del sector liberal no nos situaría frente a un fenómeno social identificable aislado por la elección de ciertos criterios estadísticos, como por ejemplo la formación de los estudiantes³⁰.

La comparación en el gráfico n.º 5 de las tasas de mortalidad por servicios hospitalarios en 1989 con el origen socio-profesional de los estudiantes en DES inscritos en 1991 muestra que las especialidades con altas tasas de mortalidad se caracterizan por débiles proporciones de estudiantes originarios de familias de cuadros superiores y de profesiones liberales. Mientras tanto, las especialidades con bajas tasas de decesos ocupan toda la escala de distribución para este mismo criterio. La misma comparación, en el gráfico n.º 6, entre las tasas de decesos en 1993 y el origen social en 1995 manifiesta un dato aún más contundente. Estos

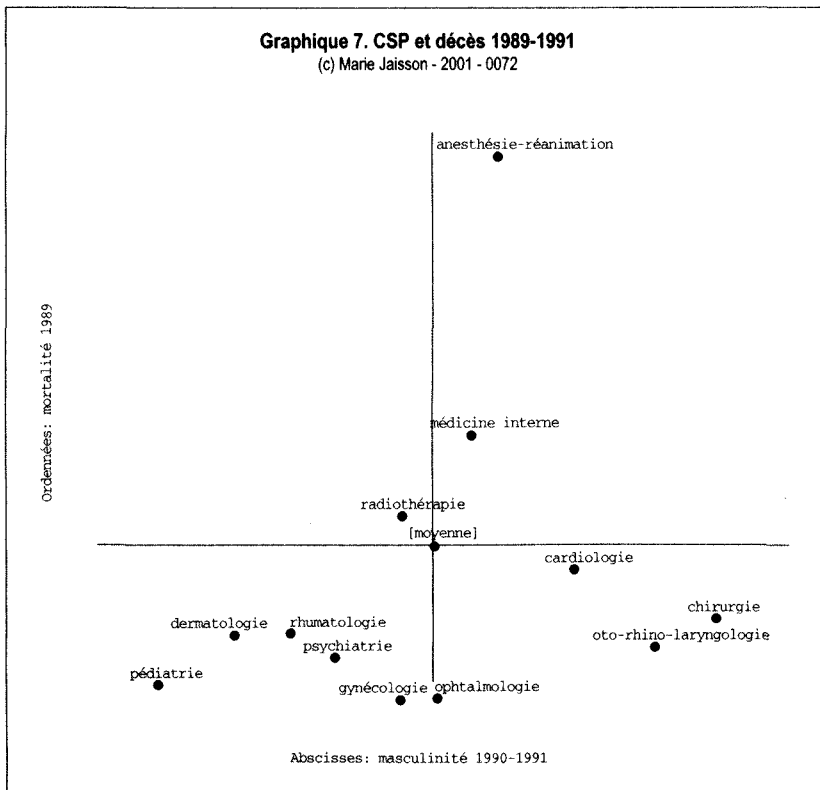
³⁰ Por otra parte, esta relación no muestra dependencias claras.

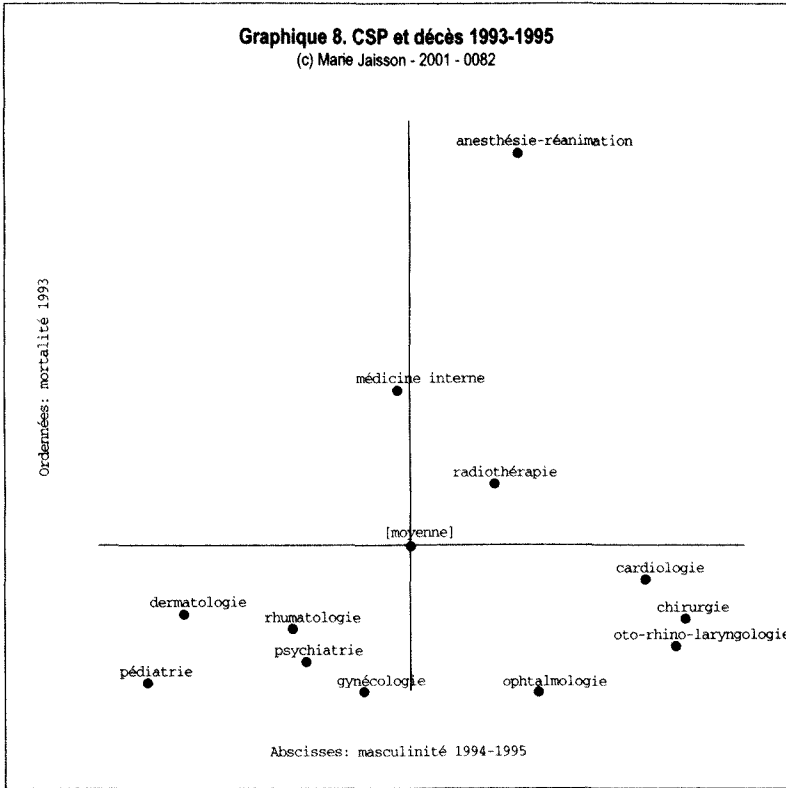
índices, establecidos sobre enumeraciones exhaustivas, ponen en evidencia una fuerte dependencia entre la estructura de la división técnica de las especialidades hospitalarias y la jerarquía social de las especialidades médicas, consideradas con relación al origen de los estudiantes en DES. Esta dependencia, además, se acentúa entre 1991 y 1995, período a lo largo del cual el espacio de las especialidades se ha hecho más homogéneo después de las reformas de los estudios de tercer ciclo. En coherencia con este hallazgo, podemos observar cómo en 1995 no existe ninguna especialidad caracterizada por una tasa superior a la media de estudiantes en DES procedentes de categorías sociales superiores que, dos años antes, haya presentado tasas de mortalidad por servicio hospitalario también superiores a la media.





El gráfico n.º 7 compara las tasas de mortalidad por servicio hospitalario en 1989 y la distribución por sexos de los estudiantes en DES. Las especialidades que presentan proporciones altas de mujeres se corresponden con servicios hospitalarios con bajas tasas de mortalidad (si se exceptúa la radioterapia, próxima a valores medios). La práctica hospitalaria con más riesgo de muerte es la que presenta la más alta proporción de hombres. La misma configuración puede observarse cuatro años más tarde, en el gráfico n.º 8.





De estas comparaciones se desprende un doble fenómeno estructural, a saber, la casi-imposibilidad de tener, de una parte, una especialidad con alta mortalidad en los hospitales y altas tasas de feminización; y, de otra, una especialidad con alta mortalidad, asimismo, en los hospitales, y un alto porcentaje de estudiantes procedentes de los grupos dominantes de la sociedad.

* * *

Para cada uno de los indicadores seleccionados en este estudio, distribución por sexo, origen social, rentabilidad del sector liberal y mortalidad en el sector hospitalario, ha podido observarse una gran regularidad de las jerarquías surgidas en el análisis de las distribuciones estadísticas, matizada por pequeñas pero significativas variaciones a lo largo del último decenio. La estabilidad de los resultados obtenidos sugiere que los criterios, los *cortes*, podrían multiplicarse. Así, por ejemplo, la comparación entre el número medio de actos realizados por los médicos especialistas en su ejercicio liberal y la distribución por sexo de los estudiantes DES muestra que las especialidades más feminizadas se corresponden

con especialidades de baja actividad, y que las especialidades con mucha actividad, son especialidades de elevada proporción masculina.

Por otra parte, la comparación entre el número de actos médicos con el origen social de los estudiantes muestra que las especialidades que realizan anualmente gran cantidad de actos médicos son tendencialmente aquellas practicadas por estudiantes de origen social dominante³¹.

En el marco de hipótesis que hemos manejado en este estudio, estas regularidades permiten constatar las propiedades estructurales del espacio de las especialidades. Si consideramos el conjunto de la estructura que venimos estudiando sección a sección, las conclusiones son las siguientes. Las especialidades caracterizadas por altos porcentajes de mujeres en el nivel formativo de DES son, al mismo tiempo, especialidades hospitalarias con bajas tasas de mortalidad y, en el ejercicio liberal de la profesión, se caracterizan por una menor actividad y menores ingresos. Las especialidades con altos ingresos y mucha actividad en la práctica liberal están fuertemente masculinizadas y, desde el punto de vista del origen social, se nutren de estudiantes procedentes de grupos sociales dominantes.

Estas conclusiones son inaccesibles sin el recurso a una hipótesis estructural. El hecho de que las regularidades observadas presenten variaciones discernibles y coherentes a lo largo de los diez últimos años pone de manifiesto que este modelo está particularmente asentado. Por efecto de la combinación del «numerus clausus» (y por consiguiente, del incremento de la selectividad en los estudios), de la feminización de la profesión médica y de la homogeneización de las formaciones de tercer ciclo, inducida por la reforma interna, la estructura de las especialidades médicas, estructura estable y, a la vez, cambiante, se ha consolidado. Esto ha conducido a la polarización de la división del trabajo médico según el sexo y el origen social de los médicos. Se aprecia cómo esta división social gobierna tanto la orientación de los estudiantes a lo largo de sus aprendizajes, como la organización económica, institucional y técnica del ejercicio de la medicina en Francia.

Podría ser interesante, sobre la base de este estudio, implementar nuevas investigaciones que, utilizando los mismos indicadores, pudieran contrastar sus resultados con datos de otros países. Sin embargo, no se puede obviar que la realización de tales estudios debe afrontar dificultades ligadas a la disponibilidad de

³¹ Ver los números de actos medios en la tabla n.º 7.

³² Laurent THÉVENOT, «*Le flou d'appellation et de chiffrage dans les professions de santé*», Archives et Documents, n.º 38, diciembre de 1981, Paris, INSEE, pp. 253-263. Laurent THÉVENOT y Alain DESROSIÈRES, *Les catégories socio-professionnelles* Paris, La Découverte, collection Repères, 1988.

³³ Pierre BOURDIEU y Jean Claude PASSERON, *La Reproduction, éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Minuit, 1970. Pierre BOURDIEU, *La Noblesse d'Etat. Grandes écoles et esprit de corps*. Paris, Minuit, 1989.

³⁴ Ver, por ejemplo, Patrice PINELL, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer (1890-1940)*, Paris Métailié, 1992. Lion MURARD et Patrick ZYLBERMAN, *L'Hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'Utopie contrariée (1870-1918)*, Paris, Fayard, 1996. Jacques LÉONARD, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier, 1981. Bernard-Pierre LÉCUYER, «*Médecins et observateurs sociaux : Les Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale (1820-1850)*», *Pour une Histoire de la statistique*, tomo 1, Paris, INSEE, 1976, pp. 445-476.

los datos. Si en Francia se dispone de cifras detalladas y exhaustivas sobre la población estudiantil es por la importancia del Estado en la gestión de los diplomas escolares³². De este modo, el sistema de formación del personal médico es inseparable del sistema de reproducción social³³. Son innumerables los trabajos históricos y sociológicos que han mostrado la interdependencia entre el Estado y las actividades médicas³⁴. Si este hecho no es una peculiaridad del sistema francés, estas formas de interdependencia variarán, muy probablemente, de un país a otro y deberían formar parte del elenco de trabajos comparativos sistemáticamente implementados.

RESUMEN

Sobre el fondo de los cambios habidos a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, este artículo analiza la evolución de la profesión médica francesa en la década de los noventa. En él se profundiza en dos de las transformaciones más importantes: el incremento cuantitativo de la población de médicos, y la subsiguiente apertura de la profesión a distintas procedencias sociales, y la tendencia a la feminización de la profesión médica. A partir de una hipótesis estructural, este ensayo pretende mostrar la permanencia de ciertas características morfológicas del espacio de las especialidades médicas más allá de la aparente transformación sufrida, particularmente, en lo relativo a la división sexual del trabajo médico y a la reproducción de las diferencias de origen social en el aprendizaje de la profesión. Para lo cual se analiza un limitado pero sugerente conjunto de indicadores sociales (origen social, sexo, ingresos y proximidad a la muerte, de cada una de las distintas especialidades).

ABSTRACT

This essay analyses the evolution of medical profession during de nineties as the end of a deep process of changes that had place throughout the second half of twentieth century. The more relevant features being the quantitative increasing of medical population, as well as the opening of the medical profession to different social groups, and, at the same time, its undeniable and ostensibly inescapable feminisation. However, following a structural hypothesis, the text tries to demonstrate the concealed permanence of some very significant morphological characteristics related to the medical specialities space, beyond the pointed out transformations; particularly those regarding sexual division of clinical work and the subtle reproduction of social differences while learning the profession. In order to disclose and to criticize the whole apparent improvement, the article focuses acutely on a suggesting and telling set of social indicators (social origin, sex-ratio, earnings and closeness to death distinctive of diverse specialities).