

Estudio cualitativo sobre la elección de especialidad médica durante la pandemia de COVID-19

Carlos Gutiérrez-Cirlos,^{1,2*} Tania Vives-Varela,¹ José J. Naveja³ y Melchor Sánchez-Mendiola¹

¹Facultad de Medicina, SECISS, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México; ²Departamento de Medicina Interna, Dirección de Medicina, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México; ³Departamento de Hematología y Oncología, y Centro Universitario del Cáncer (UCT), Hospital Universitario de Mainz, Universidad Johannes Gutenberg, Mainz, Alemania

Resumen

Antecedentes: La elección de una especialidad médica es una decisión personal con impacto en los individuos y en los sistemas sanitarios. **Objetivo:** Explorar las experiencias, las expectativas y las dudas de estudiantes de medicina de último año al elegir la especialidad. **Material y métodos:** Estudio cualitativo con grupos focales. Se realizó un muestreo intencional y por conveniencia en tres cohortes (2020, 2021 y 2022) de estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM del último año de la carrera de medicina. Se codificaron y categorizaron los testimonios con codificación axial y comparación constante. El análisis se basó en los conceptos de habitus y capital social de Bourdieu. **Resultados:** Se llevaron a cabo seis grupos focales, dos por año, con 63 participantes. Pediatría, medicina interna y cirugía fueron las especialidades más elegidas. Los grupos focales de 2020 fueron presenciales; los siguientes fueron en línea debido a la pandemia. Se identificaron cinco dimensiones clave: estilo de vida, prestigio de la especialidad, características del hospital, interacciones sociales e influencia de la pandemia de COVID-19 en la elección. **Conclusiones:** Comprender el habitus y las luchas por el capital sociocultural en la elección de especialidad puede ayudar a transformar las estructuras educativas y sanitarias, con mejor atención a las necesidades de los residentes.

PALABRAS CLAVE: Elección de especialidad médica. Estudio cualitativo. Grupos focales. Habitus. COVID-19.

Qualitative study on the choice of medical specialty during the COVID-19 pandemic

Abstract

Background: The choice of a medical specialty is a personal decision with an impact on individuals and health systems. **Objective:** To explore the experiences, expectations and doubts of final-year medical students when choosing a specialty. **Material and methods:** Qualitative study with focus groups. Purposive and convenience sampling was conducted in three cohorts (2020, 2021 and 2022) of students from the UNAM School of Medicine, in the last year of the medical career. The testimonies were coded and categorized with axial coding and constant comparison. The analysis was based on Bourdieu's concepts of habitus and social capital. **Results:** Six focus groups were held, two per year, with sixty-three participants. Pediatrics, Internal Medicine, and Surgery were the most chosen specialties. The 2020 focus groups were face-to-face; the following ones were online due to the pandemic. Five key dimensions were identified: lifestyle, prestige of the specialty, characteristics of the hospital, and social interactions. The COVID-19 pandemic also influenced decisions. **Conclusions:** Understanding the habitus and the struggles for sociocultural capital in the choice of specialty can help transform educational and healthcare structures, better meeting the needs of residents.

KEYWORDS: Medical specialty choice. Qualitative study. Focus groups. Habitus. COVID-19.

*Correspondencia:

Carlos Gutiérrez-Cirlos

E-mail: cirlos@hotmail.com; alfonso.gutierrezc@incmnsz.mx

0016-3813/© 2025 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 14-07-2025

Fecha de aceptación: 03-12-2025

DOI: 10.24875/GMM.25000291

Gac Med Mex. 2026;162:304-313

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

Introducción

La selección de una especialidad médica no solo concierne al futuro residente, sino que tiene implicaciones para la sociedad, las universidades y los sistemas sanitarios¹⁻⁴. Este proceso comienza al inicio de la carrera de medicina y se desarrolla a lo largo de la formación médica, donde los rasgos de personalidad y las circunstancias sociales interactúan con la elección^{5,6}.

Los estudios sobre la elección de especialidad han analizado factores como el interés intelectual, el entorno laboral, las preferencias de estilo de vida, la personalidad y las consideraciones salariales^{7,8}. Además, influyen factores personales y contextuales, como el tipo de escuela, las características del estudiante, sus valores al graduarse y la percepción de cada especialidad⁹⁻¹¹.

Los rasgos de personalidad también tienen un impacto en la elección¹². El estilo de vida y los ingresos son determinantes y varían entre especialidades: algunas, como radiología o dermatología, son percibidas como más deseables, mientras que cirugía se considera más desafiante. También influyen el prestigio y los estereotipos sobre especialidades como medicina familiar o geriatría, lo que puede llevar a ignorarlas pese a la alta demanda de profesionales de estas especialidades¹²⁻¹⁴.

Otros factores menos documentados incluyen la percepción del estudiante sobre la especialidad, el interés por ciertos grupos de pacientes, los problemas de salud abordados y la influencia del profesorado⁷. Los estudios cualitativos han identificado objetivos personales y profesionales como factores cruciales. En el caso de las mujeres, influyen los compromisos familiares y la interacción de objetivos personales y profesionales. Aunque no mencionen explícitamente el sexismo, sus relatos sugieren su influencia en la toma de decisiones¹⁵⁻¹⁸.

Las experiencias positivas durante la carrera, los encuentros con pacientes y la presencia de modelos a seguir son elementos significativos en la elección de especialidad. En contraste, los factores desalentadores son la falta de apoyo a los pacientes, la reducción del prestigio en algunas áreas y la percepción de menor reto intelectual en ciertas especialidades¹⁸.

Las limitaciones de los estudios incluyen enfoques centrados en una sola especialidad, falta de integración de diversos factores influyentes y escasa información sobre las etapas del proceso de decisión¹¹⁻¹⁹.

Además, hay pocos estudios con metodologías cualitativas o mixtas.

La teoría sociológica de Pierre Bourdieu ofrece un marco analítico sólido para comprender los procesos de elección de especialidades médicas como prácticas sociales situadas, más que como decisiones puramente individuales. Según Bourdieu^{20,21}, las acciones humanas están estructuradas por el *habitus*, un sistema de disposiciones que orienta los modos de ver, sentir y actuar que los médicos incorporan a través de la estructura social de la formación médica y de los procesos de elección de una especialidad. En el campo médico, los agentes —estudiantes, docentes, instituciones y organismos reguladores— compiten por distintos tipos de capital (las formas de poder y los recursos que las personas poseen y que ponen en juego en un contexto); dicho capital puede ser económico (recursos financieros y materiales), cultural (conocimientos, títulos académicos, entre otros) o simbólico (prestigio, reconocimiento social), y define las jerarquías de prestigio y las trayectorias. Así, la preferencia por ciertas especialidades no solo responde a factores vocacionales, sino también a la posición que cada individuo ocupa en la estructura del campo y al tipo de capital que puede movilizar para alcanzar reconocimiento y estabilidad profesional.

En este sentido, la elección de especialidad médica se inserta en un entramado de determinantes meso y macro. En el nivel meso, las interacciones de los estudiantes con sus pares y con los docentes, los planes de estudios de las universidades, los hospitales donde se lleva a cabo la práctica durante la formación médica y los sistemas de selección (como el ENARM) reproducen las jerarquías internas del campo mediante la valoración diferencial de las especialidades, las redes de mentoría y las condiciones laborales. En el nivel macro, los factores estructurales como la organización del sistema de salud, las crisis en la economía de un país, los tratados y los acuerdos bilaterales entre países para la movilidad profesional, las políticas públicas, las desigualdades de género y las transformaciones culturales contemporáneas moldean las expectativas profesionales y redefinen el prestigio de las especialidades. Desde esta perspectiva, la elección profesional constituye una práctica social que refleja la relación dialéctica entre *habitus* y estructura: las disposiciones individuales reproducen, pero también pueden transformar, las configuraciones simbólicas del campo médico.

Este estudio busca comprender las experiencias, las expectativas y las preguntas que surgen en la

elección de especialidad, desde la perspectiva de las luchas por el capital: económico, cultural y simbólico. Entender el *habitus* y las dinámicas de poder permitirá responder mejor a las necesidades de los estudiantes y fomentar una elección más reflexiva y fundamentada.

Materiales y métodos

Estudio cualitativo centrado en las experiencias de un grupo de estudiantes de último año de medicina que eligieron una especialidad médica. Se utilizó la técnica de grupos focales por ser una fuente de información valiosa asociada a la riqueza de su exploración de las expectativas, los conocimientos, las normas y los conjuntos de valores de determinados grupos^{21,22}.

El muestreo fue intencional y de conveniencia, con estudiantes del último año de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)²³⁻²⁵. Se incluyeron tres cohortes consecutivas, de 2020, 2021 y 2022, con datos que incluyeron los años de pandemia de COVID-19. El grupo focal de la cohorte 2020 fue presencial y los otros dos fueron en línea vía Zoom.

Tres expertos en educación médica, dos educadores clínicos con experiencia en educación de residencias y una psicóloga y doctora en educación, todos con estudios de posgrado en educación de profesiones de la salud, diseñaron y validaron una guía de entrevista²⁴ basándose en la revisión de estudios previos sobre el tema (Material suplementario). La guía incluyó los siguientes aspectos:

- Estilo de vida que permitía formar una familia mientras se ejercía la especialidad, junto con expectativas de remuneración económica y horario laboral.
- Conocimientos de la especialidad durante la formación de pregrado.
- Momento de la selección de la especialidad.
- Modelos que influyeron en el proceso de elección.
- Personalidad relevante para la especialidad.
- Plan de estudios.
- Características de los centros académicos especializados, incluido el entorno de trabajo (acoso, colaboración) y el prestigio.
- Fuentes de información para la selección de especialidades.
- Prestigio percibido de la especialidad.
- Prácticas y formas de interacción en cada especialidad: pacientes, tipo de práctica médica, interacción con pacientes, familiares y personal sanitario.

- Impacto de la pandemia de COVID-19 en la decisión.

La guía se adaptó a las categorías emergentes encontradas, así como a las necesidades del contexto, en particular la pandemia de COVID-19.

Una investigadora con experiencia en entrevistas grupales, sin relación académica ni laboral con los entrevistados, condujo los grupos focales^{26,27}.

Para el análisis de los datos, las entrevistas fueron grabadas y transcritas íntegramente. A continuación, por medio del programa Excel se elaboraron árboles de categorías. Para unificar los criterios de codificación entre los investigadores se llevaron a cabo tres reuniones de 1 hora cada una. En las dos primeras se codificó de manera conjunta el 80% de una transcripción y se expusieron dudas y discrepancias, y en la tercera reunión se revisó el 20% de la transcripción faltante, que cada investigador realizó de forma separada para verificar el consenso en la codificación²⁸, lo que garantizó la consistencia analítica en la identificación de temas emergentes. Esta unificación permitió aplicar una codificación axial de texto libre²⁹, mediante la cual se establecieron relaciones entre categorías y subcategorías dentro de cada una de las dimensiones analíticas definidas (estilo de vida, prestigio, capital institucional e interacciones profesionales). Por ejemplo, la codificación axial permitió vincular los fragmentos que describían la conciliación vida-trabajo con las representaciones de género y con el capital simbólico asociado a determinadas especialidades.

En un segundo nivel de análisis, a partir de los testimonios codificados en las dimensiones analíticas, se realizó una triangulación de los datos de las tres cohortes, con comparación sistemática de las narrativas de los participantes según el sexo, la especialidad elegida y los ejes temáticos de cada dimensión. Esta triangulación permitió identificar patrones compartidos y divergentes entre grupos, fortaleciendo la validez interpretativa del análisis. En un tercer nivel, una vez alcanzada la saturación teórica, se triangularon las conclusiones emergentes con la literatura científica^{30,31} sobre elección de especialidades médicas y con los conceptos teóricos de Bourdieu (*habitus*, capital y campo), lo que permitió contextualizar los hallazgos empíricos y generar nuevas preguntas de investigación^{20,21}.

Aspectos éticos

El Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM (Material suplementario) aprobó el estudio (FM/DI/057/2019). La participación

fue voluntaria y se solicitó la firma del consentimiento informado. Se explicó el propósito de la entrevista y se aclaró que no tendría repercusiones académicas ni laborales. Los estudiantes autorizaron la grabación de los grupos focales y los datos se utilizaron de manera anónima.

Resultados

Se realizaron seis grupos focales, dos por año, con un total de 63 participantes (Tabla 1), de los que 36 eran hombres y 27 mujeres, de diversas especialidades de México.

El análisis de las experiencias de los alumnos entrevistados, a la luz de las ideas de Bourdieu sobre el *habitus* y las luchas por el capital, permitió agrupar la interpretación de los resultados en cinco dimensiones que resultan útiles para comprender la complejidad del proceso de toma de decisiones en la selección de especialidades. Para cada dimensión se incluyen ejemplos de los testimonios, codificados por sexo, especialidad y año, así como párrafos interpretativos.

1) Estilo de vida: formar una familia, consulta privada, remuneración económica, trabajar cerca de casa, contar con tiempo libre y flexibilidad de horarios

«Me gustaría tener familia, entonces poder dar la consulta fuera de un hospital, en otro lado cerca de mi hogar, eso me convenció» (F/GO/2020).

«...nuestras necesidades básicas y también algunos gustos (deporte, pasatiempos), que pudiéramos tener, y la de nuestras familias, en algún futuro. Lo tomé en cuenta y creo que fue un pilar fundamental para cimentar bien mi decisión de la especialidad que elegí» (M/CG/2022).

«...creo que la cirugía te permite tener cierta forma de ingresos más que otras especialidades solo viendo consulta. Es algo que consideré» (M/CG/2021).

Los testimonios muestran que el «estilo de vida» opera como un espacio donde los estudiantes movilizan anticipadamente distintos tipos de capital, en especial el económico y el simbólico, para proyectar una trayectoria laboral compatible con sus expectativas personales. Elegir una especialidad que permita la consulta privada, la cercanía con el hogar o la flexibilidad de horarios revela un *habitus* orientado a la búsqueda de estabilidad y reconocimiento, propio de grupos sociales que perciben la medicina como medio de ascenso o consolidación social. Estas decisiones

Tabla 1. Características de los grupos focales

Grupo focal	Hombres	Mujeres	Especialidad (n)	Total (n = 63)
2020				
1	1	6	Pediatría (6), medicina interna (1)	7
2	8	5	Pediatría (3), medicina interna (3), ortopedia (1), patología (1), ginecología (2), cirugía (1), oftalmología (1), urología (1)	13
Total	9	11		20
2021				
1	7	3	Pediatría (3), medicina interna (2), cirugía (4), ginecología (1)	10
2	2	6	Pediatría (1), medicina interna (4), cirugía (3)	8
Total	9	9		18
2022				
1	9	4	Pediatría (3), medicina interna (5), cirugía (4), ginecología (1)	13
2	9	3	Pediatría (3), medicina interna (3), cirugía (4), ginecología (1), urología (1)	12
Total	18	7		25

no son únicamente preferencias individuales, sino que expresan el modo en que los estudiantes leen las jerarquías del campo médico y anticipan las oportunidades de conversión del capital cultural (títulos, habilidades) en capital económico (remuneración) y simbólico (prestigio asociado a un estilo de vida equilibrado).

2) Prestigio de la especialidad: influir en el paciente y en la familia, como en pediatría o medicina interna

«Incluso para elegir medicina en general, uno de los principales objetivos fue y sigue siendo ayudar a la población en general. Yo sé que, al especializarse, obtienes un grupo de pacientes mucho más específico, pero creo que como internista puedes enfocarte también en la atención primaria y tienes la capacidad de ir todavía más allá. Por eso me gusta mucho medicina interna» (F/MI/2022).

«Creo que estas enfermedades, obesidad, hipertensión, diabetes, son enfermedades de conductas.

Tienen parte de alteración genética, metabólica, pero a mí me gustaría también en este primer contacto tratar de cambiar ideas, tratar de cambiar conductas. Por eso también influyó mucho en que decidiera hacer medicina interna» (M/MI/2020).

«Al igual que mi otro compañero, creo que es importante, no solamente tratar al paciente pediátrico, sino también vas a tener trato con los papás. Entonces, es importante tocar el tema de salud con ellos... en los niños, el impacto que tiene el médico hacia ellos, si ellos [los niños] aprenden correctamente lo pueden aplicar en su vida adulta y evitar que tengan malos estilos de vida» (F/P/2021).

Los testimonios anteriores de residentes de medicina interna y pediatría denotaron la intención de incidir en la prevención mediante la educación a los padres y a los propios infantes. Cuando los residentes expresan su interés por «cambiar ideas y conductas» y por generar un impacto que perdure hasta la vida adulta están posicionándose no solo como proveedores de atención curativa, sino también como agentes de transformación social y educativa, lo cual les otorga reconocimiento, legitimidad y prestigio dentro del campo médico.

El prestigio se configura aquí como un capital simbólico clave en las decisiones estudiantiles. Los testimonios reflejan que algunas especialidades, como medicina interna y pediatría, se asocian con una identidad profesional ligada al cuidado integral de la población. Esta percepción es coherente con un *habitus* construido durante el pregrado en la carrera de medicina, en el que la misión social y el impacto poblacional poseen alto valor moral. Algunas especialidades, como cirugía y oftalmología, entre otras, aparecen relacionadas con el prestigio técnico y la posibilidad de obtener un capital económico elevado. Este hallazgo confirma la persistencia de jerarquías simbólicas dentro del campo médico, donde ciertas especialidades mantienen un estatus hegemónico que influye poderosamente en la elección aun antes de que los estudiantes enfrenten entornos clínicos reales en el ejercicio de la especialidad.

3) Características del hospital: relacionado con la interacción para obtener capital cultural en instituciones sanitarias para tener más prácticas en determinados hospitales (cirugía) o para tener la oportunidad de investigar además de atender a pacientes con enfermedades difíciles

«Para mí fue importante elegir el Hospital General de México. No tenía otra opción. Creo que es el mejor para cirugía. Lo que necesitas es práctica y la cantidad de pacientes que llegan es increíble» (M/CG/2021).

«... igual que mi compañero, considero que el Hospital Infantil de México es la cuna de la pediatría en México. Prácticamente por todo el trasfondo histórico que ha tenido y porque en pediatría es potencia en investigación y actualmente es también en educación para los futuros recursos para la salud en pediatría. Por eso fue por lo que elegí el hospital» (M/P/2022).

«Siento que la cuestión clasista y racista en México puede influir mucho en tu elección de especialidad y del hospital en el que estés. Creo que alguien convencionalmente atractivo y blanco con medios económicos va a elegir por diversas causas y otros caminos que alguien que convencionalmente no es atractivo y que es moreno, y etc. Siento que es súper importante. No es un secreto y nadie va a negar que en los institutos hay más gente blanca. Que en ciertas especialidades hay más gente bonita. Que en ciertas especialidades hay gente con menos poder adquisitivo, etc. Creo que sería muy interesante estudiar esto, y que se debería también preguntar» (M/P/2022).

Los testimonios evidencian que la elección de hospital no se limita a criterios técnicos: los estudiantes evalúan la distribución desigual del capital cultural (oportunidades formativas), del capital simbólico (prestigio institucional) y del capital social (redes y mentorías disponibles). Las declaraciones sobre «clasismo y racismo en México» revelan que los estudiantes interpretan el campo médico como un espacio estratificado donde ciertos cuerpos, orígenes sociales o apariencias reciben mayor legitimidad. Así, la elección de sede se convierte en una práctica situada: los estudiantes anticipan inclusión o exclusión y seleccionan instituciones donde perciben que su *habitus* será más fácilmente reconocido y validado.

4) Interacciones sociales: alto nivel de algunos hospitales, razonamiento clínico aplicado a la resolución de casos clínicos, modelos a seguir
«La población desde los recién nacidos hasta los adolescentes es con lo que me gusta trabajar. Eso fue un gran motivo por el que escogí pediatría. Fue básicamente eso de transrotar en las diferentes especialidades, en las diferentes

carreras en el internado. No me veía haciendo otra cosa que no fuera pediatría» (F/P/2020).

«En mi caso voy específicamente a urología por un profesor que tuvimos en un hospital. Me llamo mucho la atención cómo nos daba clases. Para mí él tenía la facilidad de explicar todo, desde lo más básico hasta los detalles que importaban de forma hablada. Denotaba mucho conocimiento. Y también cierta estructura en sus pensamientos» (M/CG/2021)

Esta dimensión revela la manera en que los estudiantes leen, incorporan y reproducen los patrones relacionales característicos del campo médico. El testimonio de la estudiante que elige pediatría porque «no se veía haciendo otra cosa» después de haber rotado por diversas sedes muestra que la socialización clínica, el contacto cotidiano con pacientes reales, familias y equipos de salud, funciona como un mecanismo de interiorización del *habitus* profesional. El gusto por trabajar con una población específica (recién nacidos, niños, adolescentes) no es una preferencia aislada, sino la expresión encarnada de un proceso de identificación afectiva y cognitiva que se forma en las prácticas clínicas.

Las referencias a la forma en que los profesores explican los casos clínicos evidencian que la interacción pedagógica con docentes y residentes constituye un espacio de acumulación de capital cultural (dominio técnico) y capital simbólico (legitimidad profesional). Cuando se describe a un profesor que «explica desde lo más básico hasta los detalles que importaban» no solo se relata un episodio didáctico, sino que se está reconociendo una figura de autoridad capaz de modelar un estilo de pensamiento clínico valorado en el campo. Este reconocimiento activa procesos de aspiración: el estudiante, además de admirar al docente, desea incorporar su modo de razonar, hablar y actuar, es decir, reproducir su *habitus*.¹⁹

Los testimonios indican que la elección de especialidad está profundamente anclada en la experiencia relacional; el campo médico se evalúa no solo por su contenido técnico, sino también por las formas de sociabilidad que ofrece. Los estudiantes buscan espacios donde puedan «ser» y «hacerse» médicos a través de vínculos significativos, reconocimiento académico y relaciones que confirmen la legitimidad de su identidad profesional emergente.

5) Efecto de la pandemia de COVID-19: preocupación de los entrevistados relacionada con la elección del momento de iniciar la especialidad y la sede hospitalaria en la que pudieran realizar

prácticas clínicas (capital cultural) sin tantas restricciones a causa de la pandemia.

«No influyó en la decisión de la especialidad. Tal vez me hizo considerar o reconsiderar los conceptos o los ideales por los que iba a entrar. Tal vez me hizo dudar de esperarme un año o no. Pero en la elección de la especialidad no influyó» (M/MI/2021).

«En mi caso sí. Uno espera entrar a su residencia y publicar, y no solamente volverme covidiólogo. Buscas un hospital que sea muy versátil. Que tengan un área COVID para atender lo actual, pero también tengan otras áreas disponibles para atender los temas que siempre han sido prevalentes y siempre van a ser prevalentes. De mi parte, escoger un hospital que tenga un poco de ambos mundos es fundamental para escoger tanto mi especialidad como la sede» (M/CG/2022).

La pandemia de COVID-19 funcionó como un acontecimiento crítico que reorganizó temporalmente el campo médico y obligó a los estudiantes a reconfigurar su *habitus* frente a condiciones inéditas. Los testimonios muestran que, aunque para algunos no modificó la especialidad elegida, sí reinterpretó su posición dentro del campo y reevaluó el valor de distintos tipos de capital. Por ejemplo, cuando un participante señala que la pandemia le hizo «dudar de esperarme un año», expresa una tensión entre su *habitus* previo y las nuevas condiciones estructurales: el cierre de servicios, la incertidumbre laboral, la sobrecarga hospitalaria y la pérdida de oportunidades clínicas. La pandemia alteró la disponibilidad de capital cultural (experiencia clínica auténtica), aumentó el valor del capital simbólico asociado a hospitales más «versátiles» y visibilizó el capital social necesario para navegar escenarios de riesgo y desgaste emocional.

Para otros, la pandemia actuó como un filtro que permitió distinguir sedes capaces de ofrecer no solo entrenamiento clínico suficiente, sino también legitimidad profesional en un contexto de crisis. La búsqueda explícita de hospitales que combinaran áreas COVID-19 con servicios no COVID-19 ilustra cómo los estudiantes anticipan las posibilidades de acumular capital cultural bajo condiciones restrictivas. En estas decisiones se observa un cálculo estratégico: elegir un hospital que garantice continuidad formativa y prestigio en un campo temporalmente reconfigurado por la emergencia epidemiológica.

Asimismo, la pandemia expuso desigualdades estructurales dentro del propio campo. La rotación presencial limitada, el acceso distinto a oportunidades docentes y la exposición diferencial al riesgo hicieron que algunos estudiantes percibieran que ciertas sedes contaban con mayores recursos simbólicos y materiales para sostener la formación especializada. Esta percepción de vulnerabilidad o protección no surge del plano individual, sino de la lectura que los estudiantes hacen de la configuración histórica del campo: las instituciones con más capital acumulado pudieron adaptarse mejor y, por tanto, fueron percibidas como opciones más seguras y con mayor valor profesional.

El efecto de la pandemia, aparte de expresarse en dudas o confirmaciones vocacionales, reveló cómo en momentos de crisis el *habitus* debe reorganizarse frente a un campo en transformación. Los estudiantes reinterpretaban su deseo de convertirse en especialistas a la luz de las nuevas reglas del juego, evaluando la estabilidad, la legitimidad y las oportunidades de conversión futura de su capital profesional. La COVID-19, más que un factor aislado, operó como un «evento estructurante» que permitió observar con mayor nitidez las dinámicas de poder, desigualdad y reproducción propias del campo médico.

Discusión

En este trabajo desarrollamos dimensiones analíticas a partir de los conceptos de Bourdieu^{20,21} para iluminar el proceso de elección de especialidades médicas y plantear nuevas preguntas al respecto. Los factores asociados a esta decisión abarcan, además de aspectos individuales, fenómenos contextuales que configuran el campo médico. Los resultados muestran que las narrativas estudiantiles no deben leerse únicamente como descripciones de preferencias, sino también como prácticas situadas dentro de un campo estructurado. Cada categoría emergente refleja la forma en que los estudiantes despliegan su *habitus* y evalúan la disposición del campo para reconocerlo. Así, los testimonios no son ejemplos anecdóticos, sino evidencia de cómo la lógica de acumulación y conversión de capital (económico, cultural, social y simbólico) organiza las decisiones vocacionales. Este enfoque interpretativo permite comprender que los estudiantes actúan estratégicamente dentro de estructuras históricas y simbólicas: buscan sedes donde su trayectoria previa sea reconocida, eligen especialidades con valoraciones

simbólicas diferenciadas y evitan espacios donde anticipan experiencias de discriminación. La lectura de sus testimonios a través de Bourdieu posibilita captar la dimensión estructural de decisiones que, a primera vista, se presentan como estrictamente personales.

En el estudio se destacan cinco dimensiones: el estilo de vida, el prestigio de la especialidad, las características del hospital, las interacciones sociales y el efecto de la pandemia de COVID-19 en la elección.

Estilo de vida

Como se mencionó en estudios previos, la remuneración económica^{5-7,14}, los horarios más flexibles para otras actividades¹⁶ y la posibilidad de formar una familia fueron valorados por los estudiantes como aspectos relevantes del estilo de vida al elegir una especialidad.

La búsqueda de un capital económico bien remunerado fue más visible en quienes eligieron la cirugía, cuya práctica se caracteriza por interacciones menos prolongadas con los pacientes en comparación con otras especialidades como medicina interna o pediatría³².

Algunas mujeres que optaron por la pediatría o la ginecología reconocieron su interés por tener hijos y fundar una familia, y consideraron que estas especialidades eran opciones más factibles. En un contexto cultural fuertemente tradicional, en el sentido de una visión patriarcal del papel de la mujer, la maternidad funciona como un capital simbólico. Esto da lugar a un *habitus* en el que las preferencias se forman a través de una compleja dialéctica temporal con las estructuras objetivas que las producen. Estas estructuras se reproducen en los grupos focales analizados³³.

Para los nacidos después de principios de la década de 1980, que buscan una vida plena y equilibrada para alcanzar el capital simbólico que caracteriza a su generación³³, esta dimensión se alineó con el resultado de los residentes que priorizaron el equilibrio entre la vida laboral y personal como factor determinante en las preferencias de especialidad.

La disponibilidad de horarios de trabajo flexibles que permitan actividades de ocio resuena con la literatura más amplia sobre los rasgos de las generaciones históricas y contribuye a dar forma a las aspiraciones profesionales de los estudiantes de medicina³⁴.

Este aspecto también está relacionado con la oportunidad de participar en diferentes actividades fuera del trabajo, como las artes, los deportes y los eventos culturales. Estas actividades les permiten adquirir

conocimientos sobre diversos temas y mejorar así la comunicación con los pacientes y acumular capital cultural, que en determinadas condiciones puede convertirse en capital económico. Una característica fundamental del capital radica en su potencial de conversión en diferentes formas³⁵. Para los participantes en este estudio, entender a los pacientes y comunicarse con ellos puede ser una forma de conseguir más pacientes en la consulta privada.

Prestigio de la especialidad

Ser médico especialista implica mayor prestigio que ser médico general. En consonancia con otros estudios, esta percepción se perpetúa en las facultades de medicina, donde se pregunta a los estudiantes (desde el inicio de sus estudios de pregrado) qué especialidad elegirán³⁶.

Las diferencias en las preferencias de especialidad están relacionadas con la interacción y las luchas de diferentes formas de capital, así como con el *habitus*, que se inculca desde los primeros años de los estudios de pregrado y da forma a las decisiones y preferencias de los estudiantes.

También encontramos puntos en común con otros estudios^{5,6}, en los que las especialidades de medicina interna y pediatría fueron percibidas con mayor capital simbólico, porque contribuyen de forma más directa a la atención primaria y denotan un alto compromiso con el cuidado de la población general; por otro lado, la cirugía es elegida por el alto prestigio estrechamente relacionado con las oportunidades profesionales y el futuro laboral^{37,38}.

Características del hospital

En el proceso de decisión para elegir un centro sanitario académico donde hacer la especialidad, los estudiantes ponen en juego diferentes valoraciones. La búsqueda de hospitales con menos acoso y mejor ambiente institucional fue señalada principalmente por las estudiantes. En ginecología y cirugía se han informado altos niveles de maltrato a las mujeres³⁸⁻⁴⁰. En medicina interna, los hombres y las mujeres en nuestro estudio compartieron esta preocupación.

Para los que eligieron cirugía, era importante formar parte de un centro con un alto volumen de pacientes para adquirir mayores habilidades y conocimientos quirúrgicos (capital cultural). Los de pediatría señalaron que

la deseabilidad del hospital tenía que ver con su prestigio y medicina de excelente valor (capital simbólico).

Para los que eligieron medicina interna, otro rasgo deseable fue que los hospitales reconocieran la importancia de la docencia. También expresaron la relevancia de reconocer la mayor concentración de estudiantes con características raciales y económicas específicas en determinados centros hospitalarios, como una mayor proporción de estudiantes caucásicos y de entornos socioeconómicos más acomodados. Percibieron eso como un *habitus* incorporado por estudiantes que perpetúan las desigualdades sociales.

Algunos estudiantes se perciben a sí mismos de forma preventiva como no pertenecientes a un determinado hospital por no poseer las características de los grupos privilegiados.

Bourdieu detectó que, en las prácticas sociales, los agentes tienden a agruparse o alejarse en estrecha relación con la posesión o carencia de ciertos tipos de capital, y como la distribución de los recursos en circulación es desigual, esto tiende a configurar un espacio social asimétrico y jerárquico al que denominó «campo»³⁵. En este campo se establecen alianzas que implican intercambios con miembros de posiciones similares y generan estrategias de exclusión.

Interacciones sociales

Los siguientes puntos relacionados con las interacciones sociales fueron elementos que influyeron en la elección de especialidad:

- Para quienes eligieron medicina interna, fue el trato respetuoso que implicó establecer una comunicación académica entre residentes de diversos niveles y compartir una visión de priorizar el bienestar de los pacientes, así como el trato respetuoso a la comunidad LGBTI.
- El profesorado considerado como modelo a seguir que los animaba a continuar con su formación. En concordancia con la literatura, las habilidades docentes y de relación médico-paciente fueron decisivas para la selección de especialidad^{5,6}. El modelaje docente facilita incorporar un *habitus* de profesionalismo.
- Los residentes de pediatría afirmaron que un factor decisivo al elegir su especialidad fue la interacción con la población de pacientes a tratar.⁷ Consideraron un reto evaluar las habilidades clínicas con pacientes que no se comunican verbalmente. Por otra parte, los residentes de medicina

interna mencionaron la posibilidad de beneficiar también a una población de edad avanzada al modificar hábitos poco saludables que son difíciles de modificar en la edad adulta.

- Hacer visibles los *habitus* y las luchas por el capital que están en juego en el proceso de elección de una especialidad favorece la generación de preguntas que incitan a reflexionar sobre la influencia de la distribución del capital dentro de los espacios sociales^{19,20} de las instituciones educativas y sanitarias en los estudiantes que eligen una especialidad médica.

Efecto de la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 tuvo efectos positivos y negativos en la elección de la especialidad, lo que es acorde con lo informado en otros estudios, como por ejemplo elegir menos las especialidades de neumología e infectología^{41,42}. De acuerdo con los testimonios, algunos estudiantes señalaron que cambiarían de hospital, e incluso de país, mientras que otros reforzaron su idea de estar en la especialidad que habían seleccionado pese a tener que trabajar en hospitales exclusivamente dedicados a la atención de pacientes con COVID-19.

Los estudiantes no cambiaron su decisión respecto a la especialidad que querían estudiar. La preocupación estaba relacionada con la elección de un hospital en el que pudieran realizar prácticas clínicas (capital cultural) sin restricciones a causa de la pandemia.

Conclusiones

Las especialidades médicas compiten en un campo por diversas formas de capital, como atraer estudiantes, financiación y prestigio,⁴³ lo que a su vez se refleja en cómo funcionan los criterios de admisión y de qué manera se aplican en el programa de estudios.

Estos fenómenos influyen en las especialidades elegidas por los estudiantes, que forman parte de la lucha por el capital en juego. Comprender el *habitus* y las luchas por el capital en torno al proceso de elección de especialidades permite a los agentes implicados (estudiantes, profesores, compañeros, instituciones educativas y sanitarias) adoptar un papel más reflexivo que puede transformar las estructuras sociales de las facultades de medicina y las residencias, e influir en la respuesta a las necesidades personales de los estudiantes, así como a los requerimientos de la sociedad y los sistemas sanitarios.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran haber seguido las normas éticas del comité de experimentación pertinente, de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Los procedimientos contaron con la aprobación del Comité de Ética institucional.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su centro sanitario/institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los sujetos y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Material suplementario

El material suplementario se encuentra disponible en DOI: 10.24875/GMM.25000291. Este material es provisto por el autor de correspondencia y publicado online para el beneficio del lector. El contenido del material suplementario es responsabilidad única de los autores.

Referencias

1. Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Acad Med*. 1995;70(7):620-41. doi: 10.1097/00001888-199507000-00013.
2. Kim YY, Kim UN, Kim YS, Lee JS. Factors associated with the specialty choice of Korean medical students: a cross-sectional survey. *Hum Resour Health*. 2016;14(1):45. doi: 10.1186/s12960-016-0141-8.
3. Lammy S. Competition ratios for different specialties and the effect of gender and immigration status. *J R Soc Med*. 2008;101(11):526-7. doi: 10.1258/jrsm.2008.08k026.
4. Lawson SR, Hoban JD. Predicting career decisions in primary care medicine: a theoretical analysis. *J Contin Educ Health Prof*. 2003;23(2):68-80. doi: 10.1002/chp.1340230204.
5. Gutiérrez-Cirlos C, Naveja-Romero JJ, Leenen I, Sánchez-Mendiola M. Medical specialty choice related factors in Mexican residents. *Gac Med Mex*. 2017;153(7). doi: 10.24875/GMM.M18000084.
6. Gutiérrez-Cirlos C, Naveja JJ, Sánchez-Mendiola M. Factores relacionados con la elección de una especialidad en medicina. *Inv Educ Med*. 2017;6(23):206-14. doi: 10.1016/j.riem.2017.05.005.

7. White MT, Borges NJ, Geiger S. Perceptions of factors contributing to professional identity development and specialty choice: a survey of third- and fourth-year medical students. *Ann Behav Sci Med Educ*. 2011;17:18-23. doi: 10.1007/BF03355144.
8. Manuel RS, Borges NJ, Jones BJ. Person-oriented versus technique-oriented specialties: early preferences and eventual choice. *Med Educ Online*. 2009;14:4. doi: 10.3885/meo.2009.Res00284.
9. Borges NJ, Savickas ML. Personality and medical specialty choice: a literature review and integration. *J Career Assess*. 2002;10(3):362-80. doi: 10.1177/10672702010003006.
10. Hochberg MS, Billig J, Berman RS, Kalet AL, Zabar SR, Fox JR, et al. When surgeons decide to become surgeons: new opportunities for surgical education. *Am J Surg*. 2014;207(2):194-200. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.10.010.
11. Querido SJ, Vergouw D, Wigersma L, Batenburg RS, De Rond ME, Ten Cate OT. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. *Med Teach*. 2016;38(1):18-29. doi: 10.3109/0142159X.2015.1074990.
12. Seibert SE, Kraimer ML. The five-factor model of personality and career success. *J Vocat Behav*. 2001;58(1):1-21. doi: 10.1006/jvbe.2000.1757.
13. Newton DA, Grayson MS, Thompson LF. The variable influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. *Acad Med*. 2005;80(9):809-14. doi: 10.1097/00001888-200509000-00005.
14. Yang Y, Li J, Wu X, Wang, J, Li W, Zhu Y et al. Factors influencing subspecialty choice among medical students: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9(3):e022097. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022097.
15. Smith V, Bethune C, Hurley KF. Examining medical student specialty choice through a gender lens: an orientational qualitative study. *Teach Learn Med*. 2018;30(1):33-44. doi: 10.1080/10401334.2017.1306447.
16. Querido S, van den Broek S, de Rond M, Wigersma L, Ten Cate O. Factors affecting senior medical students' career choice. *Int J Med Ed*. 2018;9:332-9. doi: 10.5116/ijme.5c14.de75.
17. Olsson C, Kalén S, Mellstrand Navarro C, Ponzer S. Swedish doctors' experiences and personality regarding medical specialty choice: a qualitative study. *Int J Med Educ*. 2019;10:36-42. doi: 10.5116/ijme.5c60.1c63.
18. Querido S, De Rond M, Wigersma L, van den Broek S, Ten Cate O. The significance of experiencing clinical responsibilities for specialty career choice. *Med Sci Educ*. 2019;30(1):163-71. doi: 10.1007/s40670-019-00832-z.
19. Thistlethwaite J, Kidd MR, Leeder S, Shaw T, Corcoran K. Enhancing the choice of general practice as a career. *Aust Fam Physician*. 2008;37(11):964-8.
20. Bourdieu P. *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris, France: Éditions du Seuil; 1994.
21. Bourdieu P. *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires, Argentina: EUDEBA; 2000.
22. Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, Ca, USA: Sage; 2018.
23. Hamui A, Varela M. La técnica de grupos focales. *Inv Ed Med*. 2013;1:55-60. doi: 10.1016/S2007-5057(13)72683-8.
24. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(3):613-9. doi: 10.1590/S1413-81232012000300006.
25. Flick, U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata; 2012.
26. Charmaz K. La teoría fundamentada en el siglo XXI. Aplicaciones para promover estudios sobre la justicia social. En: Denzin N, Lincoln Y, editores. *Manual de investigación cualitativa. Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa; 2013. p. 270-325.
27. López Estrada RE, Deslauriers JP. La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social. *Margen* 61. 2011;1-19. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>.
28. Gibbs GR. *Thematic coding and categorizing. Analyzing qualitative data*. London: Sage; 2007.
29. Schettini P, Cortazzo I. *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Argentina: Universidad de La Plata; 1990.
30. Cisterna F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*. 2005;14(1):61-71.
31. Ortega-Bastidas J. ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica "desde" y "para" la investigación cualitativa. *Interciencia*. 2020;45(6):293-9.
32. Bellodi PL. Surgery or general medicine a study of the reasons underlying the choice of medical specialty. *Sao Paulo Med J*. 2004;122(3):81-6. doi: 10.1590/s1516-31802004000300002.
33. Bourdieu P, Wacquant L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI; 2005.
34. Cleland JA, Johnston PW, Anthony M, Khan N, Scott NW. A survey of factors influencing career preference in new-entrant and exiting medical students from four UK medical schools. *BMC Med Educ*. 2014;14:151. doi: 10.1186/1472-6920-14-151.
35. Cerón A. *Habitus, campo y capital. Lecciones teóricas y metodológicas de un sociólogo bearnés*. Cinta Moebio. 2019;66:310-20. doi: 10.4067/S0717-554X2019000300031.
36. Vives-Varela T, González-Quintanilla E, Cabrera-Bravo M, Millán-Hernández M, Lifshitz-Guinzberg A, Durante-Montiel I, et al. Formación de médicos generales, evaluación curricular en una escuela mexicana de medicina. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2019;57(2):97-106.
37. Sepúlveda-Vildósola AC, González HM, López-Sepúlveda MF, Martínez-Escobar CB. Trends in medical specialization and employability in Mexico according to gender. *Arch Med Res*. 2022;53(2):205-14. doi: 10.1016/j.arcmed.2021.10.003.
38. Glynn RW, Kerin MJ. Factors influencing medical students and junior doctors in choosing a career in surgery. *Surgeon*. 2010;8(4):187-91. doi: 10.1016/j.surge.2009.11.005.
39. Ortiz-León S, Jaimes-Medrano AL, Tafoya-Ramos SA, Mujica-Amaya ML, Olmedo-Canchola VH, Carrasco-Rojas JA. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir*. 2014;82(3):290-301.
40. Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H, Yamamoto W, Goto E, Fukushima O, et al. Medical student abuse during clinical clerkships in Japan. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):212-8. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00320.x.
41. Krier CR, Quinn K, Kaljo K, Farkas AH, Ellinas EH. The effect of COVID-19 on the medical school experience, specialty selection, and career choice: a qualitative study. *J Surg Educ*. 2022;79(3):661-7. doi: 10.1016/j.jsurg.2021.11.007.
42. Deng J, Que J, Wu S, Zhang Y, Liu J, Chen S, et al. Effects of COVID-19 on career and specialty choices among Chinese medical students. *Medical Ed On Line*. 2021;26(1):1913785. doi: 10.1080/10872981.2021.1913785.
43. Brosnan C. Making sense of differences between medical schools through Bourdieu's concept of 'field'. *Med Educ*. 2010;44(7):645-52. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03680.x.