



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

POSGRADO EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS

**RECONFIGURANDO EL GÉNERO. EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN
LA MEDICINA MEXICANA.**

MARÍA RAQUEL POZZIO

Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas

Director: Dr. Luis Reygadas Robles Gil.

Asesoras: Dra. Mayra Chávez Courtois. Dra. Teresa Ortiz Gómez

México, D.F.

Octubre, 2013.

Agradecimientos.....	4
1-Introducción.....	5
1.1-Mujeres adentrándose en territorios masculinos: Antecedentes.....	11
1.2- Interlocutores teóricos.....	13
1.2.1-Los estudios de género.....	15
1.2.2-Sociología de las Profesiones.....	30
1.2.3-Antropología Médica.....	42
1.3- Apartado Metodológico	47
2- La Historia	56
2.1-Las primeras: las mujeres en camino a la Universidad (Europa y Estados Unidos, 1850-1890).	58
2.2-Las primeras en América Latina (1880-1910).....	63
2.3-La Medicina en México:	70
2.3.1-Las médicas de México antes y durante la Revolución (1883-1910).....	73
2.3.2-El Estado posrevolucionario, la eugenesia y el papel de las mujeres médicas (1917-1943)	77
2.3.3- La expansión del sistema de atención médica y las primeras médicas científicas (1943-1964).....	84
2.3.4-El movimiento médico de 1964-1965	87
2.4- Reflexiones Finales del capítulo.....	89
3- La Feminización de la Medicina en México.	92
3.1- La feminización en contexto: Mujeres y Medicina en el México Actual.	93
3.1.1-Neoliberalismo, salud y medicina en México (1984-2010).....	95
3.1.2-Del año internacional de la mujer al ILE y los <i>feminicidios</i> (1975-2007).	102
3.2-Feminización: usos, definiciones y valoraciones.....	108
3.3- Un diagnóstico sobre la feminización de la medicina en México: datos cuantitativos.	114
3.3.1- El nivel macro: Mercados de Trabajo y Educación Superior.....	114
3.3.2- El nivel meso. La feminización de la profesión médica en México, periodización y características principales.....	125

3.4- Explicaciones sobre la feminización: de las teorías analíticas a las teorías nativas.	145
3.5-Reflexiones Finales del Capítulo.	156
4- Configuraciones de género en la profesión médica I.	158
4.1-Mujeres en la medicina: características principales de las informantes.	159
4.2-Trayectorias profesionales: carrera, itinerarios corporales y experiencias.	165
4.3-Sociabilidad: las mujeres médicas y sus relaciones con los otros en el mundo laboral.	186
4.4-Interacción familia-trabajo.	207
4.5- Reflexiones Finales del capítulo.	228
5. Configuraciones de género en la profesión médica II.	230
5.1-Narrativas sobre la profesión: entre la idea de “reto” y las nuevas nociones sobre el logro profesional.	230
5.2-En busca de las identidades de las mujeres en la medicina.	255
5.2.1-Las Asociaciones de Médicas Mexicanas: un caso de auto adscripción.	256
5.2.2- La Academia Nacional de Medicina: las mujeres en “el Club de Tobi”.	263
5.2.3- La “perspectiva de género” en la facultad de Medicina.	270
5.3-Redefiniendo femenino y masculino.	282
5.4- Reflexiones finales del capítulo.	308
6. Desde las prácticas: El caso del “Parto humanizado” y la Gineco- obstetricia.	311
6.1-La medicina y la atención de la salud de las mujeres.	314
6.2-La Gineco-Obstetricia Mexicana. Historia y situación actual.	319
6.3- De Partos, Cesáreas y Conflictos.	330
6.4- Reflexiones finales del capítulo.	355
7. Conclusiones.	358
Referencias Bibliográficas.	369

“Hay un instinto profundo, aunque irracional, en pro de la teoría de que la unión del hombre y la mujer procura la mayor satisfacción, la felicidad más completa. Pero la vista de las dos personas subiendo al taxi y la satisfacción que me dio, hizo que me preguntara también si no habría dos sexos en el espíritu, correspondientes a los dos en el cuerpo, y si no sería preciso juntarlos para lograr completa satisfacción y felicidad. Y me puse a delinear de cualquier manera un plano del alma en el que dos poderes presidían, uno varón y otro hembra: y en el cerebro del hombre el varón predomina y en el de la mujer, la hembra. El estado normal y placentero es cuando están en armonía los dos, colaborando espiritualmente. Hasta en un hombre, la parte femenina del cerebro debe ejercer influencia; y tampoco la mujer debe rehuir contacto con el hombre que hay en ella.”
Virginia Woolf (Un cuarto propio, p. 71)

Agradecimientos.

Quiero agradecer a la Secretaría de Relaciones Exteriores de los Estados Unidos Mexicanos, cuya beca de doctorado me permitió realizar este estudio. Al departamento de Antropología de la UAM-Iztapalapa, por el apoyo brindado.

A todos los que en distintos momentos del trabajo, me hicieron sugerencias, lecturas y comentarios que apuntalaron la labor: Luis Reygadas, Dora Cardaci, Ana María Carrillo, Marta Lamas, Gabriela Cano, Pablo Semán, Teresa Ortiz, Mayra Chávez, Renée Di Pardo, Daniela Cerva, Mari Luz Esteban, Oliva López Sánchez, Ángeles López Santillán, Martín Silberman, y a mis compañeras del doctorado en Ciencias Antropológicas de la UAM-I generación 2010, especialmente a Patricia Legarreta y Cecilia Millán.

A mi familia, por la paciencia y el “aguante”. A mis amigos de México, que hicieron más placentera mi estadía. Y muy especialmente, a los médicos y médicas que entrevisté. Sin ellos, nada de esto hubiera sido posible.

Esta tesis está dedicada a mi mamá, a mis hijos Iván y Camilo, y a la memoria de todas las mujeres que en distintos momentos de la historia -muchas veces contra viento y marea- hicieron posible su sueño de convertirse en universitarias.

1-Introducción.

“Com efeito, ao longo do século XIX, a diferencia se afirmou entre os povos civilizados e os selvagens; entre as classes perigosas e os bons cidadãos; entre os loucos, criminosos e crianças e os adultos normais. E também, por certo, entre o genio criador e o homem comum –fonte da ideia de uma aristocracia do espírito- Criou-se o homossexual, para dar conta de supostas diferenças do instinto sexual. Inventou-se um novo conceito de raça, sediado na corporalidades e também portador de qualidades morais. A construção mais complicada, porém, foia do novo estatuto da oposição entre homem e mulher”. Díaz Duarte, Fernando. Introducción. (Rohden, 2001, p. 8)

Varones y mujeres somos diferentes, y al mismo tiempo tenemos muchas cosas en común, parece una perogrullada decirlo. Pero ¿qué tan diferentes somos? ¿En qué consisten nuestras diferencias? ¿Cómo las producimos, reproducimos o alteramos? ¿Qué implicaciones tienen éstas para la desigualdad? Estas son algunas de las preguntas principales de esta tesis, que buscarán ser respondidas desde un ámbito particular, la profesión médica, desde una disciplina, la antropología social, que siempre ha pensado en torno de la idea de diferencia y cómo se convierte en desigualdad.

La antropología social surgió como una disciplina que buscaba volver familiar a las sociedades occidentales los modos de vida exóticos de los pueblos lejanos y considerados entonces “primitivos”. Cuando dejó de mirar tan lejos, sin embargo, lo principal de su mirada no cambió y siguió preguntándose por la otredad. Así, pasó a preguntarse por la diferencia cultural con la idea de volver familiar lo extraño y también, extraño lo familiar, con la idea de desnaturalizarlo: de extrañarse de lo conocido, lo próximo, lo propio, para así, desde el extrañamiento, comprenderlo (Boivin, Rosato, & Arribas, 2004). No resulta raro, entonces, que la antropología busque preguntarse por lo que a primera vista es obvio y natural, como las diferencias entre varones y mujeres –esa construcción complicada, como dice nuestro epígrafe-.

Preguntarse por las diferencias entre varones y mujeres supone sumergirse en las configuraciones de género, es decir, en cómo las sociedades y culturas ordenan, simbolizan, significan, construyen, jerarquizan, viven, perciben y actúan las diferencias entre varones y mujeres (Scott, 1996; Stolcke, 2009). Y también es preguntarse por el poder, ya que el género es una dimensión primaria del mismo y, en las culturas latinoamericanas, la noción de poder tiene connotaciones específicas de género, por lo que la representación de las diferencias de género son un instrumento privilegiado para comprender la construcción de las diferencias – y las desigualdades- en general (Melhuss & Stolen, 2007).

Las configuraciones de género no están dadas de una vez y para siempre; en las sociedades complejas de la actualidad, existen, conviven y se articulan diversas configuraciones de género, que se enlazan con otros principios jerarquizadores y de poder como las clases, las etnias, las nacionalidades, las generaciones. Y en este caso, los saberes y las profesiones. Por ello, el tema de esta investigación es indagar en las configuraciones de género de la profesión médica.

Esta profesión, de haber sido en su origen exclusivamente masculina – y cerrada a las mujeres-, se ha convertido en la actualidad en una profesión en vías de feminización, por lo que es válido preguntarse qué es lo que sucede con las configuraciones de género en este nuevo contexto: ¿Qué cambia con ello en la profesión médica? ¿Cómo cambian esas configuraciones de género, es decir, los modos de concebir, vivir y construir la feminidad y la masculinidad? A lo largo de la tesis, estos interrogantes intentarán ser respondidos a partir de preguntas más específicas que hilvanarán el argumento, a saber: ¿Cómo se dio el proceso de la entrada de mujeres en la medicina en el largo plazo? ¿Cuál es el contexto en que se enmarca esta transformación? (preguntas que articulan el capítulo 2); ¿Cuántas y quiénes son estas mujeres? ¿Qué lugares ocupan? ¿Cómo explican los diversos actores este fenómeno? (Preguntas que articulan el capítulo 3); ¿Cómo podemos aproximarnos y comprender los cambios en las configuraciones de género de la profesión médica? (Capítulos 4 y 5); ¿Cómo se manifiestan esos cambios en la práctica concreta de la medicina? (Capítulo 6).

Para estudiar cómo se construyen las diferencias entre hombres y mujeres, es decir, cómo se configura el género en nuestras sociedades y cómo los espacios sociales cambian cuando se feminizan o masculinizan, podía haber elegido múltiples escenarios, pero elegí una profesión. Al estar sujetas al ámbito de lo privado, como lo muestra la historia de las mujeres, su quehacer quedó opacado –o peor aún, sólo visto a través de la lente del poder, de lo público, de los hombres (Perrot, 2008)-. Si a esto le sumamos el interés de la antropología clásica por la vida en pequeñas comunidades y la centralidad dada al parentesco, no es de extrañar entonces que a los estudios sobre el género en perspectiva antropológica – y especialmente sobre las mujeres- les haya costado salir de la familia y la comunidad, para analizar el género en ámbitos más amplios. Pero salió, y desde entonces muchos trabajos se dedicaron a estudiar los ámbitos de socialización secundaria -como la escuela- o ámbitos relacionados con la sexualidad, la planificación familiar, el trabajo comunitario -es decir, el lugar de las mujeres en el ámbito público pero acorde a las esferas asignadas por la división sexual del trabajo-. Y aquí quiero remarcar adrede una confusión:

hablo de estudios de género y de las mujeres, no porque sean una misma cosa, sino porque así se ha dado la agenda de investigaciones. Es relativamente reciente la emergencia de una agenda de investigación de género que incluya el estudio de las masculinidades y las relaciones de poder y jerarquía, es decir, de las relaciones de varones y mujeres y de lo masculino y lo femenino. Esta última perspectiva tiene que ver con la idea de considerar al género como una categoría analítica, tal como lo plantea Joan Scott (1996). Con esa definición, comienzan a darse una serie de temáticas de estudio que salen del parentesco, la familia y la sexualidad y empiezan a buscar, a poner en evidencia y a analizar el género en todos los ámbitos sociales: en la política, la economía, el mercado de trabajo, la ciencia, etcétera (Moore, 1999). Así es que, siguiendo estas propuestas, decidí estudiar el género en un espacio social que me parecía muy generizado, pero al mismo tiempo, donde esta característica estaba naturalizada por demás: el trabajo, las profesiones, los oficios. Y dentro de ellos, la medicina científica.

¿Por qué la medicina? Como sucede muchas veces, lo que motiva las preguntas del análisis son los casos que llaman la atención. Así fue como la noticia sobre una tripulación de vuelo comercial íntegramente ocupado por mujeres¹, el caso de un estudiante varón que denunció discriminación al ser rechazado para estudiar Obstetricia², tomaron dimensiones más que anecdóticas cuando en pleno proceso de trabajo de campo de maestría, me encontré con que un centro de salud de la periferia de una ciudad argentina, era un espacio completamente femenino. Esto, no sólo porque las usuarias del servicio eran mujeres, sino porque el personal de salud y las funcionarias estatales que trabajaban allí, eran todas mujeres: trabajadoras sociales, administrativas, enfermeras, obstétricas, pero también, médicas. Y el caso de estas últimas, dada la historia de la profesión, era lo que más llamaba mi atención. Aquí vale un dato biográfico, que ayuda a la comprensión – a la reflexividad- de por qué estudiamos lo que estudiamos: mi mamá - hija de un médico de una ciudad del interior de la República Argentina que había sido director de un hospital y con su trabajo de profesionalista liberal había mantenido muy bien a su familia y dado la posibilidad a sus hijos de estudiar carreras universitarias- decidió que quería ser médica. Sin embargo, mi abuelo consideró que no era una carrera “adecuada” para una mujer –o por lo menos, no para una mujer que además, era su hija- y le sugirió que mejor estudiara algo “afín” pero más “femenino”: mi mamá se graduó de bioquímica a principios de 1970; su hermano mayor, de médico, unos pocos años antes.

¹ Véase (“Vuelo con perfume de mujer,” 2012)

² Véase (“Autorizaron a un varón para partero,” 1998)

Con este pedazo de historia familiar, mi interés por las mujeres en la medicina se incrementaba. Al principio, fue la historia de las mujeres médicas de mi país: habían sido las primeras universitarias, las activistas en pos del sufragio universal, unas mujeres comprometidas con su tiempo que habían luchado por un lugar en el mundo masculino y que habían sobrelivado (Barrancos, 2007). Entre ellas, estaba el notable caso de Alicia Moreau de Justo³, una mujer visionaria, feminista, inteligente, socialista, que vivió casi 100 años y que pasó sin dudas a la historia como una mujer ejemplar. En este marco, el contraste con el presente me resultaba paradójico y singular: el gremio médico es un gremio conservador y muy reacio a implementar los avances logrados en materia de derechos sexuales y reproductivos. ¿Qué había pasado en casi cien años de persistente entrada de mujeres en la medicina? Investigando, llegué a la conclusión que el devenir histórico de las mujeres médicas argentinas era muy similar, en este sentido, a lo sucedido en otros países del continente.

Por todo eso, decidí estudiar el caso de la medicina. Pero no fue el único motivo. Había en este interés otros elementos de análisis que, presentes al principio de forma intuitiva, fueron articulando mis preguntas de investigación.

La medicina científica, como dispositivo⁴ en el sentido *foucaultiano* (Foucault, 2002, 2006)- esto es, como saber y poder, como disciplina y práctica de dominación, de gobierno de la vida y los cuerpos, de seguridad y vigilancia- tuvo mucho que ver, en la emergencia de la modernidad, con el lugar segregado, vinculado a la familia y el ámbito de lo privado, que se le dio a la mujer (Foucault, 2005). Y no sólo eso: como muestra Thomas Lacqueur (Lacqueur, 1994), con la emergencia de la medicina científica se produce un reordenamiento del saber que provoca una reinterpretación del cuerpo femenino: ya no se trata de un modelo de un sexo, donde el cuerpo femenino era una versión incompleta del masculino -mirada que en Occidente duró más de dos mil años- sino de un modelo donde “una anatomía y una fisiología de lo inconmensurable sustituyó a una metafísica de la jerarquía en la representación de la mujer en relación con el hombre” (Lacqueur, 1994, p. 24). Esto significó la producción del sexo, de la diferencia sexual, de la idea de que varones y

³ Médica y política argentina, socialista y feminista, esposa del político socialista Juan B. Justo, nacida en 1885 y fallecida en 1986. Una importante avenida de la ciudad de Buenos Aires, lleva su nombre.

⁴ Aquí el sentido de dispositivo se relaciona tanto con el concepto de biopoder, tal como lo trabaja el autor francés en Seguridad-territorio y Población (Foucault, 2006), como con su primera idea presente en Vigilar y Castigar, donde dispositivo todavía permanece pegado a la idea de disciplinas. Una definición: “un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit aussi bien que du non-dit” (Foucault, 1977, p. 299)

mujeres son completamente diferentes, ideas que claramente cambiarían mucho las formas de pensar y estar en el mundo de unos y otras. El modelo de los dos sexos, dice Lacqueur, no es una creación directa de la medicina o de la observación científica, sino que es un producto dialéctico entre ciencia y orden social:

“Pero los cambios sociales y políticos no son por sí mismos la explicación para la reinterpretación de los cuerpos. El crecimiento de la religión evangélica, la teoría política de la Ilustración, el desarrollo de los nuevos tipos de espacios públicos en el siglo XVIII, las ideas de Locke sobre el matrimonio como contrato, las drásticas posibilidades de cambio social abiertas por la Revolución Francesa, el conservadurismo post revolucionario, el feminismo subsiguiente a la revolución, el sistema fabril con su reestructuración de la división sexual del trabajo, el crecimiento de una economía de libre mercado de servicios y mercancías, el nacimiento de las clases, todas estas cosas influyeron por sí mismas o en combinación: ninguna de ellas *fue causa* de la construcción de un cuerpo sexuado. Antes bien, la reconstrucción del cuerpo es intrínseca a cada uno de esos desarrollos” (Lacqueur, 1994, p. 33). En mis palabras: la idea de diferencia sexual está íntimamente ligada con el nuevo orden de la modernidad y la medicina científica fue su mejor garante. La salud pública y los médicos se encargaron de asegurar ese orden de dos sexos distintos por naturaleza, que configuró el orden de género y contribuyó a reproducirlo.

Ahora bien ¿qué sucede cuando las mujeres entran en ese espacio constitutivo y garante de la diferencia sexual? Son los cambios en las configuraciones de género sociales –esas mismas que constituyeron el orden moderno- las que permitieron que las mujeres entraran a la universidad, a las profesiones y que hoy, a más de cien años de que las primeras pioneras ejercieran la medicina, esos mismos cambios produjeron que las mujeres estén en vías de convertirse en la mayoría de las profesionistas. Pero, sus experiencias ¿son radicalmente distintas de la de los varones? A primera vista, pareciera que su quehacer como profesionistas -en la clínica, en la salud pública, en la investigación de laboratorio- ratifica la alteridad del cuerpo femenino respecto del masculino. Antes de confirmar la tesis básica del *gatopardismo* –la que afirma que las cosas cambian para que nadie cambie- prefiero escarbar un poco más en profundidad, por lo que llegué a preguntarme: ¿Cómo se alteran las configuraciones de género – y parte de estas configuraciones es el modelo de los dos sexos- con la presencia de las mujeres, en un campo que surgió para patologizarlas, histerizarlas, hacerlas madres reproductoras de trabajadores y ciudadanos normales?

Lo interesante es que muchas de las respuestas corrientes a este interrogante abonan la teoría de la diferencia: las mujeres son esencialmente distintas, su lugar en la sociedad tiene que ver con los cuidados -así como la madre cuida de los hijos, la médica cuida de sus pacientes-. Esta idea, basada en una concepción de práctica médica – la atención centrada en el paciente o *patient centred care* (Delgado & Ortiz Gómez, 2003)- que surge como oposición al modelo biologicista - que sólo ve a la enfermedad como proceso biológico- tiende sin embargo, a esencializar a las mujeres; la rescataré porque resulta muy interesante en tanto productora de sentido para los propios actores y sus explicaciones sobre la feminización de la profesión. En tanto teoría *nativa*⁵, también tiene que ver con mi interés de trabajar la temática: allí donde hay una respuesta muy contundente para un fenómeno social complejo, la antropología debe tener algo para decir.

Así es que por todos estos motivos, considero importante estudiar desde una perspectiva situada -esto es, desde las experiencias de las mujeres que ejercen la profesión médica en la ciudad de México- las configuraciones de género de la profesión en un contexto de cambio de largo plazo -que es la progresiva feminización de la medicina-. Si la medicina –como saber, como práctica, como profesión- tiene sus propias configuraciones de género, indagar en ellas puede brindarnos pistas sobre los cambios que la cada vez mayor presencia de mujeres produce tanto al nivel de la profesión como de los significados, valoraciones, representaciones y prácticas en torno de lo femenino y lo masculino, de la feminidad y la masculinidad, de las jerarquías y las diferencias.

Una de las principales hipótesis de esta indagación tiene que ver con una idea proveniente de un campo específico de la teoría feminista, el de los estudios *queer*, que postula la inestabilidad del género. Esto significa que el género, al nivel de los sujetos, es una ficción estabilizadora que produce la creencia en una identidad. Pero esta identidad no es permanente y un sujeto puede sentirse varón o mujer en distintos momentos y circunstancias de su devenir biográfico. Empecé a considerar que esta idea, muy útil para abordar experiencias cambiantes por definición, como las identidades *trans*, podía aportar algo a experiencias menos radicales y extremas. La hipótesis, entonces, es que si todos tenemos algo femenino y algo masculino, las experiencias de mujeres en ámbitos profesionales tradicionalmente masculinos quizá pueda ser pensada como una puerta de acceso a la comprensión de cómo -por ejemplo en el ámbito del trabajo- los sujetos *performamos*,

⁵ El término *nativo* tiene que ver con los orígenes de la antropología, aquí hace referencia a un término *emic*, o el punto de vista del actor.

alternativamente, lo masculino y lo femenino. Lo alentador, desde mi punto de vista, es que esto pueda ayudar no sólo al reconocimiento de la diversidad – como pretenden y han logrado los estudios *queer*- sino a volver menos dicotómica, rígida y central, la diferencia masculino - femenino, en todos los ámbitos sociales.

1.1-Mujeres adentrándose en territorios masculinos: Antecedentes.

La entrada de mujeres en ámbitos antes exclusivos de varones ha dado lugar a diferentes estudios que buscan dar cuenta de las dinámicas, causas, consecuencias y significados de dicha incorporación.

En relación a los mercados de trabajo en general, los aportes han puesto el acento en las dinámicas del desarrollo capitalista que “empujan” a las mujeres a entrar a los mercados de trabajo y la subsecuente descripción de los lugares que ocupan en el mismo, resaltando, para el caso de América Latina, la informalidad y la brecha salarial persistente que continúan padeciendo las asalariadas (De Oliveira & Ariza, 2000; Maruani, 2002; Messing & Otras., 2002; Guadarrama Olivera, 2008). Estos trabajos, como veremos en el capítulo 3, más que abocarse a dar cuenta de la especificidad de lo femenino, trabajan sobre la feminización en el sentido cuantitativo. A su vez, parten del hecho que las mujeres siempre trabajaron –no sólo desde la revolución industrial- y que el fenómeno de la feminización se vincula con una mayor presencia de mujeres en el mercado laboral respecto a la de la etapa del capitalismo industrial.

Las investigaciones que más se han relacionado con la incorporación de las mujeres y la pregunta sobre los significados que esto acarrea, han sido las que indagan desde ámbitos más específicos, como la ciencia, la política o las fuerzas armadas.

De los trabajos sobre la ciencia, es interesante remarcar que las preguntas sobre la incorporación de las mujeres incluyen una crítica al paradigma científico. Así, mientras que se echa luz sobre las contribuciones de las mujeres en el quehacer científico -quehacer invisibilizado a lo largo de la historia- también se elabora una reflexión sobre el modo en que las mujeres afectan el conocimiento científico. Estas reflexiones dan lugar a tres críticas feministas a la epistemología científica: la teoría del punto de vista feminista, la del posmodernismo feminista y la

del empirismo feminista⁶. Con ciertas ideas vinculadas a la crítica al modelo objetivista de la ciencia, estos trabajos –que se relacionan con nuestro tema en tanto la medicina incluye saberes de diversas ciencias- son de sumo interés porque contienen elaboraciones sobre las configuraciones de género y la feminidad, la especificidad de lo femenino y el poder(Fox Keller, 1991; Harding, 1998; Blazquez Graf, 2008; Miqueo, Barral, & Magallón, 2008; Pacheco Ladrón de Guevara, 2010).

Respecto a los estudios de las mujeres en la política, si bien en gran medida el debate en América Latina está centrado en las cuotas de género y la equidad al interior de los partidos políticos (Archenti & Tula, 2008), en el caso de México, los trabajos han buscado poner de relieve el papel de las mujeres en los distintos ámbitos políticos: organizaciones no gubernamentales, parlamento, gestión municipal, estatal y federal, los tipos de liderazgos, la participación de mujeres de sectores populares e indígenas y de mujeres de las élites (Fernández Poncela, 1995; Tarrés, 1996; V. E. Rodríguez, 1998 y 1999). Muchos se preocupan por visibilizar la actividad de las mujeres en un ámbito masculino o reflexionan sobre la relación entre una agenda feminista y la actividad de las mujeres en la política profesional (Bartra, 1992; Lagarde, 2008), pero desde un punto de vista que no enfoca en las prácticas concretas de esas mujeres y en la performatividad del género, como sí lo hacen algunos trabajos antropológicos realizados en otras latitudes y que subrayan mejor los modos en que lo femenino dialoga con lo masculino en el ejercicio de la política partidaria y la acción colectiva (Auyero, 1997; Borges, 2003; Masson, 2004).

Otro ámbito en esta línea, es el de los estudios que retoman los debates que suscita la entrada de mujeres en las Fuerzas Armadas. Estos trabajos se preguntan por las configuraciones de género, la asociación entre lo masculino y la guerra, lo femenino y la paz, la vivencia combatiente en su inscripción corporal y los límites de las políticas de equidad (Dandeker, 2003; Van Creveld, 2007; Rayas Velasco, 2009).

Si bien la sociología de las profesiones clásica ha sido bastante ciega al género, los trabajos más recientes sobre la identidad profesional, las relaciones de las profesiones con las burocracias estatales y las marcas de género en el quehacer profesional han comenzado a dar cuenta de los

⁶ “la teoría del punto de vista feminista, que identifica una situación social particular como epistemológicamente privilegiada; el posmodernismo feminista, que rechaza el privilegio epistémico y enfatiza en cambio la contingencia y la inestabilidad de la identidad social de quien conoce; y el empirismo feminista, que busca las circunstancias en las que el posicionamiento genera error y constituye una fuente dañina para el avance del conocimiento” (Blazquez Graf, 2008, p. 112)

modos en que las mujeres, integrándose en las profesiones, contribuyen a su complejización y a veces, su renovación (Kalinsky, 2006; Pozzio, 2012). Un debate central en este sentido, es el modo en que las mujeres experimentan las restricciones a su desarrollo profesional, sobre todo una vez que las barreras formales han sido removidas (Buscatto & Marry, 2009). Sobre los diálogos que estableceré con este campo de estudios, profundizaré luego.

Por último, es importante mencionar que en el ámbito de la profesión médica, la entrada de las mujeres ha sido muy trabajada, como veremos en el capítulo siguiente, sobre todo en el aspecto histórico, siendo notorios los trabajos que reconstruyen las trayectorias de las primeras mujeres en incursionar en este ámbito (Bonner, 1995; Rhoden, 2001; Ortiz Gómez, 2006; Rago, 2007; Castañeda López & Rodríguez de Romo, 2010; Ramacciotti & Valobra, 2011; Sapriza, 2011). Y respecto a la feminización de la medicina en la actualidad –como veremos luego, también– si bien priman los trabajos de tipo cuantitativo, es importante destacar los que intentan analizar el lugar de las mujeres en la profesión, sin recurrir a la tesis de que más mujeres es igual a desprestigio (Harrison, 2000; Delgado & Ortiz Gómez, 2003; Delgado, Saletti-Cuesta, López-Fernández, Luna, & Mateo, 2010)

Como vemos, se trata en general de trabajos realizados desde distintos enfoques de las ciencias sociales, pero cuyas preguntas y objetivos coinciden en el sentido de dar visibilidad al lugar de las mujeres y reflexionar sobre los cambios que su presencia acarrea. No todos realizan un análisis de género ni parten desde el punto de vista del actor, como es mi propósito en este trabajo, pero de todas formas, los considero antecedentes importantes porque conforman un arsenal de conocimiento necesario para poner dialogar con los hallazgos de la presente investigación.

1.2- Interlocutores teóricos:

En este apartado me interesa presentar los campos de estudios con los cuales mi investigación pretende dialogar. Para ello, es necesario decir que se trata principalmente de tres grandes áreas de las ciencias sociales que no siempre establecen contactos entre sí y que no forman un campo unificado, por lo que es necesaria su articulación para entender los propósitos teóricos de la tesis.

La intención es establecer diálogos y aportes con los estudios de género, la sociología de las profesiones y con la antropología médica. ¿Por qué estos tres campos? En primer lugar, con los estudios de género porque la intención es realizar un análisis desde la categoría de género y no sólo porque partiremos del punto de vista de las mujeres. Como se ha dicho bastante, pueden realizarse estudios sobre mujeres sin análisis de género (Cardaci, 2004). Aquí, la intención es analizar desde sus puntos de vista, cómo se configura lo femenino, que es parte de un orden que contiene, como contraparte necesaria, lo masculino. Aunque el punto de vista haga hincapié en lo femenino, se trata de un análisis relacional, que vincula las formas en que masculino y femenino se ordenan, significan, incorporan y actualizan en las experiencias de las mujeres médicas.

Como se trata de un trabajo antropológico, situado contextualmente, para realizar dicho análisis elegí las experiencias de las mujeres en la medicina. La medicina, como profesión liberal, ha sido uno de los paradigmas de estudio de la sociología de las profesiones y, junto con la abogacía, una de las profesiones más estudiadas (Freidson, 1978, 2001). Sin embargo, en la mayoría de esos estudios, prima un enfoque y un nivel de análisis de tipo organizacional y macro y ninguno, al menos de los más clásicos, se ha preocupado por realizar un análisis de género. No sólo eso, sino que han contribuido a la reproducción de una mirada sobre la profesión que consagra un punto de vista androcéntrico, donde las mujeres son las “otras” (R. P. Castro & Bronfman, 1993).

Pero como veremos, la medicina no sólo es una profesión: es un dispositivo que contiene múltiples disciplinas científicas en su interior, que da lugar a múltiples intervenciones sobre los cuerpos y que es una tecnología de poder sobre las poblaciones –lo que desde Foucault se ha dado a conocer como *biopoder*⁷. La medicina, en este sentido, tiene que ver con toda una serie de fenómenos vinculados a la salud-enfermedad-atención, que se plasma a nivel de las interacciones cara a cara de médicos y pacientes, pero también a nivel del universo simbólico de las sociedades, sus procesos políticos, económicos y sociales. Por eso, algunos (Herzlich & Pierret, 1988) consideran a los procesos de salud enfermedad atención como un *hecho social total*⁸, en el sentido que le ha dado Mauss a este término (Mauss, 1979). Es por ello que una interlocución con el campo de estudios de la antropología médica se vuelve útil y pertinente.

⁷ Véase nota al pie No. 3.

⁸ Un *hecho social total* es aquel donde se expresan diversos tipos de instituciones: religiosas, jurídicas, morales, económicas, estéticas, políticas, etcétera (Mauss, 1979).

Ahora bien, cada uno de estos campos es de por sí complejo, diverso y con múltiples miradas y perspectivas teóricas. Por eso, a continuación, me centraré en cada uno de ellos con la intención de puntualizar qué aspectos serán tenidos en cuenta, discutidos y a qué nivel y con qué planteamientos nos interesa dialogar y aportar.

1.2.1-Los estudios de género.

Hablar de estudios de género es hablar de un campo de reflexión teórica amplísimo y multidisciplinario, por lo que acotaré el tratamiento a lo que considero pertinente para responder a mis preguntas de investigación. Intentaré hilvanar la cuestión entre los aportes de la antropología y la teoría feminista.

En la antropología, una de las primeras en mostrar la variación cultural de los comportamientos de varones y mujeres fue Margaret Mead (Mead, 2006). En sus trabajos etnográficos de los años treinta y cuarenta del siglo XX, Mead desafió el sentido común académico de los Estados Unidos, donde primaba el planteo *parsoniano* de la división sexual del trabajo basada en elementos innatos de varones y mujeres. Mead mostró, con los datos de sus trabajos en Samoa y Nueva Guinea, cómo variaban los significados de ser mujer y ser hombre y con esto, sentó las bases para introducir, en la antropología, el concepto de género.

Producto de los movimientos feministas de la segunda ola (Stolcke, 2004) la antropología de los años setentas se vio renovada por el aporte de las antropólogas feministas. Lo primero que ellas hicieron fue una crítica a la antropología clásica, denunciando su punto de vista androcéntrico, que no visualizaba el lugar de las mujeres en las sociedades “primitivas” y producía una asimilación de los hombres con la cultura y las mujeres con la naturaleza (Ortner, 1979). Como plantea Henrietta Moore (1999,) no se trataba sólo de que las mujeres estuvieran ausentes de las descripciones etnográficas, sino del lugar al que estaban destinadas en los análisis, ligadas a la familia y el matrimonio y en un lugar subordinado. De esta denuncia y preocupación, surge la antropología de la mujer, que buscó hacer visible en la tradición etnográfica, el lugar de ellas.

En un segundo momento se pasó de esta cuestión “más empírica” (Moore, 1999) a la reinterpretación del legado teórico y analítico de la antropología clásica, que es lo que dio lugar a la emergencia de la antropología feminista: su rasgo sobresaliente es que cuestiona la categoría “mujer” como un universal y reinserta en el debate la cuestión de la diferencia. Con ello, comienza

a hablar de “género” como la construcción simbólica de la diferencia sexual (Strathern, 1992; Stolcke, 2004). Como señalan algunas autoras (Moore, 1999; Stolcke, 2009) estos planteamientos corren el riesgo de reproducir una dicotomía central de la antropología -naturaleza y cultura- ya que el predominio del estudio de lo simbólico deja a lo material, a la naturaleza, al sexo, fuera del análisis. Es así como, a partir de este segundo momento, emerge un nuevo diálogo con la teoría feminista y la antropología, característico del momento actual -o tercer momento según Henrietta Moore- mucho más enriquecedor, por cuanto diferentes aportes, tanto de la antropología del cuerpo, como de la teoría feminista –especialmente de la crítica feminista a la ciencia- vuelven relevante el análisis de la intersección dinámica entre naturaleza y cultura, sexo–género y género-raza y clase. Así, se legitiman las preguntas e investigaciones sobre las circunstancias históricas en que surge el dualismo sexual biológico y la sexualidad, así como por las consecuencias sociopolíticas y de género que producen (Haraway, 1991; Stolcke, 2004 y 2009)

Todo esto es importante no sólo por ser un antecedente de rigor, sino porque nos introduce en algunas tensiones que persisten en el análisis y justifican la introducción de aclaraciones y matices. A su vez, nos permite mostrar cómo esta evolución de la teoría antropológica se dio también en la disciplina histórica, lo que nos lleva a ver la emergencia de una de las definiciones claves de este enfoque ecléctico.

Lo que se conoce como historia de las mujeres, surge en el mismo contexto y con la misma finalidad de la antropología de la mujer. Como plantea Michelle Perrot (Perrot, 2008) se pasa de una historia de las mujeres víctimas a una historia de las mujeres activas, lo cual no es un dato menor y sí un punto de partida que comparte este trabajo. A caballo entre la historia social y la historia cultural y solidaria de los enfoques historiográficos que se basan en las experiencias de los sujetos, de la reflexión sobre la historia de las mujeres surge una de las definiciones más acabadas, citadas, pertinentes y estimulantes de los estudios de género, que es propuesta por Joan Scott. Me parece importante detenerme un poco en ella por varias razones: como plantea Heidi Tinsman (Tinsman, 2008) el planteo de Scott ha tenido y sigue teniendo una centralidad indudable en la historiografía de las mujeres en América Latina y en la teoría feminista de los últimos 30 años. Y también, porque encierra en su vigor las tensiones más fructíferas de las ciencias sociales desde la caída de los grandes paradigmas. El concepto de género, tal como lo plantea la historiadora estadounidense, reúne la tensión entre la estructura y la agencia –central en el pensamiento sociológico- recuperando la idea de *jaula flexible* que Carlo Ginzburg teorizó en su clásico libro de

El queso y los gusanos (Ginzburg, 2008): la jaula flexible es algo limitante, pero que también da una ventaja y un poder. El género como categoría del análisis, es visto por Scott como una *jaula flexible*, caja de herramientas para el análisis socio-histórico.

Así, es como Scott describe el género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales y una forma primaria de las relaciones simbólicas del poder. ¿Dónde y cómo lo vemos? ¿A partir de qué lo estudiamos? La autora propone 4 elementos –o dimensiones- de esta categoría que no pueden ser comprendidos de manera aislada: para estudiar al género, entonces, es necesario considerar los 1-símbolos, 2-conceptos normativos –símbolos y conceptos que evocan las oposiciones binarias masculino y femenino como resultado de conflictos históricos, sociales, culturales, 3-la política y las instituciones sociales como el parentesco y la familia, pero también el mercado, la educación, etcétera y 4- las identidades subjetivas (Scott, 1996).

De esta definición hay dos rasgos que quiero subrayar. Por un lado, que unifica dos posturas que en gran parte de la tradición antropológica del estudio sobre el género estuvieron divorciadas (Moore, 1999): las visiones que ponían el acento en lo simbólico o las que lo hacían en lo sociológico –relaciones sociales-⁹. Scott incorpora ambas y les da una conexión integral, no sólo porque en su propia definición de género incluye las relaciones simbólicas y las sociales, sino porque cuando se pregunta por el cambio histórico, también las piensa de manera conjunta: “Por consiguiente, el género proporciona una vía de decodificación del sentido y de comprensión de las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana. Cuando los historiadores buscan aquellas formas en que el concepto de género legitima y construye las relaciones sociales, están desarrollando ideas sobre la naturaleza recíproca del género y la sociedad, y sobre las formas particulares y específicamente contextuales en que la política construye al género y el género a la política ” (Scott, 1996, p. 69) La cita me permite introducir el segundo rasgo que me interesa destacar y es que su propuesta incorpora al estudio del género espacios sociales centrales en las sociedades complejas, como la política y el mercado: “Algunos académicos, en particular algunos antropólogos, restringieron el uso del género al sistema de parentesco (centrándose en el hogar y la familia como bases de la organización social). Necesitamos una visión más amplia que incluya no sólo el parentesco sino también (especialmente en el caso de las modernas y complejas sociedades) el mercado de trabajo (**un mercado de trabajo donde impere la segregación sexual**

⁹ Para Henrietta Moore, dentro de la antropología las primeras que intentaron realizar una síntesis de esto fueron Collier y Rosaldo (Collier & Rosaldo, 1981), pero en el análisis de la familia.

forma parte del proceso de construcción del género¹⁰), la educación (todas las instituciones masculinas, no mixtas o mixtas forman parte del mismo proceso) y el régimen gubernamental (el sufragio masculino universal interviene en el proceso de construcción del género)”(Scott, 1996, p. 67). Está claro que es esta propuesta de género como categoría analítica la que abre el campo a ciertos interrogantes como los que le dieron lugar a esta investigación.

Ahora bien, si antropología e historia son centrales para comprender los vaivenes de lo que se conoce como estudios de género, no podemos dejar de mencionar los aportes de la teoría feminista. Me refiero a los planteos y teorizaciones provenientes de la filosofía política, la teoría social y el psicoanálisis, que han mantenido y mantienen aún enriquecedores y complejos debates que retroalimentan a la antropología y conforman el universo de lo que se conoce como estudios de género. Y si Margaret Mead fue pionera en abrir el campo de la reflexión de género en la antropología, aquí la pionera es -sin dudas- Simone de Beauvoir con *El segundo Sexo* (De Beauvoir, 1977). Ella consagra y difunde la idea de que la mujer *no nace sino que se hace*: el género es una construcción histórica y la biología no es destino. “Así pues, todo ser humano hembra no es necesariamente una mujer, tiene que participar de esa realidad misteriosa y amenazada que es la feminidad. Esta feminidad ¿la secretan los ovarios? ¿o está fijada en el fondo de un cielo platónico? ¿basta el frou-frou de una falda para hacer que descienda a la tierra?” (De Beauvoir, 1977, p.12).

Para la escritora francesa, la mujer es lo in-esencial, y el hombre, es el sujeto, lo absoluto. No hay esencia femenina sino situación y subraya la ambigüedad, por cuanto “el hecho de ser humano es infinitamente más importante que todas las singularidades que distinguen a los seres humanos” (De Beauvoir, 1977). Su planteo sienta las bases de lo que se conocerá como el feminismo de la igualdad e inserta lo que por entonces se llamaba “el tema de la mujer” en las tensiones principales de la filosofía occidental.

Siguiendo esa reflexión, Celia Amorós (Amorós, 2005) inserta la tensión igualdad-diferencia del feminismo dentro de los debates epistemológicos y ontológicos de la filosofía occidental entre lo universal y lo particular. Para esta autora, el feminismo de la diferencia se inscribe en el realismo de los universales, que implica “la asunción de características propias de lo femenino, ora poniendo el énfasis en su enraizamiento biológico, ora en la configuración socio-

¹⁰ Las negritas son mías.

cultural de una manera de experimentar la relación con el mundo y con la vida que sería específicamente femenina” (Amorós, 2005, p.77). Es importante mencionar que dentro del feminismo de la diferencia se inscriben miradas bien distintas que como afirma la filósofa española, conllevan consecuencias éticas y políticas bien diferentes. Me interesa citar aquí por ejemplo, a Julia Kristeva (Collin, 1991) , quien plantea lo específico femenino desde la experiencia corporal de la maternidad; o Rossana Rossanda (Rossanda, 1990), quien postula lo específico femenino desde “lo vivido” a lo largo de la historia, un “vivido no dicho”, que por eso no ha generado una cultura propia, pero que contiene la posibilidad de hacerlo, planteo que la autora italiana elabora bajo inspiración de la teoría de la conciencia de clase de Lúkacs (Rossanda, 1990).

La contraparte de este feminismo, es el feminismo de la igualdad, que parte para Amorós del nominalismo e implica que “sólo deben existir los individuos y que el reino de los fines solamente puede ser realizado en serio y sin trampa sobre la base de la superación del sistema género-sexo” (Amorós, 2005, p. 82). Esta idea no implica desconocer la existencia de un sistema de dominación masculino-patriarcal que “troquela” a los individuos en masculino o femenino; se trata más bien de no ver esencias allí donde hay “condicionamientos en serie” de un sistema de dominación “de prácticas objetivas” entre las que Amorós destaca los “pactos simbólicos” entre los varones (que se ven, dice la autora, en las raras veces en que la hegemonía patriarcal se pone a la defensiva). Así, la tarea del feminismo no es ir contra los varones concretos, sino contra el patriarcado como sistema de dominación.

Estos dos polos del feminismo son importantes para comprender muchas de las discusiones actuales dentro de la teoría feminista¹¹, así como tensión hermenéutica en el abordaje de los distintos discursos y actualizaciones sobre la identidad femenina que se manifiestan al nivel de las prácticas de los actores concretos en la investigación social. Por ejemplo, cuando analicemos las asociaciones de mujeres médicas y las distintas identidades que enarbolan.

Una cuestión que me interesa recuperar es la idea de la aspiración igualitaria del feminismo de la igualdad, pero sin desechar una pregunta por la especificidad de la experiencia femenina –en la materialidad del cuerpo, en la situación histórica- que no determine una alteridad ontológica de las mujeres respecto a los hombres, pero sí haga comprensible la construcción simbólica de la diferencia, que deriva, en nuestras sociedades, en desigualdad.

¹¹ En los años noventa la más importante fue la de Nancy Fraser y Judith Butler sobre la distribución y el reconocimiento como eje de las demandas del feminismo respecto a la ciudadanía.

Así, esta dicotomía entre un feminismo de la diferencia y uno de la igualdad es interesante como marco para introducirnos en otro de los aportes importantes de la teoría feminista: el del nivel del sujeto y las teorizaciones que se inspiran en los aportes del psicoanálisis. Resultan interesante aquí dos aspectos: por un lado, la recuperación de la realidad del psiquismo en la adquisición de la identidad de género; por otro, cómo, del mismo enfoque, surgen visiones alternativas. Unas, las que derivan en una mirada que constata la diferencia –aunque no pueda definirla siempre- como son los de la ya mencionada Julia Kristeva o el de Monique Wittig (Butler, 2007); otras, como las de Lacan y Foucault, que piensan en un bisexualismo indiferenciado de los sujetos a nivel del inconsciente (Butler, 2007); por último y entre ambas, las que pondrán en el centro del debate el *embodiment*, es decir, la percepción del cuerpo simbólico como cuerpo con género y la consecuente producción de una identidad de género en el proceso de subjetivación (Buzzatti & Salvo, 1998).

Uno de aportes más significativos de todo será introducir en el debate sobre el sexo y el género lo distintivo de la diferencia sexual, que se produce a nivel del psiquismo y, como tal, media e incorpora lo social a una realidad irreductible, que es la del sujeto (Lamas, 2000).

Al nivel de la teoría, estas herencias son centrales para comprender los debates que produjeron a partir de los años ochenta del siglo XX. Me refiero a las teorías post-estructuralistas que, en su desafío de de-construcción de las categorías de pensamiento, dieron lugar a los intentos por desarmar el binarismo masculino-femenino; al mismo tiempo que recrearon otra de las tensiones fuertes en torno del pensamiento sobre los géneros, que tiene que ver con la tensión entre los polos esencialismo-constructivismo. Así, si Gayle Rubin (Rubin, 1996) fue una de las pioneras en querer desafiar el dualismo masculino-femenino con su propuesta del sistema sexo-género, los trabajos de Foucault y de Judith Butler renovaron la escena de la discusión.

Me detendré en analizar la propuesta de Judith Butler (Butler, 1998, 2007) porque algunos de sus planteos serán retomados a lo largo del trabajo. Su propuesta surge en el seno de las luchas por el respeto a la diversidad sexual y una de sus principales obras *-El género en disputa-* se convirtió en un ícono para dicho movimiento. Lo que me interesa recuperar aquí es su idea *performativa* del género.

Butler plantea que las prácticas sexuales no normativas cuestionan la estabilidad del género como categoría de análisis y por eso se vuelven inspiradoras para su análisis. A partir de la

definición de *actos de habla*, Butler dirá: “El género no es una identidad estable; tampoco es el locus operativo de donde precederían los diferentes actos; más bien, es una identidad débilmente constituida en el tiempo: una identidad instituida por una repetición estilizada de actos” (Butler, 1998, p. 297). De este modo, la identidad no se considera una sustancia con efectos, sino más bien una creencia en la repetición de ciertos actos y es en esa misma repetición en que se dan las posibilidades de ruptura o repetición subversiva, que es lo que permite, para la autora, pensar en las posibilidades de transformación del género. Lo que hay aquí es una práctica, un acto dramático, que depende del contexto y que como tal es “un fenómeno variable y contextual, no designa a un ser sustantivo, sino a un punto de unión relativo entre conjuntos de relaciones culturales e históricas específicas” (Butler, 2007, p. 61).

Para esta propuesta el género es un hacer, un devenir, que puede variar y ser subvertido, en una misma experiencia vital, en una vida. Esta idea, que considera en términos *foucaultianos* el género como *una matriz de inteligibilidad* (Butler, 2007), rompe el binarismo masculino y femenino e introduce en sus posibilidades la diversidad: muchas veces, la diversidad es una parodia, lo cual deviene de considerar el género como un acto *performativo*, pausable de transformar, trastocar, invertir, aquello que se repite una y otra vez.

Esta propuesta de Butler también ha sido muy criticada y de la mano de algunas de esas críticas, me gustaría introducir mis propios comentarios al respecto. Una de las cuestiones que más se le han señalado es que en su “giro lingüístico”, Butler se olvidó del cuerpo. Sin embargo, en prefacios posteriores a su obra, en otros artículos y sobre todo, en su libro posterior, *Cuerpos que importan* (Butler, 2002), la autora salió a reivindicar el cuerpo como materialidad; inspirada en la fenomenología de Merleau-Ponty, aclaró que los discursos son “actos corporales”, que el cuerpo es una materialidad que lleva significado dramático y el “yo” es su propio cuerpo - “es necesariamente una forma de ir tomando cuerpo”. Y ese cuerpo es un cuerpo con género, género que adquirió en una serie de actos renovados, revisados y consolidados en el tiempo (Butler, 1998).

Desde mi punto de vista, su introducción de la noción de cuerpo deja igual de lado la cuestión de la materialidad, cuestión que resuelven mejor otros autores que reflexionan, como veremos luego, desde la antropología del cuerpo. Y si bien propone la idea de los contextos, su propuesta está situada a nivel del sujeto, dejando sin resolver los modos en que la cultura lee e interpreta esos actos performativos. Situada para muchos entre el feminismo de la diferencia y el

constructivismo, la propuesta de Butler es recuperada aquí como inspiración para ver cómo, el género como un hacer, ayuda a pensar la variación, la inestabilidad, hasta la transformación, si no de las identidades *trans* –que son las que para la autora, subvierten el género- de las identidades de varones y mujeres, mostrando -como ella misma dice- que ser mujer o ser hombre no es ser todo lo que uno es (Butler, 2007, p.49) y cómo lo femenino y lo masculino se disloca de los cuerpos de varones y mujeres.

Si una de las tensiones centrales del pensamiento femenino giraba en torno de los polos diferencia-igualdad, el trabajo de Judith Butler muestra otro de las tensiones: esencialismo-constructivismo, que habilita preguntarse ¿Es el género algo sustantivo, ontológico, permanente? ¿Es dictado por la biología, por la experiencia o el inconsciente? Es decir ¿es algo que “es”? ¿O se trata de algo contingente, variable, construido? Recuperando las tensiones de la antropología y las ciencias sociales, estas tensiones nos resitúan en los polos naturaleza-cultura, agencia-estructura, determinismo-libertad. Pero bien ¿cómo salir de estos binarismo?

Un marco propio

Hasta aquí cité las grandes líneas de reflexión que los estudios de género y la antropología feminista desarrollaron en relación a las cuestiones que trabajaré en la tesis. Me detuve en la idea de género como categoría de análisis de Joan Scott, porque es el concepto tal como lo pretendo trabajar, una visión que contiene lo material y lo simbólico, el poder y las relaciones, la familia, el parentesco, pero también la política, la educación, el mercado. Luego, fue el turno de Judith Butler, porque su propuesta del género como performance, como algo inestable y subversivo, me permitió estirar los límites de la reflexión hasta decir ¿por qué no?: Por qué no pensar que lo que sirve para analizar las diversidades sexuales puede también servir para el análisis de ciertas identidades profesionales. Butler es una filósofa y no se preocupa por definir una unidad de análisis: ella propone un modelo teórico que luego es apropiado y trabajado por los estudios *queer*. En mi caso, tomo la inspiración de su propuesta para darle forma a algo, una intuición analítica, una pista, que comenzó a tomar cuerpo cuando una de mis entrevistadas, la doctora Kía, me contaba que había elegido ser cirujana ortopedista -una especialidad difícil y considerada muy masculina- y que cuando la gente le preguntaba que por qué esa especialidad y no otra más fácil -como pediatra u oftalmología, consideradas más femeninas- ella respondía “pues, porque no soy nena”. Sus palabras, dichas con una tonada de canción de revancha infantil (como un “lero- lero”) quedaron grabadas en mi grabador y en mi memoria.

Así pues, fue como decidí hacer mi propia versión de esta propuesta teórica, que de propia tuvo poco porque los matices y giros que quería darle, ya se lo habían dado otros, como suele suceder.

Una de las primeras cuestiones que me interesaba matizar era la del constructivismo de Butler, pero sin caer en ningún tipo de esencialismo. Para ello, había dos elementos que me parecía importante destacar.

Uno, las bases sociohistóricas, materiales y de poder sobre las que es posible construir y *performar* el género; no sólo la cultura como lenguaje, como lo simbólico –que está en Butler- sino como las posibilidades concretas del hacer. Así fue como la antropología vino a rescatarme: por ejemplo, el trabajo de Godelier sobre los baruya (Godelier, 1986), muestra cómo la entrada en la cultura es la entrada en el género. Los rituales de iniciación de este pueblo, confirman a los varones como varones -superiores, dueños de los medios de producción, de destrucción y de gobierno- y a las mujeres como mujeres -dóciles, sumisas, subordinadas. Hay una expropiación material, que se renueva y simboliza cada vez, a partir de la anatomía y la reproducción. Pero, varones y mujeres baruya no son un reflejo de una realidad natural, sino resultado de una producción histórica y cultural (Godelier, 1986; Lamas, 2000). Lo interesante es la claridad de esta propuesta, posible gracias a un trabajo de campo en un pueblo que casi no había tenido “influencias” occidentales. Como sea, *La Producción de los Grandes Hombres* (Godelier, 1986) muestra desde mi punto de vista, cómo se construye el género en base a las posibilidades reales y simbólicas de cada cultura. Es una postura constructivista, que muestra las posibilidades y limitaciones de esa construcción y la ancla social y culturalmente.

Segundo, respecto al constructivismo también me parecía importante elaborar un comentario que tiene que ver con el lugar del cuerpo. Desde mi punto de vista, la materialidad del cuerpo impone restricciones a lo performativo en varios sentidos. Al respecto, hay dos miradas que me gustaría introducir para apoyar esta idea. Una de ellas, proviene de autoras como Evelyn Fox Keller (1991) y Donna Haraway (Haraway, 1991), o el mismo Thomas Lacqueur (Lacqueur, 1994) quienes hacen una recuperación del sexo, que en las ideas más frecuentes de género, había sido relegado al lugar de la naturaleza. Esta recuperación, sin embargo, parte de criticar cierta noción positivista del sexo –como un “hecho natural”- y busca reflexionar no sólo sobre las relaciones entre el hecho biológico y la construcción cultural, sino también, sobre la misma idea de sexo como categoría del conocimiento científico y producto cultural que replica el dualismo

naturaleza- cultura de las sociedades occidentales. Con una historia del surgimiento científico del modelo de dos sexos (como lo hace Lacqueur) o con una discusión sobre los avances de la ciencia, estas propuestas recuperan el sexo, pero planteando que si la dicotomía naturaleza-cultura y sexo-género fueron útiles para oponerse a los determinismos biológicos, no llegaron a historizar y relativizar las categorías “pasivas” de sexo y naturaleza. De lo que se trata ahora, afirma Haraway (1991), es de de-construir cómo los cuerpos sexualizados y racializados, aparecen como objeto de conocimiento y como lugares de intervención de la biología.

Esta recuperación complejiza las relaciones entre sexo y género: no se trata de pensar que de un sexo emerge en el nivel de la cultura -como efecto- un género. Una misma complejización de las relaciones entre naturaleza y cultura se da con la segunda mirada que quiero destacar, que es la de la antropología del cuerpo: desde el aporte pionero y ya clásico de Marcel Mauss (Mauss, 1979) sobre las técnicas corporales y la idea de que se aprende a ser sujeto de una cultura por medio de una aprendizaje corporal, la noción *foucaultiana* de *biopoder* y las nociones de *embodiment* y *corporalidad* trabajadas por Csordas (1994), se reafirma que no sólo el cuerpo es campo de cultura y significación, sino también que el agente social es un agente encarnado. Así es como *agencia*, *resistencia* y *cambio*, deben estudiarse y comprenderse también como actos y procesos corporales (Esteban, 2004). Esteban propone que la investigación sobre y desde el cuerpo puede ayudarnos a superar -o romper con - las dicotomías sociales y científicas estructura-acción, causas-significados (Esteban, 2004, p. 24).

Así, los estudios del cuerpo, sobre todo en su vertiente antropológica, permiten ver a las identidades de género como identidades corporales, con una corporeidad dinámica, donde no hay una realidad material fija, sino prácticas corporales que son físicas, sensoriales, motrices, emocionales y que pueden modificarse a lo largo de *itinerarios corporales* (Esteban, 2004), por ejemplo a partir de actividades y profesiones que implican un trabajo y un capital corporal (Wacquant, 1995). Además del cambio en el tiempo, el dinamismo está dado por el tipo de negociación que establece la materialidad del cuerpo –su manera de vivir, sentir y ponerse en funcionamiento- con la feminidad y masculinidad hegemónica. Es en esta línea, que Esteban (2004), basada en Connell (2003) y Ferrándiz (Ferrándiz, 1999), busca dar cuenta de “la fluidez, fragmentariedad, precariedad y complejidad de la identidad de género, mediante nuevas ideas y metáforas, como la del caleidoscopio de género o la del reciclaje identitario” (Esteban, 2004, p. 59).

Estas propuestas de la antropología del cuerpo ponen de manifiesto que hay una dimensión irreductible de la experiencia corporal (Connell, 2003), dimensión que es interactiva y reflexiva y que moldea las posibilidades de producción y subversión *performativa* del género. Así, si el análisis se propone ver al género como un hacer, también consideramos prudente incluir estas miradas que le ponen un marco a las posibilidades de ese hacer y que, tal como planteábamos con la idea de *jaula flexible*, restringen a la vez que hacen posible ese hacer. Entonces, dar cuenta y relieve del sexo y del cuerpo, es introducir la necesaria vinculación entre lo material y lo simbólico, de todo aquello que modifica la interpretación cultural –pero sin considerar a ésta como la emergencia de una realidad esencial –como comportamientos dictados por un instinto-cuerpo-anatomía que permanece eterno e inalterado. Es decir, el contrapeso al constructivismo no reside en caer en otro esencialismo, sino en incorporar la experiencia de un cuerpo sexuado y sexualizado¹², a las posibilidades del hacer de género. Todo ello, con el fin de lograr un equilibrio entre dos polos, equilibrio que sólo puede ser conceptualizado en estudios empíricos concretos, que realicen un análisis de las configuraciones de género.

Si muchos autores proponen que el planteo de Butler queda al nivel de sujeto y no introduce lo social, muchos de los planteos sociales se han olvidado, dice Marta Lamas (1986, 2000) de otra cuestión irreductible –como la del cuerpo, e íntimamente vinculada a ella- que es la del psiquismo. Si el cuerpo es agente, también es el cuerpo de un sujeto: la cuestión de la subjetividad del inconsciente le permite a Lamas hacer la distinción, que considero muy pertinente, entre género-sexo y diferencia sexual.

La autora explica que el psicoanálisis nos permite comprender que hay una realidad distinta entre lo biológico y lo social, que es lo psíquico. En especial, el psicoanálisis *lacaniano* profundiza en el concepto de diferencia sexual: si el dato biológico es interpretado y simbolizado por la cultura, produciendo el género, el cuerpo también es simbolizado a nivel psíquico. Así, resaltando la distinción entre *simbólico* e *imaginado*, Lamas (2000) propone que “El cuerpo *imaginario* de un sujeto se construye tomando la diferencia anatómica como punto de partida. Pero ¿tiene expresión social en la producción de cultura el hecho de privilegiar imaginariamente ciertas partes del cuerpo o fantasear con otras? No es común en la antropología interrogarse sobre qué ocurre con las formas particulares que el cuerpo, construido culturalmente, toma en el imaginario de las personas. ¿Cómo se proyecta en la vida social esa elaboración supuestamente

¹² Sexuado hace referencia a la adquisición del sexo, y sexualizado, de la sexualidad.

individual?” (Lamas, 2000, p.108). Por eso, propone un acercamiento al psicoanálisis para explorar cómo cada persona elabora en su inconsciente la diferencia sexual y “cómo a partir de esa operación se posiciona su deseo sexual y su asunción de la masculinidad y la feminidad” (Ibídem: 108). Así es como identidad de género –la asunción de ser hombres y/o mujeres- no es exactamente lo mismo que la identidad sexual –estructurada en el inconsciente-, por lo que esto abre el campo a pensar, dice Lamas, las relaciones entre corporeidad, autoconsciencia e identidad y “las fugas, resistencias y rupturas que los sujetos llevan a cabo frente a la imposición cultural del género” (Lamas, 2000, p. 109).

Incorporar este nivel al análisis nos permite ponerle un ancla al hacer de género y ver cómo, el modo en que un sujeto se reconoce en su autoconsciencia como varón o mujer, tendrá mucho que ver con las formas y significados en que *performará*, contextualmente, su género. Volviendo al ejemplo que di al principio sobre la doctora Kía, no es lo mismo decir “porque no soy nena” en su caso –alguien que se reconoce como mujer-, que lo dijera un varón: los significados cambian si cambia la auto-conciencia, la corporeidad y la identidad.

Así, retomando: la propuesta es pensar las formas en que se construye el género, considerando el cuerpo y lo psíquico, para analizar el modo en que feminidad y masculinidad de cada sujeto emergen en contextos específicos relacionados con el trabajo profesional. Este punto de vista, cercano a lo que describimos como constructivismo, se posiciona al nivel del actor, lo cual no significa olvidar lo social. Si con la propuesta de Joan Scott (1996) habíamos incorporado las dimensiones normativas y las relaciones de poder, como la misma Marta Lamas (Lamas, 1999) propone, es el planteo de *habitus* de Pierre Bourdieu el que mejor plasma la idea de lo social incorporado.

Bourdieu (Bourdieu, 2000) plantea que la dominación de género es la de apariencia más natural y por lo tanto, la más perfecta: está anclada en nuestros inconscientes, estilos cognitivos, estructuras simbólicas y en las instituciones de la sociedad, inscribiéndose en nuestros cuerpos y mentes. La dominación masculina es el ejemplo más acabado de la violencia simbólica: “Y siempre he visto en la dominación masculina, y en la manera como se ha impuesto y soportado, el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de lo que llamo la violencia simbólica, violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y el conocimiento” (Bourdieu, 2000, p. 12).

La dominación masculina produce un orden de género, que se incorpora como *habitus*, es decir, como disposiciones –sistema de esquemas de percepción y apreciación, estructuras cognitivas y evaluativas- de los agentes con las cuales se aprehende el mundo social (Wacquant & Bourdieu, 2005); dichas disposiciones -estructuras *estructurantes* y *estructuradas*- tienen una génesis social. El *habitus*, como subjetividad socializada y “depositada” en el cuerpo, reproduce estas disposiciones, pero también, y si bien esto fue menos central en la obra del autor francés, puede transformarlas.

La recuperación que Lamas realiza de la propuesta de Bourdieu nos permite pensar que si el género es *habitus*, cada *habitus* personal se configura con elementos de lo femenino y lo masculino: así como hay una relación contingente entre cuerpo de hombre e identidad de hombre y cuerpo de mujer e identidad mujer, esa contingencia también se da al nivel de los estilos cognitivos, de las valoraciones sociales, de las experiencias corporales, de los talentos y habilidades, que se van transformando también *junto con y a nivel de* las configuraciones sociales.

Las configuraciones sociales son las relaciones interdependientes de posiciones sociales que realizan, en un tiempo y lugar, un orden determinado de género. Así como la lectura de Marta Lamas con su incorporación de la dimensión psíquica, hace menos rígida y reproductivista la propuesta de Bourdieu, creo también muy pertinente introducir la propuesta de Elsa Guevara Ruiseñor (Guevara Ruiseñor, 2008), quien propone que la idea de posición social de Elías hace, en diálogo con la teoría del *habitus*, más factible la posibilidad de cambios -para no quedar así encerrados en la perfección reproductivista de la violencia simbólica. Si la dominación masculina realiza prácticas diferenciadas y diferenciadoras (Lamas, 1999; Bourdieu, 2000) que estimulan las disposiciones que llevan a aceptar el orden de género, es importante subrayar que ese orden es una configuración de posiciones sociales relacionadas unas con otras, como cadenas invisibles, limitantes y posibilitadoras de la acción social. Esas posiciones producen disposiciones, pero no siempre hay correspondencia absoluta entre posición y disposición, lo cual se explica por las transformaciones de esas estructuras de relaciones: “de la discordancia puede surgir una disposición a la lucidez y a la crítica, que puede llevar a cambiar el puesto de acuerdo a las exigencias del *habitus* –en lugar de ajustar el *habitus* a las exigencias del puesto-“(Guevara Ruiseñor, 2008, p. 17). Esto mismo, en términos de Judith Butler, equivaldría a decir que la repetición de actos estilizados recrea, pero también puede subvertir, una configuración de género.

Así los cambios a nivel de las configuraciones sociales pueden producir cambios en el *habitus*. Por ejemplo, cuando la división sexual del trabajo en las sociedades se vuelve menos rígida, las identidades sexuales diversas toman reconocimiento y visibilidad, se valoran atributos o arenas de lo femenino antes desvalorizadas, experiencias corporales exclusivamente masculinas se vuelven mixtas, o se manifiesta cualquier cambio en las diferentes relaciones del orden de género -de poder, de producción, emocionales o simbólicas (Guevara Ruiseñor, 2008). Estos cambios en las configuraciones modifican los *habitus*, que a la vez, contribuyen con esos cambios. Esto puede hacer pensar que, por ejemplo, el proceso de feminización de la medicina produce cambios en las configuraciones de género de la profesión, que a su vez, modifican aspectos de género del *habitus* médico.

Según esta visión, el *habitus* es un concepto de mediación: media entre las visiones estructurales y las visiones constructivistas, entre lo objetivo y lo subjetivo, entre lo social y lo individual. Esto, porque pensar al género como *habitus* habilita a pensar ambos como una relación social vivida (Mc Nay, 2004). Una relación en el seno de otras relaciones y posiciones sociales, formando un entramado cuyos nudos son los *habitus*: cada uno de ellos, replica al nivel del sujeto una identidad de género que es producto de una articulación particular entre masculino y femenino.

Así, del diálogo entre la idea de género como *habitus* y las configuraciones sociales, es posible pensar el nivel de las configuraciones subjetivas del género que producen identidades (Lahire, 2005), donde se da el hacer del género y donde es posible ver la multiplicidad y la mixtura entre lo femenino y lo masculino, en las relaciones sociales que entablan los agentes: “la identidad de género, como toda identidad social se va constituyendo y transformando en el marco de unos contextos sociales y unas actividades concretas” escribe Mari Luz Esteban. Esta forma de identidad, agrega, “de reflexivo-corporal, performativa y producida siempre en la interacción con los los otros otras y con el mundo es fluida, plural y abierta” (Esteban, 2004, p.245).

Entonces, la propuesta de pensar al género como un *habitus* en el seno de configuraciones sociales y la identidad de género como una configuración especial de lo masculino y femenino al nivel del sujeto, es una propuesta ecléctica, que asume y une distintas miradas teóricas, con el sólo fin de poder dar cuenta del cambio, de la agencia de los sujetos, de las múltiples emergencias de lo femenino y lo masculino en lo social incorporado. Porque si la biología no es destino, la cultura tampoco y el género, como una *jaula flexible*, nos permite prestar atención a las sutilezas

de algunas transformaciones que parecen poco estridentes pero quizá, nos estén llevando por caminos transformadores, más libres y menos rígidos.

Esto que propongo, claro está, no es una idea original. Mis intuiciones han sido abonadas no sólo por el trabajo de campo sino por lecturas múltiples y reinterpretaciones de viejas lecturas que, considero, apoyan estas ideas. Por ejemplo, cuando Edgar Morin afirma “cada humano, hombre y mujer, lleva en sí la presencia más o menos sofocada, más o menos fuerte, del otro sexo. Cada cual es en cierta manera hermafrodita. Lleva esta dualidad en su unidad” (Morin, 2003, p.94).

Y ya antes de la emergencia de la teoría feminista, en las primeras décadas del siglo XX, Virginia Woolf- al tiempo que reivindicaba la idea de que existe una inteligencia andrógina, que como en el caso de Shakespeare¹³, reconoce superior- escribe: “Sería una pena que las mujeres escribieran como los hombres, o vivieran como los hombres, o parecieran hombres, porque si apenas dan abasto dos sexos, considerando la amplitud y variedad del mundo ¿cómo nos manejaríamos con uno solo? (Woolf, 2006, p. 157)

Un sexo o dos, similitudes y diferencias, hombres y mujeres o personajes, como los que imaginó Ursula K. Le Guin, en *La mano izquierda de la oscuridad* (K. Le Guin, 2002): unos seres andróginos que habitan el mundo de Gueden, quienes se convierten, algunas semanas al año, en hombres o mujeres, según la interacción con su compañero, con el fin de reproducirse. Este mundo imaginado de la ciencia ficción, incorpora una reflexión sobre cómo sería un mundo no regido por la diferencia sexual.

Así, si la intención es dar cuenta de las posibilidades de un mundo menos rígido – y jerárquico- en cuanto al orden genérico, no es el objetivo de este trabajo hipotetizar sobre los rasgos de una ontología menos dicotómica. Más bien se trata -después de un paseo por la teoría sociológica, la feminista, por la literatura y la ciencia ficción- de hacer una propuesta que vuelva sobre la antropología. ¿Por qué? Porque de lo que se trata es, desde una disciplina acostumbrada a preguntarse por la diferencia –cómo se construye, cómo se vuelve desigualdad- ver el modo en

¹³ Woolf reflexiona sobre la autoría femenina y piensa en el destino de una posible hermana de Shakespeare. Mi punto de vista es que la “inteligencia andrógina” de Shakespeare a la que alude Woolf, puede verse, por ejemplo, *El Mercader de Venecia*: allí, mujeres que se hacen pasar por varones (Porcia y Nerissa) con sus actos, dan lugar a una resolución justa de la trama: mientras que los personajes varones se muestran encerrados en sus propias vanidades y ambiciones, las mujeres que se salen del lugar típicamente femenino, encarnan una idea de astucia e inteligencia verdaderamente humana.

que los distintos actores sociales concretos la viven: cómo experimentan, siente, recrean, actualizan, transforman, subvierten y quizá, trascienden la diferencia entre masculino y femenino. Es decir, cómo viven sus vidas de personas que son varones y mujeres, pero no sólo eso.

1.2.2-Sociología de las Profesiones.

Al tratarse de un trabajo sobre la medicina, casi nadie pondría en duda la pertinencia de hablar sobre la sociología de las profesiones, ya que medicina y abogacía fueron los “modelos” de profesión en la mayoría de los trabajos clásicos de la disciplina. La mayor parte de dichos trabajos, se ha dedicado a elaborar definiciones sobre lo que es una *profesión* y dado que los planteos se dieron en gran medida en los países anglosajones, difícilmente esas definiciones sirven para dar cuenta de casos distintos a los de las profesiones liberales “modelo”. Esto explicaría “el precario consenso” (Hualde, 2000) que aún existe en la sociología, sobre lo que son las profesiones en las sociedades contemporáneas.

Mi interés aquí no es dar con una definición, ni describir todo el recorrido de las distintas definiciones desarrolladas en el último siglo de teoría sociológica. Más bien, buscaré describir brevemente este campo de estudios, los distintos enfoques que han primado y sus temas recurrentes, para mostrar con ello cómo la dimensión de género estuvo ausente en la mayoría de los desarrollos más importantes y por qué pienso que es importante incorporarla.

Al mismo tiempo, me interesa señalar y distinguir los problemas propios y característicos de este campo de estudios en perspectiva latinoamericana, considerando que -como ha sido dicho- muchos de los temas trabajados por la sociología de las profesiones anglosajonas, tiene poco que ver con lo que sucede en nuestra región.

En tal sentido, Alfredo Hualde (2000) sostiene que en América Latina, es justamente el anclaje histórico de los estudios particulares el que debe guiar los debates. Plantea algunos ejes para comprender el desarrollo de las profesiones en nuestra región y entre ellos, destaca abordar la específica relación de las profesiones con el Estado, la relación entre el empleo público y el empleo privado y entre educación superior y credencialización. Estos temas, señala el autor, son sólo algunos de los ejes posibles -los más vinculados con los temas de la bibliografía de los países anglosajones- y no agota en ellos los caminos de las futuras investigaciones.

En una línea similar, Marta Panaia (2008) explica que en muchos lugares del continente el análisis sociológico de las profesiones quedó vinculado a las teorías de origen anglosajón y al liberalismo económico. Los primeros trabajos, ligados a la perspectiva sociológica de la modernización, partían de una mirada *parsoniana* de las profesiones y seguían pensando en el desarrollo e institucionalización de las profesiones liberales. A la vez, el estudio de ciertas carreras y oficios era realizado por los estudios del trabajo, cuya frontera con el estudio de las profesiones siempre provocó una tensión, sobre todo porque este último campo de estudios estaba hegemonizado por una perspectiva marxista (Panaia, 2008).

Lo que algunos podían considerar una tensión irresuelta entre sociología de las profesiones y estudios del trabajo, dio lugar a una convergencia de alguna manera beneficiosa para la introducción de una incipiente perspectiva de género. Así, temas como los de la segregación vertical y horizontal de género de los mercados de trabajo (T. T. Martin, 1995) y sobre todo, la interacción familia y trabajo, el reconocimiento del trabajo doméstico como trabajo y las dobles o triples jornadas a las que se ven sometidas muchas mujeres (Molyneux, 1979) fueron los principales aportes de autoras provenientes de los estudios del trabajo (Arango, 1998; Guadarrama Olivera, 2008) y/o del socialismo feminista (Hartmann, 1980) que abrieron la puerta a los análisis de género en las profesiones.

González Leandri (González Leandri, 2006) es otro de los autores que, como Hualde, insisten en elaborar un campo de estudios -dentro de la tradición historiográfica- sobre las profesiones en perspectiva latinoamericana. Destaca como una dificultad a la hora de visualizar y trabajar sobre las profesiones, que éstas quedaron durante años subsumidas bajo grandes conceptos sociológicos como son *clase* y *burocracia*. Este autor, alentando en este campo los estudios comparativos y transnacionales, subraya el aporte renovador de los estudios culturales que, en vez de centrarse en la aplicación de modelos, buscan las especificidades de los grupos profesionales en configuraciones nacionales, sociales e históricamente concretas -como por ejemplo, hace Ramírez Rosales (2008) con las maestras de Tlaxcala, Bonnet (1999) con los residentes de medicina en la provincia de Buenos Aires y Carmen Vildoso (1998) con las micro-empresarias en Lima -.

Ahora bien, como señalan los autores citados, esta situación en torno al estudio de las profesiones se viene revirtiendo en América Latina, alimentado en parte por una revisión crítica de sus categorías de análisis y sus definiciones, pero principalmente, por las transformaciones en el

mundo del trabajo, en las formas de ejercicio profesional, en el auge, declinación y/o transformación de muchas profesiones. Panaia (2008), por ejemplo, señala la necesidad de pensar y realizar trabajos en torno de profesiones tales como la ingeniería, la informática, y otras que han adquirido recientemente notoriedad y masividad como las ligadas a la comunicación, los servicios de seguridad, el cuerpo, el arte, profesiones que muestran muchas veces los desajustes entre formación y mercado de trabajo y cuyos problemas y definiciones no pueden ser resueltas desde las miradas clásicas de los estudios del trabajo.

¿Y qué sucede entonces con el estudio de las profesiones clásicas? Mi punto de vista es que la realidad de la experiencia profesional en la actualidad merece, también, nuevos y complejos abordajes, que incluyan, necesariamente, una mirada de género. Pero para ello, es necesario repasar muy brevemente primero lo que han dicho –y lo que no han dicho- los clásicos de este campo de estudios para entender así, por dónde debe pasar nuestro aporte y qué elementos es importante mantener y cuáles criticar de la tradicional sociología de las profesiones.

En la sociológica clásica, Weber y Durkheim trabajaron sobre las nociones de profesión, el primero destacando el papel de las profesiones en los procesos modernos de racionalización y dominación, y el segundo, en el papel de cohesión moral que confería a las asociaciones corporativas, entre las que incluía las socioprofesionales. Como señalan algunos autores argentinos, en la sociología norteamericana, se destaca el planteamiento de Parsons para quien las profesiones eran funciones integradas a la estructura social que se destacaban por brindar servicios y prestaciones altruistas (Frédéric, Soprano, & Graciano, 2010). Después de la hegemonía funcionalista en el tema, fue la escuela de Chicago, principalmente a través de los trabajos de Everett Hughes, quien desde una perspectiva interaccionista -y saliéndose de la perspectiva que sólo contemplaba como objeto de estudio a las profesiones liberales- estudió el tema, preguntándose principalmente qué hacía que un oficio se convirtiera en profesión (Ramírez Rosales, 2008).

Como vemos, el tema de las profesiones estuvo presente casi desde el origen de la teoría sociológica y como plantea Ramírez Rosales (2008), podemos describir junto con las escuelas teóricas, los desarrollos más importantes de este campo específico. La autora distingue tres: los funcionalistas –Parsons y todos sus herederos-; los interaccionistas –inspirados en la escuela de Chicago y cuyo representante más importante es Everett Hugues-; y luego, los críticos, en quienes

engloba a todos los que vinieron después¹⁴ - Sarfatti Larson, Abbot, Burrage, Freidson y los enfoques culturalistas.

A finales de los setentas y principios de los ochentas del siglo pasado, se desarrollan los trabajos de estos últimos -llamados *críticos*- entre las que se destacan dentro de las ciencias sociales anglosajonas los de Sarfatti Larson (1977), Freidson (2001) y Abbot (1999). También en esa época algunos desarrollos de la sociología francesa comienzan a prestarle atención al tema. Como plantea el sociólogo francés Claude Dubar, la atención a las profesiones tuvo que ver con un cambio general en la perspectiva sociológica, que pasó de una mirada macro a una de nivel meso, que ponía más su atención en categorías tales como grupos, organizaciones y territorios de mediano peso (Dubar, 1999).

Sin pretender realizar un balance general, me interesa detenerme en estos autores. Repasaré algunos de sus aportes para mostrar y analizar desde qué dimensiones de su trabajo, se abre la puerta para un posible diálogo con la categoría género.

Elliot Freidson (Freidson, 1978, 2001) ocupa un lugar clave en el estudio de las profesiones desde que escribió su libro sobre la profesión médica en los años setentas. Si bien para algunos sigue en el mencionado trabajo la escuela interaccionista, plantea nuevas cuestiones, como por ejemplo, cómo se desarrolla, organiza y sostiene la independencia y autonomía de una profesión. Así, Freidson plantea que en su progreso, la biomedicina ha pasado de ser una práctica independiente (la medicina liberal) a una práctica interdependiente (la medicina especializada) impidiendo que un sólo médico dé cuenta de todos los dominios. Otra de las cuestiones trabajadas, es la del monopolio interno del control profesional: en el caso de la medicina norteamericana, implica no sólo imponer sus propias definiciones sobre lo que es la salud y la enfermedad, sino jugar un papel determinante, por ejemplo, como peritos, en la determinación de las políticas de salud (Real Villarreal, 2004). Este último aspecto obliga al análisis de la necesaria vinculación entre profesión médica, estado y políticas públicas, como veremos en el siglo XIX, para el caso de México (Capítulo 2).

¹⁴ Para Hualde (2000) el período clásico se termina en 1964, con la publicación del artículo de Harold Wilensky “The professionalization of everyone?”, donde se plantea básicamente que la profesionalización es un asunto de poder.

Luego, como el mismo Freidson lo propone, sus trabajos pasan a formar parte de lo que se conoce como trabajos críticos, y a partir del diagnóstico de la falta de consenso en torno de una definición de profesión, propone: “La opción que puede conducir a un método de análisis coherente y sistemático requiere dejar de lado el intento de tratar la profesión como un concepto genérico, e intentar, más bien, formular una concepción genérica de las ocupaciones dentro de la cual podamos localizar analíticamente las ocupaciones particulares que han sido etiquetadas como profesiones” (Freidson, 2001, p. 30). El autor hace hincapié en el papel de la historia nacional para comprender las diferentes profesiones, así como el papel de la ideología del grupo profesional como inherente al estatus de una profesión. Lo que es importante investigar, desde un punto de vista fenomenológico, es el modo en que una sociedad determina quién es un profesional y quién no, cómo los profesionales “logran” las profesiones por medio de sus actividades y cuáles son las consecuencias de ello para el modo en que se consideran a sí mismos y la forma en que trabajan (Freidson, 2001, p. 37). Este último aporte - fenomenología y punto de vista del actor- y el reconocimiento de las proyecciones del punto de vista del profesional sociólogo que estudia el fenómeno y elabora definiciones, son lo que considero los aportes más actuales y significativos de Freidson a una aproximación más antropológica en el estudio de los oficios y profesiones.

Por su parte, Claude Dubar (Dubar, 2002) dedica un capítulo del libro *La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación* a las identidades profesionales y es retomado por muchas investigaciones que trabajan sobre las mismas desde la perspectiva de los actores, por lo que ha sido muy utilizado en estudios que analizan el trabajo femenino y sus significados desde el punto de vista de las propias mujeres (Tolentino, 2007; Ramírez Rosales, 2008; Guadarrama, 2008). Sus definiciones sobre los grupos profesionales han sido fundantes en la más actual sociología francesa sobre la cuestión, así como su esfuerzo por dialogar con la herencia fuertemente anglosajona de la sociología de las profesiones sin perder la especificidad de lo francés (Vezinat, 2010).

Luego de realizar un estado de la cuestión en lo concerniente a la sociología francesa, Dubar (1999) planteará la utilidad de partir de la categoría “grupo profesional”, señalando que se trata de “un ensamble fluido, segmentado y en constante evolución, que agrupa a personas que ejercen una misma actividad, dotada de un mismo nombre, con una determinada visibilidad social y una determinada legitimidad política, en un período histórico significativo” (Dubar, 1999; p. 51). En otro trabajo realizado junto con Pierre Tripier, los autores plantearán que los objetivos de la sociología de las profesiones son dar cuenta de la organización social de las actividades del

trabajo, la significación subjetiva de ellas y los modos de estructuración del mercado de trabajo (Dubar & Tripier, 1998). Dubar está preocupado sobre todo por las definiciones y categorías centrales del análisis sobre las profesiones. En el segundo objetivo -es decir, el concerniente a la significación subjetiva de las profesiones- puede considerarse que abre una puerta al análisis de género, sin embargo su trabajo no hace menciones explícitas al respecto.

Andrew Abbot (1999) propone la idea de las profesiones como una ecología relacional, donde las profesiones están en competencia unas con otras, recreando y transformando sus jurisdicciones, con vistas a obtener su legitimidad ante los poderes públicos. Es por ello que en las investigaciones que tratan sobre procesos de desprofesionalización (Andrews y Wærness, 2011), de distintos grupos en pugna por obtener el monopolio de una actividad (Bolton y Muzio, 2008) o la dificultad de establecer límites claros entre profesiones -por ejemplo, en áreas en expansión en la actualidad como la comunicación y la información-, los trabajos de Abbot son una referencia insoslayable.

La cuestión de los límites y cierres en cada una de las profesiones y la relación de éstas con los diferentes auditorios (el estado, el público, el lugar de trabajo) son el eje principal del trabajo de Abbot. El autor vuelve sobre sus propias categorías y las reformula en este texto, complejizando así el análisis de las relaciones, luchas y conflictos con estos auditorios, lo que dio lugar a su idea de *ecologías ligadas*. El autor afirma que “decir que las profesiones están relacionadas como una ecología, fue de por sí un golpe de Estado. Pero insistir sobre el hecho de que una táctica jurisdiccional determinada no responde solamente a los objetivos de una profesión, sino que al mismo tiempo responde a los objetivos de un partido en el Estado o de una estructura cualquiera en el mundo público, constituye una revolución.” (Abbot, 1999, p.30).

La insistencia en las relaciones conflictivas con diferentes escenarios sociales para la comprensión de las dinámicas de las profesiones, es un tema que desde nuestro punto de vista, es central como aporte. A pesar de que la propuesta de Abbot resalta la porosidad de las profesiones respecto a su entorno, no está entre sus preocupaciones señalar la dimensión de género como un elemento que hace a esa porosidad y puede convertirse en un elemento más de complejización y conflictividad en la comprensión de las profesiones como *ecologías ligadas*.

Por último, consideraré el aporte de Magalí Sarfatti Larson (1977). Si bien en su trabajo no hace referencia específica a cuestiones de género, su trabajo es recuperado por muchas autoras

que más recientemente sí han trabajado las profesiones desde el género, por lo que consideran su aporte útil en el cuestionamiento que hace a los modelos tradicionales de profesionalización¹⁵ (More, 2001; Sherman 2010) y en cómo el género –al igual que la etnia- influye en los proyectos profesionales de las personas (Bolton y Muzio, 2008).

En *The rise of Professionalism* planteando que “profesión” es uno de esos conceptos que en las ciencias sociales tomamos como “conceptos naturales”, la autora se propone ir más allá de la perspectiva que ve a las profesiones como una comunidad (cognitiva, normativa y evaluativa) planteando que el conflicto y la lucha de intereses deben ser incluidos en el análisis del proceso de unificación de una profesión. A la vez, poniendo a dialogar a Freidson con Gramsci¹⁶, la autora postula la importancia de insertar el análisis en un contexto de clases, donde conocimiento y propiedad se entrelazan y nos ayudan a comprender cómo una determinada ocupación llega a tener el poder y el estatus de una profesión. La autora, que basa sus estudios sobre los arquitectos en los Estados Unidos, destaca la estratificación interna de las profesiones, señalando al poder como una dimensión crucial a la hora de comprender las estrategias de las profesiones para consolidar su posición -es necesario aclarar que concibe esas estrategias como el ejercicio histórico de una profesión para lograr un mercado profesional, más que como estrategias individuales de determinados actores.

En resumidas cuentas, lo que estos distintos aportes nos muestran es la importancia de la transformación y el cambio, la heterogeneidad y diversidad interna –elementos centrales en la profesión médica en México- y la dimensión del poder y el conflicto, tanto al interior de las profesiones, como en sus relaciones cambiantes, porosas, de ida y vuelta, con el mercado, las agencias estatales, los públicos, los sociólogos y demás instituciones. Estos enfoques, basados en categorías tales como *grupo profesional*, *profesionalismo*, *ecologías de profesiones* -entre muchas otras- remarcan la polisemia del término profesión.

Ahora bien, si estos trabajos siguen siendo renovadores en el estudio de las profesiones y sus autores se han constituido en referencias centrales de cualquier abordaje en este campo de estudios, mi objetivo, como ya dije, es mostrar que no hacen mención alguna a la dimensión de género. Lo interesante es que, si bien no está entre sus intereses realizar un análisis de este tipo, hay aspectos de sus planteamientos –como en lo relativo al poder, a las identidades profesionales

¹⁵ También Sarfatti Larson es retomada en la discusión en los trabajos específicos sobre los arquitectos.

¹⁶ La autora hace referencia más que nada a *Los intelectuales y la organización de la cultura*.

y sus significaciones subjetivas- que sí podrían abrir el campo a estudios concretos que tengan en cuenta esta dimensión, como haré en este trabajo, mostrando por ejemplo las ideas de “desafío” y logro profesional de las mujeres en la medicina mexicana.

La idea de abrir la discusión sobre las profesiones al análisis de género busca también, como se planteó en su momento respecto a los estudios sobre el trabajo, incorporar el análisis de dimensiones centrales de las trayectorias profesionales que han permanecido ocultas y que considero, son centrales para entender los sentidos puestos en la profesión por las mujeres, pero también –y por suerte- por muchos hombres profesionistas. A saber, cómo se compaginan la familia y el trabajo profesional, cómo se vivencian, limitan y rompen los “techos de cristal”, qué significa, para varones y para mujeres, el “logro” o “éxito” en la vida profesional. Esto implica repensar la rígida dicotomía entre público y privado y comenzar a pensar el significado del trabajo de cuidados y la dimensión del cuidado en general a nivel de la ciudadanía.

Aportes de una nueva sociología de los y las profesionistas

La cuestión del trabajo de cuidados es un área que, desde mi punto de vista, muestra los vasos comunicantes que un análisis de género establece entre la sociología de las profesiones y la sociología del trabajo. Central a la hora de analizar las trayectorias vitales y laborales de las mujeres (sean obreras, cuentapropistas, microempresarias o profesionales) la resolución del trabajo de cuidados tiene que ver en gran medida con los modos en que los distintos grupos resuelven la interacción familia y trabajo (Orozco Ochoa, 2011). Los estudios comparativos entre distintos grupos ocupacionales, que prestan atención a las relaciones de género tanto al interior de la familia como en la sociedad en general, permitirán repensar el determinismo familiar que ha primado hasta ahora en los estudios sobre las mujeres y el trabajo (Arango, 1998). Analizar las estrategias familiares y las trayectorias laborales desde un punto de vista de género –como haré en el capítulo 4- sigue siendo un desafío interesante, sobre todo en lo que respecta al trabajo masculino y a la emergencia de nuevas realidades que desafían ciertos avances de las mujeres profesionales, como el “niñismo” o la “kindergarquía”¹⁷. Los diversos arreglos familia –trabajo

¹⁷ Considerados por autoras como Elizabeth Badinter una regresión en los derechos de las mujeres, sobre todo cuando la elección por centrarse exclusivamente en la crianza de los hijos implica pérdida de autonomía económica, el *niñismo* o *Kindergarquía* hace referencia a las mujeres profesionales que han llegado a niveles importantes de desarrollo profesional, económico y de responsabilidad, que lo abandonan todo por dedicarse a ser las “madres perfectas” y centrar sus conocimientos en el micro management de las actividades de sus hijos (Libedinsky, 2012).

logrados por las mujeres médicas que he entrevistado, muestran los avances y permanencias que se manifiestan en dilemas que hacen que, más allá de las respuestas encontradas, todas vivan una tensión y una búsqueda constante del equilibrio, que la mayoría de las veces, estructura pero no se resuelve su vida profesional (capítulo 4).

Por otro lado, la atención a la cuestión de los cuidados también tiene que ver con la expansión de la demanda de cuidados a nivel del mercado de trabajo, donde se registra una fuerza laboral en gran medida femenina y que abarca desde trabajadoras escasamente calificadas hasta en vías de creciente profesionalización (Aranda, 2003; Wharton, 2009). Este fenómeno, de vital importancia para la sociología de las profesiones y del trabajo con perspectiva de género, ha dado lugar a lo que Arlie Hochschild (1983) denominó “trabajo emocional” y que pretende dar cuenta del *management* emocional que ponen en juego muchos tipos de trabajo (desde parteras y niñeras, hasta azafatas, empleadas/dos de atención al público, de líneas telefónicas *hot*, etc) así como el desgaste emocional al que se ven sometidos esos y esas trabajadoras y trabajadores. Esta discusión fungirá como horizonte teórico cuando veamos, en el caso específico de la medicina, los distintos diagnósticos elaborados sobre la situación actual de la profesión, diagnósticos que hemos ubicado en la tensión humanización –deshumanización y que da cuenta de cómo la cuestión de los cuidados, está presente en ciertas ideas y valores en torno de lo que la medicina –su dimensión del *caring*- debe ser y ha perdido (Bonet, 1999; Delgado & Ortiz Gómez, 2003)

Además de estos trabajos, hay autores dentro de la sociología de las profesiones que han comenzado a plantear un análisis de género. Uno de esos trabajos es el de Miriam Lo (2002), quien plantea que los diferentes enfoques en los estudios de las profesiones se han centrado más que nada en los aspectos racionales y estructurales de la cuestión, sosteniendo una dicotomía entre emociones y conocimiento, privado-público, lo social y lo científico. Para la autora, esta mirada, si bien importante, es incompleta ya que descuida aspectos tales como la complejidad y contingencia de las instituciones profesionales y básicamente olvida el punto de vista de los propios profesionales. En un trabajo sobre los médicos de origen japonés en el Taiwán colonial, la autora da cuenta de la centralidad de categorías sociales como etnia, raza y género en la comprensión de las posiciones y prácticas de los profesionales. A partir de allí propone el estudio de la incrustación social -*social embeddedness*- de las profesiones, como una forma de aproximarse a ellas como espacios de construcción de identidades y de las imágenes raciales, étnicas, de género y clase de sus culturas institucionales (Lo, 2002). La idea de incrustación social

también puede ser leída como *incorporación-embodiment* , y en este sentido, es sugerente el diálogo que esta propuesta pueda entablar con trabajos que se inspiran en la antropología del cuerpo y muestran cómo algunos oficios y profesiones, no pueden ser comprendidos si tener en cuenta la dimensión corporal (Esteban, 2004; Wacquant, 1995). De algún modo, todas las trayectorias de los sujetos en los distintos trabajos, oficios y profesiones, pueden ser abordados como itinerarios corporales (Esteban, 2004).

Otro aspecto muy importante del aporte de Lo (2002) es que incorpora la dimensión de género junto con otras dimensiones que se articulan con ella –como clase y etnia- que son centrales para comprender las estratificaciones internas a las profesiones y los modos en que la identidad profesional es vivida y resignificada por los distintos profesionales. A su vez, este punto de vista ayuda a entender las desigualdades persistentes tanto dentro de una misma profesión, como entre diferentes profesiones. En el caso del mi trabajo de investigación, este abordaje se hizo patente sobre todo en el caso de la trayectoria de una “médica exitosa” donde género, etnia y nacionalidad, se entrelazaron de manera conjunta para abrir el camino al “éxito” (capítulo 4).

Las ideas de “éxito” como casos concretos y específicos de “rotura” del *techo de cristal* nos muestran los importantes aportes provenientes de la sociología del trabajo francesa, como los de Marie Buscatto y Catherine Marry (2009), quienes reflexionan sobre la metáfora de los *techos de cristal* en las carreras femeninas dentro de las profesiones superiores (tanto liberales como asalariadas). Expresiones tales como *cueillette des edelweiss*, *plafond de verre* y *ciel de plomb*¹⁸ son las distintas metáforas que expresan la progresiva ausencia de mujeres a medida que uno avanza en las jerarquías profesionales y que ponen de relieve, por lo tanto, la continuidad de la existencia de obstáculos que se les presentan a ellas para acceder a los niveles más altos de poder, prestigio y remuneración. Ahora bien, las autoras plantean que si bien estas metáforas han tenido su eficacia retórica y política, también es cierto que han encerrado el análisis de las inequidades de género en una visión estática, horizontal y unidimensional que impide la descripción y la comprensión de los mecanismos más sutiles y reversibles de la construcción de esas inequidades. Es decir, insistir con el *techo de cristal* sin más, no permite captar la dinámica de la construcción de esas inequidades en los diferentes momentos de las carreras profesionales: el reclutamiento, la elección del primer empleo, las movilidades funcionales y geográficas, el estatus y los modos de remuneración (Buscatto & Marry, 2009). Es así que las autoras realizan un estado

¹⁸ Cosecha de edelweiss –algo difícil de alcanzar; techo de cristal y cielo de plomo, respectivamente.

del arte de los trabajos que tanto en la sociología del trabajo en Francia como en la sociología anglosajona, dando cuenta de diferentes profesiones -desde las guionistas en Hollywood hasta las profesoras-investigadoras de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales de París –EHESS-1-, reflexionan sobre los mecanismos de fabricación y también de transgresión de los *techos de cristal*, y de sus variaciones históricas, profesionales y nacionales.

De este aporte es bien importante el acento en lo sutil de los mecanismos que impiden la llegada de las mujeres profesionales a los puestos importantes, así como su reversibilidad, es decir, cómo los estudios de caso, situados histórica y socialmente, pueden ayudarnos a ver los modos singulares en que los diferentes actores profesionales reproducen pero también logran trasponer y transgredir esas diversas limitaciones “invisibles” que hacen a las desigualdades entre hombres y mujeres en las distintas profesiones. En la tesis, he buscado dar cuenta de estas sutilezas y particularidades, con las experiencias de las mujeres médicas en los distintos momentos de la vida y la profesión y de la especialidad médica elegida.

Insistiendo sobre lo sutil de estos mecanismos que hacen a la escasa presencia de mujeres en las altas jerarquías profesionales, es bien interesante tomar uno de los planteos que Pierre Bourdieu (2000) realiza en *La Dominación Masculina* -uno de los libros del autor menos respetados por la comunidad sociológica pero muy considerados por las autoras feministas. Bourdieu propone el análisis de la “vocación” como un mecanismo de violencia simbólica que funciona allí donde la autoexclusión toma el relevo de la exclusión expresa. Así, la violencia simbólica se encarna en la idea de “vocación”, haciendo que muchas mujeres opten por salirse de los lugares de poder y alta competitividad y que -en los términos de las ideas de género hegemónicas- no son considerados lugares aptos o convenientes para las mujeres o que no se relacionan con las ideas de feminidad¹⁹. Entre las médicas que entrevisté, la idea de vocación no estuvo tan presente en el momento de la elección de la carrera, pero sí existe claramente una idea de lo adecuado para su propia noción de feminidad, en la elección de la especialidad médica y ámbito de desarrollo profesional.

Siguiendo el planteo de Bourdieu, es interesante ver que las que no se autoexcluyen o desarrollan una “vocación” no femenina, reciben una sanción social. En este sentido, el autor propone que “las mujeres que han alcanzado puestos muy elevados (ejecutivas, directoras

¹⁹ Aquí pueden establecerse analogías entre esta idea *bourdiana* de vocación y el concepto de techo de cristal.

generales de ministerios, etc) tienen que “pagar” de algún modo ese éxito profesional con un éxito menor en el orden doméstico (divorcio, matrimonio tardío, soltería, dificultades o fracasos con los niños, etc) y en la economía de los bienes simbólicos, o, al contrario, que el éxito de la empresa doméstica tiene a menudo como contrapartida una renuncia parcial o total al gran éxito profesional” (Bourdieu, 2000, p.131). Esto es lo que el saber popular ha condensado en la frase que la escritora mexicana Rosario Castellanos (Castellanos, 1973) popularizó en su libro: “Mujer que sabe latín... no tiene marido ni tiene buen fin”. Esto, que parece una sanción social de otra época, sigue vigente en la idea de que la soltería en una mujer es una especie de castigo: “¿En cuántos casos las mujeres no se atreven a cultivar un talento, a llevar hasta las últimas consecuencias la pasión de aprender, por miedo a la soledad, al juicio adverso de quienes la rodean, al aislamiento, a la frustración sexual y social que todavía representa entre nosotros la soltería?” (1973, p. 33) se preguntaba hace treinta años Castellanos y algunos de los testimonios del trabajo de campo que realicé entre médicas mexicanas y veremos en los próximos capítulos, podrían salir a responderle.

Otra cuestión que señalan algunos autores preocupados por introducir en el campo de las profesiones la dimensión de género, se relaciona con el modo en que varía, entre hombres y mujeres, lo que se considera “éxito profesional”. Lo subjetivo y lo objetivo, el mérito reconocido o el equilibrio entre lo profesional y lo personal, la experiencia y la identidad, son elementos que comienza a relativizar la idea de lo que se considera “logro profesional”, y obligan a la contextualización de lo que significa “ser un buen profesional” (Delgado et al., 2010; Harrison, 2000).

Por último, me parece muy interesante mencionar algunos de los conceptos trabajados por Beatriz Kalinsky (Kalinsky, 2006) a partir del estudio de la experiencia femenina en lo que la autora denomina “trabajos fronterizos”: se trata de trabajos generalmente ocupados por hombres y el lugar de las mujeres que allí se desempeñan es considerado como una “intrusión”, como la “masculinización” de estas mujeres, o como experiencias que empujan los límites institucionales e ideológicos de esas mismas ocupaciones. La autora describe las experiencias de una jueza y de una celadora del servicio penitenciario y a partir de estos casos analiza el modo en que ciertos trabajos se configuran como territorios de género y cómo las “marcas de género” -como los atributos “masculinos” o “femeninos” de los actores- pueden, según el ámbito laboral, ayudar o dificultar la realización de esas ocupaciones (Kalinsky, 2006).

Esta mirada, que piensa lo femenino y lo masculino como aspectos simbólicos que se encarnan en distintos ámbitos laborales y profesionales –más allá de la presencia en el mismo de hombres y mujeres- es una aproximación muy útil para pensar la relación entre las profesiones y su papel en la construcción de los imaginarios de género como veremos en el caso de las especialidades médicas. La idea de atributos femeninos o masculinos y la posibilidad de “masculinizarse” o “feminizarse” para optimizar el desempeño en un área dada, es una posibilidad de diálogo teórico entre la sociología de las profesiones y los estudios del género, tal como fue planteado en el apartado anterior. En esa senda, buscaré que esta tesis, haga un pequeño aporte.

Para terminar este apartado, quisiera entonces resumir que si bien no partiré de una definición abstracta de profesión, sí consideraré a los médicos y médicas mexicanos, que se formaron como médicos en la universidad –que tienen las credenciales- y siguieron la trayectoria laboral de la medicina –internado, residencias, posgrados-, que comparten una sociabilidad y una identidad profesional, como miembros de un grupo profesional –no homogéneo, con disputas internas- que tiene cierta configuración de género que está transformándose.

1.2.3- Antropología Médica.

La antropología médica es una sub-disciplina con un amplio desarrollo. A continuación intentaré delinear los intereses comunes entre la tesis y la perspectiva de la antropología médica que, como es sabido, estudia los problemas de la salud humana, intentando comprender los procesos de salud-enfermedad-atención (S-E-A) (Freyermuth & Sesia, 2006). Si en un principio, la antropología médica se dedicaba más que nada a estudiar los procesos, los contextos y las mediaciones del mencionado proceso en las poblaciones indígenas, pueblos no occidentales y los diversos sistemas médicos no científicos, la sociología médica lo hacía más en relación con lo que sucedía en las sociedades industriales. Esta diferencia –que sigue la lógica diferencial de los orígenes de ambas disciplinas- es cada vez menos rígida y de algún modo, ambas forman parte de un todo más amplio, que podríamos englobar en los estudios sociales de la salud.

Uno de los principales aportes de estas perspectivas, es haber mostrado la variación socio-histórica de los procesos de S-E-A y haber puesto de relieve en la relación médico paciente el “punto de vista profano”, es decir, el punto de vista no médico del paciente, y su eficacia simbólica tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de lo que en diferentes épocas y lugares se considera “enfermedad” (Herzlich & Pierret, 1988). A la vez, como ya he dicho en otra parte, los

procesos de S-E-A- son fenómenos estructurales de las sociedades y grupos y pueden ser comprendidos como hechos sociales totales (Herzlich & Pierret, 1988; Menéndez, 2005)

En este marco, la antropología médica se ha ocupado de dar cuenta del papel de la cultura, subrayando el lugar que tiene lo que la epidemiología considera “los factores socioculturales” (Hersch Martínez, 2008) no sólo en el determinación de una enfermedad, sino en su propia definición, en su forma de ser padecida, diagnosticada y curada; pero, evitando caer en el *culturalismo* –como la asunción de que cultura es algo unificado, que se usa para etiquetar el comportamiento de las personas, con lo cual se ocultan a veces los factores socio-económicos que también explican los fenómenos sanitarios- (Lock & Nguyen, 2010).

En México, la antropología médica –así como la disciplina madre, la antropología social- se dedicó, desde mediados del siglo XX, al estudio de los temas de salud en contextos indígenas en el marco de “un proyecto hegemónico del Estado mexicano pos-revolucionario”, que concebía a la antropología como “una disciplina al servicio de la nación cuyo objetivo principal era entender a los pueblos indios en sus especificidades culturales y buscar formas de “aculturarlos”, haciéndolos así partícipes de la vida y la cultura nacional” (Freymuth & Sesia, 2006, p. 10). Así, una de sus primeras preocupaciones fue dar cuenta de los motivos por los cuales las poblaciones indígenas aceptaban parcialmente -o rechazaban- los servicios de salud oficiales; y también, de dar a conocer de manera científica los conocimientos de las medicinas tradicionales –o estudio de las etno-medicinas. Estas preocupaciones y objetivos continúan, aunque en la actualidad lo que se busca es dar cuenta de la interrelación y la articulación de los diversos sistemas médicos – tradicionales, domésticos, homeopáticos y alopáticos (Freymuth & Sesia, 2006).

Considerando entonces la coexistencia de varios sistemas médicos y poniendo el acento en cómo se desarrollan las relaciones entre los mismos, uno de los principales aportes de la antropología médica en México, ha sido el trabajo de Eduardo Menéndez, a partir de la elaboración y análisis de lo que llamó el Modelo Médico Hegemónico (MMH): “En casi toda sociedad, la enfermedad y los padecimientos son tratados por toda una variedad de formas de atención, aunque desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico. Dicho rol fue organizado e impulsado a través de instituciones médicas específicas, pero fue fundamentado no sólo por criterios profesionales sino por instancias jurídicas aplicadas por el Estado. Este proceso no implica que la biomedicina realmente atienda y se apropie de todo el proceso de salud/enfermedad, y menos

aún que elimine las otras formas de atención, sino que indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes que operan simultáneamente respecto de los padecimientos” (Menéndez, 2005, p. 2)

Este modelo, que es el de la biomedicina, es el hegemónico en las sociedades industriales porque los sectores dominantes son los que lo institucionalizaron y legitimaron, siendo aceptados luego por el resto de la sociedad. Las características centrales, a decir de Menéndez, de ese modelo son: su biologicismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática (Menéndez, 2005). Lo interesante de esta perspectiva es que no ve al MMH como el único, sino en lucha, en pugna por la hegemonía, en el seno de disputas sociales: “La expansión biomédica sobre los saberes populares constituye uno de los episodios más interesantes de construcción de hegemonía que refuerza no sólo la dominación médico profesional sino que favorecen también la dominación política e ideológica a través del campo específico de la salud” (Menéndez & Di Pardo, 2009, p. 339). “La dimensión ideológica opera a través de concepciones y acciones que son planteadas como científicas y objetivas, como relaciones técnicas que buscan curar” (Menéndez & Di Pardo, 2009, p. 340) agregan los autores.

Así, la medicina no es sólo una profesión o un saber técnico, sino también un elemento central de la dominación y hegemonía de clase y también, como veremos luego, de género. Desde este marco, entonces, es más fácil comprender que hagamos mención a la medicina como *dispositivo*²⁰ y también hablemos de *habitus*²¹ médico como el conjunto de predisposiciones incorporadas que “a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos en su quehacer cotidiano” (R. Castro, 2010, p. 59). Este *habitus* forma parte de un campo “del campo médico y sanitario: constituido por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la *cuestión sanitaria* de la sociedad²²” (Castro, 2010, p. 56), campo, que, a su vez, es un elemento más a ser integrado en una configuración de poder —en términos *bourdianos*, en el campo del poder.

²⁰ Ver página 3 y Nota al pie 3.

²¹ Ver páginas 18 y 19.

²² Y la definición de Castro continúa: “por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por lo agentes que operan aquellas y estas instituciones, como los formuladores de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédicos, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades; y desde luego, por los usuarios y usuarias de estos servicios” (Castro, 2010, p.57)

Entonces, si la antropología médica mexicana estuvo más centrada en el punto de vista del otro –del indígena, del campesino, del enfermo–, la propuesta de Menéndez nos acerca a uno de los objetivos a trabajar: el de una antropología médica que se extraña del MMH al que considera el modelo propio, el científico. Así como Evans–Pritchard logró ver una racionalidad en las prácticas de brujería en los *azande*, con la misma actitud los antropólogos médicos deben indagar en las ideas, prácticas y respuestas médicas –del MMH– a problemas de “salud” (Lock, Young, & Cambrosio, 2000).

Es decir, la tarea es que la antropología médica mire, trabaje y se “extraña” de los propios médicos y de la medicina científica occidental, mostrando por ejemplo, cómo distinciones como la separación entre diagnóstico y tratamiento, entre médico y no médico, cuerpo– mente, son propias de nuestra cultura (Csordas & Kleinman, 1990). Este esfuerzo, que implica historizar la emergencia del saber médico, de sus prácticas, y considerar a ambos “objetos culturales”, que se vuelven material de análisis (Jornadonova, 1989; Lacqueur, 1994; Foucault, 2004; Johannisson, 2006).

En este sentido, proponer a la antropología médica como interlocutor teórico de este trabajo implica dos cosas: por un lado, una propuesta; por otro lado, como una caja de herramientas. Como propuesta, implica hacer un esfuerzo por volver la mirada analítica sobre la medicina occidental y científica y sobre los médicos universitarios, los profesionales a los que luego les damos nuestra confianza para cuidar la propia salud. Si en cierta antropología médica norteamericana y europea este tipo de análisis ha sido influyente y prolífico, en la latinoamericana todavía queda mucho camino por recorrer.

Como caja de herramientas, implica considerar algunas definiciones y conceptos. Además de considerar el saber médico que se enseña en las universidades, hospitales y residencias médicas donde se forman los profesionistas en la actualidad, como parte del MMH; también consideraré a la biomedicina como una tecnología (Lock & Nguyen, 2010) y como una profesión – como vimos en el apartado anterior –que forma parte del campo médico-sanitario.

Considerar a la biomedicina como tecnología no hace referencia exclusivamente a las grandes tecnologías que últimamente se ofrecen en el mercado sanitario, sino a los dispositivos y técnicas sencillas que, sin embargo, son eficaces y están dotadas de ciertas cualidades mágicas, que llenan nuestra vida cotidiana –por ejemplo, tomar una aspirina, relatar una historia clínica, el

examen médico, la administración de inyecciones. Así: “By focusing on biomedical technologies, our purpose is to draw empirical and analytic scrutiny to the practical and everyday implications of biomedicine and the bioscience in the lives of people around the world. In so doing, we are in agreement with anthropologist and practitioners who view biomedicine neither as a monolithic, universal, static enterprise, nor simply as a particularistic and personalized practice. Wherever it is made use of, biomedicine, although standardized for universal applications, must be individualized for use in actual clinical practice. It is this two-fold dimension we wish to capture from the outset, by drawing attention to the enterprise of biomedicine as itself a technology in the application of which judgments are constantly made” (Lock y Nguyen, 2010, p. 22). Esta consideración encaja con la idea de que se trata de un saber, una disciplina científica, que se actualiza y legitima cada vez que un profesional se encuentra cara a cara, en su consulta, con un paciente. Es por ello que consideramos el trabajo médico como una práctica profesional y técnica ligada directamente con la producción del conocimiento científico (Menéndez & Di Pardo, 1996, p. 15).

Considerar a la biomedicina como tecnología supone también que el desarrollo tecnológico puede ser cuestionado, que las tecnologías -desde tomar o no un antibiótico hasta interrumpir un embarazo- son producidas y productoras de cultura y que no son neutrales ni política ni económica ni moralmente. Así, y volviendo a la idea del MMH, podremos dar cuenta de las luchas de poder en torno al conocimiento, a la idea del cuerpo humano, de la diferencia sexual, de qué es normal y qué no, que toda práctica médica contiene, supone, ejerce, consagra o discute.

Si la antropología médica nos permite poner de relieve estas cuestiones, también es importante decir que subrayar la idea de la biomedicina como tecnología no nos puede hacer olvidar que la práctica a la que da lugar no sólo es una práctica técnica. Así, por ejemplo, Ortiz y Delgado (Delgado & Ortiz Gómez, 2003) proponen que para comprender la práctica médica es indispensable considerar dos dimensiones: la conducta técnica o instrumental que es necesaria para solucionar los problemas clínicos -lo que en inglés se ha denominado el *curing*-; y la conducta afectiva o socioemocional, necesaria para crear una relación terapéutica, que es lo que se ha denominado el *caring* (Delgado & Ortiz Gómez, 2003). Estas dos dimensiones, son para Octavio Bonet (Bonet, 1999) la *tensión estructurante* de la formación médica; tensión que se da entre saber y sentir, como lo científico y lo humano que por momentos de vuelven excluyentes. El autor, citando a Byron y Mary-Jo Good, dice que ellos “ven una manifestación de esta tensión en la oposición de las nociones de competencia y cuidados. La primera estaría asociada al lenguaje de

las ciencias básicas, de los conocimientos y de las habilidades médicas y la segunda sería asociada a las actitudes de compasión, de empatía, aquello referido a los “aspectos personales de la medicina” (Bonet, 1999, p. 14).

Esto es bien interesante porque como plantean Delgado, Ortiz y Távora (2003), y también lo muestra la etnografía sobre los cirujanos realizada por Joan Casell (Casell, 1998), esta tensión entre dos polos es la que las mujeres médicas viven con mayor contradicción, como un dilema sobre la feminidad, entre ser mujer y ser médico, que da lugar a los renovados esfuerzos de muchas por buscar un balance entre lo emocional y lo científico, entre lo médico y lo humano, entre la familia y el trabajo y que, como veremos a lo largo de la investigación, es una parte constitutiva de la experiencia de ser médico de muchas mujeres.

Así, considerando los aportes de la antropología médica sobre lo que es la medicina -esto es una tecnología, un saber regido por un modelo hegemónico, un campo con su propio *habitus*- pero también una profesión -organizada en una serie de instituciones, creencias, una ética, una identidad, atravesada está por una *tensión estructurante* entre la competencia, el conocimiento científico y los cuidados y el sentir- es hora de comenzar a acercarnos al modo peculiar en que estas nociones se incorporan y actualizan en las experiencias de las mujeres médicas y en los propios sentidos y narrativas que ellas hacen de esas experiencias, algo que podremos realizar gracias a una concepción específica de la mirada etnográfica.

1.3- Apartado Metodológico:

La etnografía: una visión.

La antropología social no se define por su objeto de estudio, sino por el tipo de preguntas que se hace y por la especificidad de su metodología dentro de las ciencias sociales (Guber, 2004). Me refiero a la etnografía, que no hace referencia aquí a una monografía descriptiva acerca de la convivencia de la investigadora con un grupo social considerado como una cultura –como se daba en el sentido clásico de etnografía a lo Malinowski o Evans-Pritchard- sino a la etnografía en tanto *enfoque, método y texto*, tal como lo concibe Rosana Guber .

La etnografía como *enfoque* –o mirada- es “una concepción y práctica del conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros” (Guber, 2001, p. 12). Esto, conocido como el punto de vista del actor, supone la descripción de esos puntos

de vista, descripción en el sentido de Geertz (Geertz, 1992), que ya implica un análisis – Geertz lo denomina *descripción densa*. Esto es, acercarse a ese punto de vista, sin etnocentrismos ni sociocentrismos, sino con la intención de establecer, en la etapa posterior a la recolección de los datos, un diálogo entre la perspectiva nativa y la analítica (Peirano, 1995). “Las etnografías no sólo reportan el objeto empírico de investigación –un pueblo, una cultura, una sociedad- sino que constituyen la interpretación/descripción sobre lo que el investigador vio y escuchó” (Guber, 2001, p.15).

Al respecto es necesario aclarar dos cuestiones: en primer lugar, que el establecimiento del diálogo implica que el investigador debe realizar una operación de extrañamiento y reflexividad, para hacer inteligible a otros “lo que vio y escuchó” en el campo, pero sabiendo desde dónde y cómo operó su interpretación. Es decir, sin caer en el etnocentrismo, para que la operación de “traducción” de su análisis, no caiga en reduccionismo y haga más genuinamente universal el diálogo. Lo que nos lleva a la segunda cuestión, que tiene que ver con la relación entre el campo y la teoría: es decir, si la descripción es una interpretación, el investigador no va sin teoría al campo, pero tampoco se trata de forzar el campo a la teoría. Más bien, como explica Mariza Peirano (1995) a partir de -otra vez- el mismo ejemplo ya clásico de los azande:

“Assim, para utilizar Evans-Pritchard como exemplo paradigmático, não há teoria (antropológica) de Evans-Pritchard, mas a teoria sobre bruxaria que nasceu do confronto entre i) a bagagem intelectual europeia de Evans- Pritchard (incluindo aí seus conhecimentos antropológicos e o conceito folk-europeu de bruxaria) e ii) o interesse dos Azande em explicar seus infortúnios. Como disse o próprio Evans-Pritchard: “Eu não tinha interesse por bruxaria quando fui para a terra Zande, mas os Azande tinham; de forma que tive de me deixar guiar por eles (1978:300)” (Peirano, 1995, p. 8)

La etnografía como *método* implica una serie de técnicas para conocer el punto de vista del actor, una de cuyas premisas es que exista unidad entre el recolector de datos y el analista. Si las etnografías clásicas implicaban asentarse en un lugar –en una aldea, una comunidad- aprender el idioma de los nativos y permanecer allí mucho tiempo, conviviendo y observando la cotidianidad hasta dar con lo que Malinowski llamó “los imponderables de la vida cotidiana”, en la actualidad y en este caso en especial, se trató de elaborar diferentes aproximaciones que buscaran rescatar el punto de vista de las mujeres médicas. Así, las técnicas y fuentes utilizadas fueron

múltiples y diversas: recopilación de información cuantitativa, archivos, entrevistas en profundidad y observación participante.

La etnografía como *texto* supone la redacción de un argumento que contenga la problematización y las respuestas encontradas en el campo –“los datos”-, pero en una exposición narrativa que va enlazando unos y otros e intenta reconstruir cómo se fueron dando los diálogos –entre datos y analista. Como es sabido, la antropología posmoderna hizo un gran aporte con su crítica de las obras etnográficas como “representaciones del trabajo de campo”, cuestionando la autoridad etnográfica (Guber, 2001, p. 124). Esto dio lugar a una moda de centrar toda la descripción en una especie de “autobiografía del investigador en el campo”. En este trabajo, se intenta no caer en lo autobiográfico y en una cuestión meramente auto-reflexiva; sin embargo, debo reconocer que el uso de la primera persona –en la narración- y la exposición de los datos junto a algunas circunstancias del campo, buscan dar cuenta del ejercicio de reflexividad y diálogo propiamente etnográfico y hacer del texto, además, un texto dinámico y legible, para los pares –académicos- pero también, para “someter nuestra elucubraciones epistemo-etno-céntricas al diálogo con las urgencias, las historias y las vidas de los nativos de cualquier punto del planeta” (Guber, 2001, p. 127).

El trabajo de campo.

Partiendo entonces de esta concepción de etnografía, me parece importante describir cómo construí el “campo” y cómo fui realizando el trabajo de recolección de datos que se exponen en la tesis.

La idea original era realizar para mis estudios de doctorado una continuación del trabajo que venía realizando en Argentina sobre la feminización de la medicina en la salud pública de la provincia de Buenos Aires. Al llegar a México, me di cuenta que la cuestión de la feminización de la medicina también era un fenómeno local -y de muchos otros países, del continente y de Europa- y decidí que la estancia en México iba a ser mucho más provechosa si realizaba también aquí el trabajo de campo. Fue así como “trasladé” mis preguntas de investigación de la provincia de Buenos Aires a la ciudad de México.

Para ello, comencé por recolectar información cuantitativa de distinta índole, lo que me sirvió para dar cuenta de la situación de las mujeres en la medicina actual en México –cuántas eran, dónde estaban- y conocer e identificar las instituciones más importantes de la profesión, su

historia, sus hitos, sus redes. Esto, con la intención de realizar un mapeo que me permitiera establecer los contactos iniciales para comenzar a construir el campo. En esta fase, obtuve y trabajé sobre información de: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI), Observatorio Laboral, Comisión Interinstitucional de Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Dirección Nacional de Registro Profesional de la Secretaría de Educación Pública (SEP), Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) y Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM).

Luego, con la intención de ver la perspectiva de largo plazo del proceso de feminización e internarme en la historia de las mujeres profesionistas en México, realicé trabajo de archivo en la Academia Nacional de Medicina y en el Archivo histórico de la Secretaría de Salud de México.

Esta información, junto con las revisiones bibliográficas, me sirvió para dar un marco a la cuestión, identificar instituciones y personajes claves y delinear a grandes rasgos la historia de la profesión en México.

Así, comencé a contactar a mujeres médicas para dar paso a las entrevistas. Partí de tres contactos iniciales y a partir de ellos comencé a armar una red –donde unas mujeres me daban los contactos de otras- que cumpliera, en lo posible, con el objetivo de entrevistar a médicas que hubieran estudiado en diferentes universidades, tuvieran distintas edades y trabajaran en especialidades y ámbitos médicos diversos. Esta etapa del trabajo se realizó entre abril y octubre de 2011, período en el que entrevisté a 18 médicas.

En ese mismo período, realicé observación –a veces participante, otras no- en el Seminario de Salud y Género de la Facultad de Medicina de la UNAM, asistí a homenajes –en la UNAM y en el Hospital General de México- y me contacté con las asociaciones de mujeres médicas de México: entre noviembre de 2011 y mayo de 2012, asistí a los desayunos académicos que se realiza una vez por mes de una de esas asociaciones –la FAMMAC.

Una segunda fase de entrevistas se relacionó con el objetivo de trabajar en profundidad la ginecología y por ello contacté con médicas que trabajaran sobre salud de las mujeres. En esta fase, entre enero y mayo de 2012, entrevisté a 8 médicas y 5 médicos.

Las entrevistas fueron en profundidad: basadas en principio en conocer la trayectoria de las mujeres en la medicina, las preguntas no estaban estructuradas, sino que buscaban conocer a grandes rasgos la historia de vida y la historia profesional, los motivos de elección de la carrera y la especialidad, y la interacción familia-trabajo. Una segunda parte de las entrevistas estaba dirigida a preguntas que dieran cuenta de la cuestión de la feminización y la experiencia femenina en la práctica profesional.

De las entrevistas y observaciones obtuve los puntos de vista de los actores, puntos de vista que puse a dialogar con mi bagaje teórico, que como dije, venía de haber comenzado a estudiar el tema de la feminización en la medicina de la salud pública en la provincia de Buenos Aires y la historia de las mujeres profesionistas en mi país (Argentina). Quería trabajar sobre los modos en que “ser mujer” transforma esa práctica profesional y me había topado a menudo con la “explicación nativa” de que había una fuerte relación entre una vocación de cuidados típicamente femenina y la incipiente feminización de la medicina, explicación que mi formación en los estudios de género admitía como una explicación esencialista, que había que descartar o considerar como un efecto de la violencia simbólica en la dominación de género. Con estas ideas en mente, comencé a escuchar lo que las entrevistadas me decían.

Al principio, mi trabajo basado en gran medida en entrevistas realizadas en distintos lugares de una gran ciudad, poco tenía que ver con la idea del trabajo antropológico predominante en México –donde lo rural y lo indígena primaban como objetos de investigación-. Si Geertz (1992) dijo que la etnografía no es un estudio sobre una aldea sino “en aldeas”, yo me encontraba etnografiando en una de las “aldeas” más grandes del mundo: la ciudad de México. No era la escala el problema: ya Marcus (Marcus, 2001) había elaborado la idea de la etnografía multi situada –o multi-local- y de algún modo, si mi trabajo era una etnografía, lo era multi situada²³. Y si yo concebía a la etnografía como diálogo y al campo como la instancia principal de generación del conocimiento, allí estaba modificando esas impresiones y cuestionamientos que acabo de describir –y admitir- a la luz del material del campo.

²³ Es difícil asimilar a la ciudad de México como un solo lugar: las médicas que entrevisté trabajan y viven en distintos puntos de la ciudad, las redes de sociabilidad, trabajo e investigación que establecen no son locales; sus trayectorias de vida y profesión tampoco pueden reducirse sólo a la ciudad; estos son algunos de los principales motivos que me hacen decir que se trataría de una etnografía multisituada.

Comencé planteando que iba a estudiar la feminización de la medicina -pensando que feminizar podía ser algo más que el mero aumento de la entrada de mujeres en la profesión. A partir de ello, una de mis primeras comentaristas, me preguntó: “¿tú crees que que haya más mujeres cambia en algo, por ejemplo, cómo se da una clase de anatomía en la facultad de medicina?”. Mi respuesta fue “no”, lo que hacía tambalear esa idea de “feminización” con la que había comenzado mi investigación. Luego, durante el trabajo de campo, escuchando los relatos de las mujeres, viendo las cifras y las lógicas de la feminización, me di cuenta que lo que me interesaba no era la “feminización en sí”, sino lo que ésta implicaba como un proceso de cambio de largo plazo en la profesión; lo que me interesaba era “otra cosa”, que después de múltiples lecturas, acabé conceptualizando como “configuraciones de género”.

Los relatos de las médicas sobre la clase de anatomía y la presencia ante el cadáver como un momento clave en la descripción de sus trayectorias, empezaron a decirme que allí podía ver algo de esa “otra cosa”: ellas lo llamaban “desafío”, “aguantarse”, “no desmayarse”, “probarse que podían”... ¿Qué significaba todo esto? Después de meditarlo mucho, llegué a la conclusión que significaba que lo que estaba cambiando, quizá, con la feminización, era la forma de ser mujeres –en la medicina y en la vida-: que se valía desmayarse pero más valía no desmayarse y que ellas creían – y creen cada vez más- en que también se vale desmayarse para un hombre. Significaba que los cambios, profundos, sutiles, se estaban dando -se están dando, se seguirán dando- en las formas que tenemos de concebir la feminidad y la masculinidad. Y que quizá, en un futuro, sí cambie la forma de dar la clase de anatomía, cuando las partes del cuerpo que diferencien a unos y otros no se enseñen y denominen como “aparato reproductor femenino o masculino”...no importa quién esté al frente de la clase o quienes estén mirando el cuerpo sin vida de una persona en un frío anfiteatro de la facultad de medicina.

Esta vocación por priorizar el campo no era lo único etnográfico. Me di cuenta que si a primera vista yo tenía muchas cosas en común con estas mujeres médicas cuyos puntos de vista eran el núcleo duro de mi trabajo –ser mujer, ser universitaria-, muchas otras cosas me separaban y lo que en algunos momentos –muchos- era un ejercicio de extrañamiento –volver ajeno lo familiar, como en ciertas cuestiones relativas a los imperativos familiares y lo profesional-, en otros momentos, era un verdadero ejercicio de traducción: quiero referirme un poco a esto, que es mi calidad de extranjera que habla y no habla a la vez el mismo idioma. Es decir, haré un breve ejercicio de reflexividad.

Si una de las tareas de la antropología clásica tenía que ver con aprender el idioma de los nativos, en mi caso se trató de aprender ciertos giros de mi propio idioma –el castellano– que si bien no supusieron malentendidos, sí implicaron cierto esfuerzo de traducción –desde la elaboración de las preguntas hasta los modos de concretar una entrevista–; traducción realizada de ambos lados, tanto por mí como por mis entrevistadas. Y si, como cuenta Rosana Guber que le decía su maestra Esther Hermitte²⁴, que le decía su maestro Robert Redfield en la Universidad de Chicago, el trabajo antropológico empieza recién a los 4 meses de estar en el campo, que es cuando el antropólogo comienza a entender el sentido de las palabras. Puedo decir que mi trabajo de campo empezó cuando llegué a México, y continúa mientras escribo esto. Las palabras y los sentidos de ser mujer y universitaria no son los mismos en México y Argentina. Estudiar a las profesionistas en México fue acercarme un poco al modo en que se juegan y negocian, en este país, los estatus, las semejanzas, las diferencias, las distancias sociales, las clases, el género y el poder.

Así, para muchas de mis entrevistadas yo era la güerita, o la joven, o la feminista, o la antropóloga, pero casi siempre, la extranjera. Para muchas era una igual, para otras no. Las entrevistas suponían un encuentro, donde esas diferencias se negociaban, se de-construían y volvían a construir. Las distancias y las cercanías se negociaban cada vez –no tiene el mismo estatus ser médica que ser antropóloga y aunque muchas de ellas no sean “doctoras”, yo así las llamaba y ellas a mí²⁵–, en casi todos los casos me sentí cómoda y a gusto. Algunas derramaron lágrimas en las entrevistas a partir de ciertos recuerdos, otras se rieron a carcajadas o se sorprendieron de escucharse contar cosas tan “privadas” y hasta “olvidadas”. ¿Qué sucedía? La comodidad y confianza se daba... ¿por qué éramos mujeres? ¿Aunque nos separaran años, países, giros idiomáticos, formaciones? ¿Qué queda entre nosotras después de todas esas diferencias? ¿Un lugar en las relaciones de género, una serie de experiencias que se parecen? ¿Vivencias corporales, rasgos fisiológicos en común? ¿Preocupaciones?

Todas estas preguntas, de manera indirecta, conforman los interrogantes antropológicos por excelencia y también de los estudios de género: cómo se construye la diferencia, cómo se realiza la diversidad, cómo se transforman en desigualdad o en semejanza. ¿Qué somos las

²⁴ Quien también hizo su trabajo de campo en México, pero en Pinola, Chiapas. Espero se entienda esta digresión como un pequeño homenaje a mi maestra y con ella, a todos y todas las que me han enseñado –y me siguen enseñando– a hacer investigación y docencia.

²⁵ Aunque justamente, de ser “doctora” trate todo este asunto.

mujeres? ¿Qué nos une? ¿Qué nos separa? Esta investigación no tiene las respuestas y sólo brinda algunas pistas. Desde la antropología social, ahora sí, sin dudas. Desde la etnografía, también. Porque, volviendo a parafrasear a mi maestra: “Sigo creyendo que el trabajo de campo etnográfico es el método (o mejor dicho, el conjunto de actitudes o disposiciones metodológicas) de las ciencias sociales, que más se parece a la vida” (Guber, 2004, p.13)

Breve Esquema de la Tesis.

En los capítulos 2 y 3, proporciono un marco de situación. En el capítulo 2, realizo una introducción histórica a la cuestión de las mujeres en la medicina a nivel mundial, para luego ir acercándome a la historia específica de México y el modo en que las trayectorias de las mujeres que estudiaron y ejercieron la medicina a lo largo del siglo XX se relaciona con la historia del país y de las mujeres en él. En el capítulo 3 trazo los rasgos generales de los contextos significativos que enmarcan las pasadas tres décadas y que son el momento en que la entrada de mujeres en la universidad -y en la medicina específicamente- se vuelven masivas y notorias; luego abordo la cuestión de la feminización, analizando los usos y sentidos del término –para los analistas, los propios actores, las distintas disciplinas y campos de estudio-; a la vez, muestro y analizo las cifras que me permiten mostrar el proceso de largo plazo de entrada de las mujeres en la medicina, en el contexto de feminización de los mercados de trabajo y la educación superior. Así, pretendo poner de relieve cómo la feminización es un contexto de cambio que puede ser visto como parte de un proceso de largo plazo, que forma parte y contribuye a la transformación de las configuraciones de género que trabajaremos en los restantes capítulos.

Los capítulos 4 y 5 pueden ser considerados los capítulos centrales del argumento que desarrollaré. En el capítulo 4 comienza con el análisis de los materiales del campo con la idea de mostrar y entender, a partir de allí, las configuraciones de género de la profesión. A partir del análisis de las trayectorias profesionales, las experiencias y sociabilidad de las mujeres médicas entrevistadas, doy cuenta de los motivos de la elección de la carrera y la especialidad, de las distintas experiencias en los diferentes momentos de esas trayectorias, de las relaciones significativas que se establecen en la práctica profesional con los otros –colegas, pacientes, etcétera- y de los arreglos familiares que sostienen sus trayectorias profesionales. En el capítulo 5, continúo la tarea pero esta vez basándome en las narrativas en torno del lugar de la profesión en sus vidas, la vivencia de los techos de cristal y los diagnósticos que elaboran en torno de la situación actual de la medicina. De las narrativas paso a las diversas identidades puestas en juego

por estas mujeres en diferentes ámbitos profesionales – las asociaciones de mujeres médicas, la Academia Nacional de Medicina, el Seminario de Salud y Género-; y, por último, me centro en las nociones de lo masculino y femenino que tienen los actores para comenzar a vislumbrar lo performativo de las identidades puestas en juego en el ámbito profesional.

Si hasta allí busqué dar cuenta de elementos de las configuraciones de género desde lo que se dice, el capítulo siguiente –el Capítulo 6- intento acercarme a las prácticas de la medicina. A partir del caso de la ginecología y las especialidades médicas que trabajan sobre la salud de las mujeres –específicamente en torno de las prácticas sobre el parto-intento poner de relieve ciertos debates y posiciones que pueden ser considerados como un aspecto de los cambios en las configuraciones de género de la profesión que vine proponiendo en los capítulos anteriores.

Por último, en las Conclusiones hago un intento por sistematizar lo que considero fueron los aportes realizados a la articulación teórica entre estudios de género, sociología de las profesiones y antropología médica que propuse en la introducción. A partir de la idea de configuraciones de género, recupero la importancia de un enfoque que ve el cambio en el largo plazo, y realizo un recuento de lo que considero son los aspectos de esos cambios –las modificaciones y rupturas-, pero también, de los aspectos que se mantienen. Con esto busco argumentar que lo que se está dando es una reconfiguración del orden de género, con las sutilezas, los claroscuros, los avances, las continuidades, los retrocesos, que todo fenómeno de este tipo implica. Para finalizar las conclusiones, trabajo la metáfora de que las mujeres en la medicina –muy probablemente, las profesionistas en general- son funambulistas, mujeres que entre lo femenino y lo masculino, lo público y lo privado, buscan un balance, que quizá pueda ser entendido como un intento por trascender lo jerárquico, inequitativo y dicotómico, de la configuración de género en que vivimos.

2- La Historia.

*En perseguirme, Mundo, ¿Qué interesas?
¿En qué te ofendo, cuando sólo intento
poner bellezas en mi entendimiento
y no mi entendimiento en las bellezas?*

*Yo no estimo tesoros ni riquezas;
y así, siempre me causa más contento
poner riquezas en mi pensamiento
que no mi pensamiento en las riquezas.*

Poema "En Perseguirme Mundo" Sor Juana Inés de la Cruz.

Un trabajo que busca reflexionar sobre las configuraciones de género en la medicina mexicana y cómo éstas se transforman, está obligado a dar cuenta de un proceso de largo plazo. El concepto mismo de configuración obliga a pensar en un proceso con cierta orientación²⁶ que se da, como un flujo permanente, a lo largo de las generaciones (Elías, 1986). La configuración, entonces, es un orden que emerge en cierto estadio del proceso, que puede ser diferenciado de otros estadios porque sus cambios refieren a las estructuras de la personalidad y la sociedad y no son “meros cambios” como los que “es frecuente observar en las nubes y los penachos de humo” (Elías, 1986, p.12).

Desde los tiempos en que el ejercicio de la medicina estuvo prohibido a las mujeres, a la actualidad, donde casi más de la mitad de las estudiantes de medicina son mujeres, mucha agua ha corrido bajo el puente: puede pensarse que una nueva configuración de género ha emergido o está en proceso de emerger. Así, remontando la difícil relación de mujeres y medicina a lo largo de la historia, haremos un repaso del proceso por el cual las primeras mujeres pudieron estudiar medicina en las universidades de occidente –a mediados del siglo XIX-. Entre ellas, haremos especial foco en las que lo hicieron en las universidades de América Latina a finales del siglo XIX.

Luego, ya considerando el espíritu finisecular de ampliación de ciertas libertades para las mujeres y las luchas de éstas en pos de obtener una educación, nos meteremos de lleno en

²⁶ Elías señala que su teoría del cambio social retoma ciertos aspectos del concepto de evolución, pero no contiene las ideas de una necesidad mecánica ni teleológica. Afirmar que el cambio tiene una orientación, implica pensar que los cambios en los problemas humanos y sociales, no se dan de manera desestructurada y caótica, sino que existe una estructura del cambio (Elías, 1986). En esta introducción no se busca delinear, claro está, una teoría del cambio histórico, pero sí considero que la propuesta de Elías se ajusta al proceso de cambio al que haremos referencia.

México y en las historias de las mujeres médicas del país. Así, iremos mostrando la manera en que la historia de estas mujeres, consideradas por los actores de nuestro campo como “las pioneras”, se entreteje con la historia colectiva de las mujeres en el México del siglo XX.

La necesidad de trazar esta historia obedece a que analizaremos un proceso, suponiendo que en él puede identificarse tanto continuidades como rupturas. Para ello es indispensable dar cuenta del largo plazo. Ahora bien ¿Cuál es ese largo plazo? ¿Cuáles son los sucesos que nos interesan? ¿Es necesario remontarnos a las experiencias de las primeras mujeres médicas en la historia para comprender el proceso de feminización de la medicina mexicana en la última parte del siglo XX?

Dar cuenta del largo plazo implica realizar un trabajo historiográfico que intersecta disciplinas y miradas de la historiografía y también, como veremos, de la antropología y la sociología. Como plantea Teresa Ortiz Gómez (2006) la historiografía de las mujeres, la medicina y la salud es un campo complejo de intersecciones disciplinares que además ha ido variando con el tiempo. Para la autora existen tres grandes períodos en la consolidación de este campo: el de los orígenes (1872-1959), el del giro feminista (1961-1990)²⁷; y el de la consolidación como campo interdisciplinar (1990 a la actualidad). En este último período las conceptualizaciones de otras disciplinas –como los estudios feministas, los estudios culturales, la sociología y la antropología- han sido centrales. Sin embargo, aclara Ortiz, el campo en cuestión se caracteriza por la vocación historiográfica y en ese sentido son centrales los diálogos entre la historia social de la medicina y de la ciencia y la historia de las mujeres.

Estas diversas miradas a la historia de las mujeres en la medicina empezaron con una primera aproximación testimonial, con la intención de hacer visibles las trayectorias de las mujeres en la medicina científica. Son trabajos escritos por las mismas médicas, trabajos muchas veces autobiográficos, que alejándose de un tono “victimista”, buscan mostrar los logros de estas mujeres y a su vez, rastrear un linaje y una identidad con las prácticas sanitarias femeninas a lo largo de la historia. Si bien la autora plantea que en el marco de la historiografía profesional de las mujeres y la medicina, este período se acabó, el punto de vista de este trabajo es considerar su vigencia/permanencia en la lógica de los actores del campo. Así, el “pionerismo” será considerado

²⁷ Caracterizado principalmente por el auge de la segunda ola del feminismo y la emergencia de la historia de las mujeres con el ya clásico aporte de Joan Scott (Scott, 1996), por lo que Teresa Ortiz plantea que este período es el que se pasa del concepto de mujer al concepto de género (2006)

como un discurso de los actores que hace una reivindicación no victimista de las primeras médicas; reivindicación que valora el hecho de que hayan abierto el camino pero que resalta las cualidades individuales y personales de estas pioneras –su excepcionalidad- ocultando con ello las dimensiones comunes de la opresión de género.

La historia de la relación de las mujeres con la medicina puede empezar con el origen de los tiempos, remontarse a las hechiceras y sanadoras –como veremos para el caso de la ginecología, capítulo 6- o incluso, enfocarse en la Edad Media, en trayectorias de mujeres como Trota de Salerno o Hildegarda de Bingen²⁸. Pero, de lo que se trata aquí es de estudiar la experiencia de las mujeres en la medicina científica, consolidada como profesión, de modo que el comienzo de esta historia se relaciona con la entrada de mujeres en las carreras médicas de las Universidades modernas, esto es, en el siglo XIX.

2.1-Las primeras: las mujeres en camino a la Universidad (Europa y Estados Unidos, 1850-1890).

Entre finales del siglo XVIII y las primeras décadas del siglo XIX la medicina mexicana pasó de ser un “arte” a ser una “ciencia”. Este gran cambio -que se explica entre otras cosas por la entrada de las ideas del positivismo de Augusto Comte a la Escuela de Medicina (Cházaro, 2002) lo cual implica que comience y se sistematice la enseñanza de la clínica, de la anatomía patológica y la fisiología- es en México el correlato de lo que sucedía con Europa. Como plantea Michel Foucault, la medicina moderna ha fijado su fecha de nacimiento hacia los últimos años del siglo XVIII y ese nacimiento, para el autor francés, tiene que ver con una reorganización de la mirada y del discurso que hacen posible el surgimiento de la experiencia clínica (Foucault, 2004).

Esa medicina científica es la que se enseñaba en las Universidades donde, salvo poquísimas excepciones, las mujeres no tenían permitido estudiar. En general, era un pensamiento de la época que las mujeres de las clases medias y acomodadas, no debían estudiar en la universidad y su educación debía ser más bien rudimentaria: algunas nociones de música y artes decorativas para entretener y ser una buena madre y esposa. Todo lo cual se relaciona con los grandes cambios que las sociedades occidentales estaban viviendo debido a la industrialización y la urbanización, lo que produjo que en las clases burguesas se convirtiera en una aspiración que

²⁸ Para saber más sobre ambas, se sugiere la lectura de Mónica Green (2001)

las esposas e hijas no tuvieran que trabajar –a diferencia de las mujeres de las clases trabajadoras- (Duby & Perrot, 1993).

Al mismo tiempo que se perfilaba este ideal femenino “victoriano”, las justificaciones biológicas servían para ratificar los roles sociales asignados a varones y mujeres: que fueran más pequeñas, que no tuvieran fuerza muscular y sobre todo, que estuvieran a merced de su sistema reproductor, eran razones suficientes para justificar su debilidad y delicadeza.

En el caso concreto de la medicina, se planteaba además que las mujeres no podían ni debían estudiar esta disciplina por varias razones. Una de ellos era que, por tratarse de una profesión que reclamaba un constante apego al deber, las mujeres –por la menstruación y los embarazos, por ejemplo- no estaban en condiciones de ejercer. En esta lógica, ser madre era un trabajo suficiente para una mujer. Otro de los argumentos era que no se trataba de una labor adecuada para una mujer decente. Por ejemplo, Thomas Bonner cita a la madre de una de las primeras mujeres médicas de la Universidad de Michigan, que solía decir que prefería ver a su hija en un asilo para locos que practicando la medicina (Bonner, 1995, p. 12).

Otra gama de argumentos se basaba en la biología: ni su debilidad física ni el tamaño de su cerebro ni su “naturaleza” eran adecuadas para el estudio de la medicina, argüía un renombrado anatomista de la universidad de Munich en un texto que se convertiría en la “biblia” de quienes renegaban de la entrada de las mujeres en la Universidad (Theodor von Bischoff, citado en Bonner, 1995, p. 11).

La virulencia y la calidad de los argumentos variaban de acuerdo a los países y los diferentes actores, así como también variaban las barreras objetivas que impedían el acceso de las mujeres a la educación superior. Claro que lo que estaba en juego con el acceso de las mujeres a la educación era mucho más que la decencia: las mujeres que querían estudiar en la Universidad y en nuestro caso, ser médicas, lo que hacían era alterar las ideas dominantes de lo femenino y lo masculino. “De ahí, para un patriarca que debe conquistar y gobernar, la importancia enorme de sentir que muchísima gente –medio género humano en verdad-es, por naturaleza, inferior a él” escribía Virginia Woolf en su conferencia en la Universidad de Cambridge en los años de 1920, cuando todavía las mujeres no podían estudiar a la par que los hombres en esa prestigiosa universidad británica (Woolf, 2006).

Sin embargo, había quienes se oponían a estos impedimentos e ideas; hombres y mujeres que desafiando los prejuicios de la época, intentaron modificar la situación. En su libro *To The end of the earth*, Thomas Bonner (1995) describe –basado principalmente en los casos norteamericano y europeo- un fenómeno que comenzó a darse en el último cuarto del siglo XIX y que tiene que ver con las estrategias que siguieron diferentes mujeres para hacer realidad su deseo de convertirse en médicas.

Diversos factores explican para el autor que en Estados Unidos proliferaran, desde mediados del siglo XIX, escuelas de medicina para mujeres (entre 1850 y 1882 se habían fundado cinco escuelas). Inspiradas en el reformismo social y en la idea de que las mujeres debían conocerse a sí mismas para también poder ayudar a otras mujeres, estas escuelas seguían un modelo segregacionista –sólo para mujeres. Así, por ejemplo, Ann Preston, egresada de una de estas escuelas y fundadora del primer hospital para mujeres en Philadelphia en 1861, planteaba que las mujeres eran diferentes y por lo tanto, diferente debía ser su lugar en las artes de curar y cuidar (Bonner, 1995, p.19). Había defensores y críticos de este modelo, pero lo cierto es que la educación de estas escuelas era bastante deficiente y esa es una de las razones que sostiene Bonner para explicar luego la migración de las jóvenes norteamericanas para tener una buena formación médica en las primeras escuelas de medicina que se abrieron en Europa.

Una de las primeras Universidades que decidieron abrir las puertas de las carreras de medicina a las mujeres fue la Universidad de Zurich. En un contexto de ciudad progresista y liberal, fue esta universidad la que dio la posibilidad de una verdadera formación médica – de cinco años, con coeducación con los varones- a las “pioneras” que desde diferentes lugares del mundo, llegaron a estudiar allí. La que le siguió, siempre con el apoyo de hombres –profesores e intelectuales- que apoyaban la causa de la educación de las mujeres, fue la Universidad de París y entre ambas, lograron “demostrar”²⁹ que las mujeres estaban capacitadas para estudiar medicina y con ello, abrieron nuevas posibilidades para que el resto de las universidades europeas – y también de otros lugares del mundo como Argentina, Brasil y México- abrieran sus puertas a la educación superior de las mujeres en las últimas décadas del siglo XIX.

²⁹ T. Bonner insiste en que los argumentos que usaban profesores y rectores de estas escuelas de medicina para legitimar la entrada de mujeres como estudiantes era que se trataba de una prueba o experimento, para ver si realmente las mujeres estaban en condiciones de estudiar y rendir como varones.

Ahora bien ¿Quiénes eran esas mujeres? Eran por lo general hijas de profesionistas, de clases medias y acomodadas que a veces, sin mediar ningún tipo de apoyo, migraban de país y hasta de continente para exponerse a rutinas rigurosísimas y demostrar que estaban a la altura del desafío. Bonner traza sus perfiles: Nadezhda Suslova – quien escribió: “soy la primera, pero no la última. Detrás de mí vienen miles” (Bonner, 1995, p. 37)-, Frances Elizabeth Morgan, Susan Dimock –la primera norteamericana en graduarse de médica en Europa-, Vera Vögtlin, Mary Putman Jacobi –quien escribió varios libros sobre su experiencia- son algunas de ellas. Solidarias entre ellas más allá de las barreras culturales, a estas jóvenes mujeres se les abrieron las puertas de la universidad pero no siempre eran bien recibidas por sus pares a la hora del ejercicio profesional.

Citaremos dos ejemplos. Uno es el de Franziska Tiburtius, quien estudió en Zurich, pero al regresar a Berlín, no pudo obtener licencia profesional, lo que no le impidió trabajar pero sí firmar certificados de nacimiento y muerte, por ejemplo, que debía firmar por ella el Dr. Karl Tiburtius (su hermano) (Meyer, 2001). Otro es el caso de las francesas Augusta Klumpke y Blanche Edward, quienes tuvieron que luchar contra la corporación médica para poder ser aceptadas en los puestos de internado en los hospitales de París. Si bien en las décadas de 1870 y 1880 la matrícula femenina aumentaba en la escuela de medicina de la Universidad de París, muchas de las estudiantes eran extranjeras y las que decidían realizar sus prácticas en los hospitales franceses, se encontraban como Klumpke y Edward, con múltiples obstáculos que sólo la persistencia de las jóvenes médicas y el favor del gobierno francés pudieron vencer –el gobierno podía decidir una cosa respecto a las mujeres en la educación, pero la corporación médica podía hacer otra cosa (Bonner, 1995).

Un apartado especial –Bonner les dedica un capítulo entero de su libro- merece la experiencia de las rusas que en Zurich, en Berna, en Ginebra, en París, conformaban un colectivo especial de mujeres llegadas desde el este en busca de una profesión³⁰. El caso de Varvara Kashevarova es la excepción: ella fue una de las primeras en estudiar en Rusia; pero lo cierto es que debido al radicalismo de muchas de estas jóvenes el gobierno zarista les prohibió estudiar³¹ y

³⁰ Algunas cifras: en 1870 estudiaban en Suiza 14 mujeres, y en 1906 eran 1,181. De este número, casi el 68% eran extranjeras y se puede suponer, la mayoría rusas ya que la revolución fallida de 1905 incrementó el número de exiliadas en Europa Occidental (Bonner, 1995).

³¹ Además, la agitación social del Imperio Ruso y sus zonas de influencia también hacía que muchas de ellas, por ejemplo, polacas y/o judías, migraban en busca de mayor seguridad.

muchas de ellas, entonces, eligieron el camino del exilio a Europa Occidental. Hijas de la transición de la Rusia feudal y campesina a la Rusia industrial, embebidas del nihilismo que cundió en Rusia después de la guerra de Crimea, muchas veces sin posibilidad de casarse pero negándose a convertirse en un peso para sus familias, estas jóvenes son descritas como ascéticas, idealistas, serias, que vestían diferente al resto de las muchachas, fumaban, pasaban hambre y estudiaban en sombríos altillos de los barrios universitarios, fueron adelantadas a su época – para algunos de sus contemporáneos, eran el cáncer de las escuelas de medicina- y en sus búsquedas casi libertarias de saber hay un quiebre mucho más fuerte de las convenciones sociales y familiares del que estaban por empezar a lograr las mujeres de Europa Occidental. Ellas, que luego fueron médicas, químicas, matemáticas, como colectivo pero también en sus expresiones más destacadas – por ejemplo, la polaca Maria Sklodovskaia, luego célebremente conocida como Marie Curie- condensan los significados que tenía –más allá de los deseos individuales de cada una- en términos de modernización social y democratización, pero al mismo tiempo, de quiebre del modelo consolidado de género, el reclamo y avance de las mujeres sobre el saber, las ciencias y las profesiones. De alguna manera, reseñar sus trayectorias es un modo de generar también un contrapunto analítico: su avance sobre la medicina contenía claramente otros reclamos, su movimiento colectivo significaba más que las vocaciones y deseos individuales. En términos comparativos ¿podemos pensar algo similar para las mujeres que estudian hoy medicina? O mejor ¿qué significados tiene la mayoritaria presencia de mujeres en la profesión médica para el orden de género actual?

Como decía Nadezhda Suslova “miles vinieron detrás”: el éxito de las primeras no sólo incentivó a sucesivas generaciones sino que, poco a poco, la mayoría de las universidades europeas y también estadounidenses comenzaron a abrir sus puertas a las mujeres. La Escuela de Medicina de John Hopkins aceptó mujeres a partir de 1893, en Canadá y Escocia y en las Universidades de Alemania, Austria, Rusia, también empezaron a aceptar mujeres en la medicina en la década de 1890. En 1882 se graduaron las dos primeras médicas españolas: Dolores Aleu Riera y Martina Castells Ballespí, que estudiaron la carrera en la Universidad de Barcelona – una ciudad en donde para 1870, el 74% de las mujeres eran analfabetas- y rindieron su examen en la complutense de Madrid (Flecha, 2001). Sin embargo, esta primera investida terminará, como muchas otras cosas, con la llegada de la primera guerra mundial.

En el análisis de una de sus contemporáneas -Marianne Weber-, también comenzaba una nueva era ya que las que vinieron después de las primeras no necesitaban ser tan duras y combativas: “Ellas tuvieron que arrasar con muchas barreras, y sobre todo, con la muralla china de miles de años de ideal femenino que limitaba las opciones de las mujeres a las necesidades de los hombres”; por eso tuvieron que reprimir su delicadeza y su feminidad, en pos de lograr sus objetivos. Algunos de los cuales eran alentar a sus pares, como escribía la española Dolores Abreu en su tesis: “No puedo terminar esta tesis sin dirigir un llamamiento a las mujeres, para que, abandonando las preocupaciones, tomen por empeño el estudio. No temas la crítica: el trabajo fue bendecido por Dios y es el mejor bálsamo de las úlceras sociales” (Flecha, 2001, p.237).

Esas mujeres, a las que se alentaba a estudiar y trabajar, tendrán, según Mariannne Weber (Aguiluz Ibarquén, 2011) una tarea: cómo hacer todo esto sin perder la feminidad en el camino; es decir, cómo lograr los objetivos sin dejar de ser una mujer. La agudeza del análisis de Marianne Weber hace más de 100 años, todavía engendra un aspecto dilemático que en otros capítulos de la tesis (sobre todo 4 y 5) trabajaremos con mayor profundidad.

2.2-Las primeras en América Latina (1880-1910).

En el apartado anterior dimos cuenta de lo que sucedía con la entrada de mujeres en Estados Unidos y Europa. Ahora nos interesa ver cómo ese mismo fenómeno acontecía también en América Latina. Para ello, nos centraremos en los casos del Río de la Plata y Brasil, para luego meternos de lleno en el caso mexicano.

En la Introducción del libro *Género y Ciencia en América Latina: mujeres en la academia y en la clínica (siglos XIX-XXI)* (Jacinto & Scarzanella, 2011) las editoras, basadas en los distintos trabajos del volumen, hacen un intento de síntesis de los motivos que empujaron a las mujeres a finales del siglo XIX a “curar” y “enseñar”. Así, plantean tres grandes razones: -en momentos de modernización de los países de América Latina y de constitución de sus estados nacionales, la medicina formaba parte de un proyecto reformador. Así, estudiar y ser médica era, como lo muestran los ejemplos de Cecilia Grierson y Alicia Moreau en Argentina, de Paulina Luisi en Uruguay, de Francisca Prager en Brasil, ser también reformadora, partícipe de momentos de lucha y reivindicación de los derechos de algunos sectores de la población –especialmente mujeres y niños- y la constitución de política públicas que los beneficiaran; -también, era ejercer una profesión prestigiosa que permitía ganar dinero y estatus; en este sentido, se deben tener en

cuenta ciertas creencias como el “doctorismo” en Argentina, que permeaba y sostenía el esfuerzo de las familias de migrantes que veían en el sistema de educación público del país una vía de ascenso social para las generaciones sucesivas, algo impensable en sus países de origen (Zimmermann, 1995); -por último, el deseo de seguir una carrera científica: esto es de estudiar, investigar, descubrir, en una época en que existía una fuerte creencia en las posibilidades de la ciencia y el progreso humano.

Así, el punto de vista del análisis plantea que más allá de conocer las trayectorias de las mujeres que abrieron brecha, lo interesante es conocer los modos en que se enfrentaron a un universo masculino – hostil y lleno de prejuicios- y también cómo ejercieron la profesión –si lo hicieron de un modo diferente al de los hombres-. Estas preguntas nos parecen interesantes porque un siglo después siguen siendo significativas a la hora de dar cuenta de las experiencias de las mujeres en la medicina en la actualidad (Jacinto & Scarzanella, 2011)

A continuación intentaremos dar cuenta del proceso en América Latina a partir de los casos seleccionados, para mostrar los rasgos en común y poder ver luego cómo las trayectorias de las “pioneras” mexicanas responden también a esta misma lógica, por lo que se demuestra que estamos viendo un proceso general de las sociedades occidentales y que en ese sentido, estudiamos las particularidades de un fenómeno más general, que tiene que ver con las configuraciones de género y el avance en los derechos de las mujeres entre el siglo XIX y el XX.

Si las primeras mujeres en estudiar medicina en las Universidades europeas lo hicieron en la década de 1860, en América Latina esto se produjo a partir de la década de 1880: así, por ejemplo, Cecilia Grierson, primera médica argentina en graduarse en la Universidad de Buenos Aires lo hizo en 1889, Elvira Rawson en 1892; Rita Lobato Velho Lopes, la primera brasilera en graduarse en la Universidad de Bahia en 1887, Ermelinda Lopes de Vasconcelos en la universidad de Rio de Janeiro en 1888, Paquita Prager Foes en 1893 también en Bahia, Paulina Luisi en la Universidad de la República en Montevideo, Uruguay en 1908, Eloísa Díaz Insunza³² y Ernestina Pérez Barahona en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile en 1887 y en ese mismo año, en México, Matilde Petra Montoya de quien hablaremos luego (Jiménez, 2000; Rodhen, 2001; Rago, 2007; Sapriza, 2011)

³² Algunos debaten sobre quién fue la primera mujer en recibirse de médica en América Latina; para nosotros es un debate estéril, lo que más nos interesa es justamente ver el aspecto colectivo del fenómeno.

Estos son los nombres de algunas de ellas y lo importante –a diferencia de la historiografía médica más tradicional preocupada sí por los nombres de las primeras- a nosotros nos interesa rescatar los rasgos generales de esta generación de mujeres que comenzaron a ejercer la profesión médica en las primeras décadas del siglo XX, mujeres que muchas veces tuvieron contactos entre ellas a partir de correspondencia y congresos³³ y que no sólo se preocuparon y trataron temas médicos en común sino que también que tomaron posturas similares en los debates públicos de la época.

Así, siguiendo el análisis que proponen Jacinto y Scarzamella (2011) ante la pregunta de cómo ejercían estas mujeres su profesión, podemos decir muy a grandes rasgos que la mayoría de ellas se dedicaron a especialidades médicas como la pediatría y la ginecología y más allá de la práctica privada, casi todas ocuparon cargos en la salud pública. Y sobre la cuestión de cómo se enfrentaron a los prejuicios y hostilidad del mundo masculino, nos interesa resaltar dos rasgos en común: sus posturas respecto al feminismo y sus “modos de ser” recatados y serios.

Salud Pública y la salud de las mujeres y los niños:

Entre los rasgos en común que encontramos en las primeras médicas de nuestro continente es que en la mayoría de los casos se dedicaron a especialidades vinculadas a la salud de las mujeres y los niños. Esto puede ser explicado por varios factores que seguramente operaron en conjunto en las decisiones de las médicas. En primer lugar, la salud infantil y el cuidado de los niños podían parecer lugares más adecuados –y menos conflictivos- para el ejercicio profesional de las mujeres. En este sentido, se plantea que ése era el único espacio al que podían acceder, ya que si estudiar medicina era adentrarse en un terreno masculino, más aún lo era trabajar como médica (Schpun, 1997). Y además, como vimos respecto a los argumentos que se utilizaban para justificar la aceptación de mujeres en las Universidades europeas y norteamericanas, se consideraba que, ante ciertos pudores, era correcto que fueran las mujeres las que pudieran revisar, asistir y curar a otras mujeres³⁴.

³³ La amistad entre Alicia Moreau y Paulina Luisi a través de su correspondencia en el artículo de Sapriza y en el de Jiménez, las visitas de la Dra. Insunza a los Congresos Médico Latinoamericano y de Medicina e Higiene en Buenos Aires en 1910.

³⁴ Retomaremos esto para el caso de la Ginecología, en el capítulo 6.

Todo esto iba en paralelo con los procesos de medicalización de las mujeres que tiene que ver con procesos de la profesión médica—avances en los conocimientos y técnicas de la ginecología, la obstetricia, la puericultura- pero también -e íntimamente vinculados con los anterior- con las políticas que buscaban controlar la sexualidad y maternalizar a las mujeres. Por *maternalización* de las mujeres se entiende el proceso por el cual no sólo la maternidad se convierte en algo inscrito en el cuerpo y la biología, sino que se sostiene —con pretendidas pruebas de cientificidad en las cuales la medicina ocupa un lugar central- que la maternidad es el único destino de las mujeres (Nari, 2004). Como plantea la autora, este proceso, que se dio en los países y regiones occidentalizadas entre fines del siglo XVII y principios del XX, obedece al conjunto de transformaciones relacionadas con la emergencia del mundo capitalista. A los fines de nuestro análisis, entraña tres cuestiones centrales: que se considera que el trabajo en el ámbito doméstico es para las mujeres algo natural; que la medicina sea considerada un dispositivo de saber y poder (Foucault, 2005, 2006); y que la emergencia de una serie de instituciones que, en la consolidación de los estados nacionales en América Latina, dio como resultado la medicalización de la reproducción y la racionalización de lo doméstico (Nari, 2004). Es en este marco general de expansión de la medicina respecto a la salud – y normalidad- de las mujeres, que las pocas médicas en el continente se insertan en el ejercicio profesional de la medicina.

Nos centraremos en algunos ejemplos como “un esfuerzo de aproximación a sus vidas concretas para poder evaluar lo que significó para ellas sobrevivir y resistir, subordinarse o rebelarse y comprender cómo estos actos adquirirían un significado político en el sentido amplio del término” (Sapriza, 1988).

Cecilia Grierson fue la primera médica argentina y se dedicó a la ginecología y la obstetricia, siendo que en 1892 colaboró en la primera cesárea realizada en ese país. En uno de sus viajes a Europa hizo en París cursos de perfeccionamiento en Ginecología y Obstetricia y fundó, en el 1900, la Asociación Obstétrica Nacional. Además de su práctica clínica, se destacó por ser muy activa en la docencia, fundando y estimulando la creación de escuelas de enfermería, kinesioterapia, masajes y primeros auxilios. Su lucha por lograr la entrada a la universidad continuó respecto a la docencia universitaria, ya que 1894 se presentó a un concurso docente en la Cátedra de Obstetricia para Parteras, pero el concurso se declaró desierto porque las mujeres no podían ejercer la docencia universitaria (Chague, 2008). En 1902 fundó la Escuela Técnica del Hogar, donde se dictaban cursos de economía doméstica y puericultura, con la idea de enseñar a

las jóvenes “conocimientos útiles”, claramente inspirados en la racionalidad doméstica y el maternalismo político³⁵.

Como ya dijimos, ella no fue la única. Entre 1889 y 1922, en la Universidad de Buenos Aires se graduaron 41 médicas y más de la mitad de sus tesis eran sobre temas de salud femenina (Nari, 2004). Las cuestiones de salud vinculadas a las prácticas de higiene y crianza de los niños son un tópico común en las preocupaciones de estas médicas que además publicaron artículos en la prensa especializada y en la femenina (Nari, 2004).

Mientras tanto en Brasil, después de 77 años de fundadas las primeras universidades –de Bahía y Río- las primeras mujeres comienzan a estudiar medicina. Es un trabajo sobre la médica bahiana Francisca Prager (Rago, 2007), se describen los debates que tuvieron lugar por ejemplo, en la asamblea provincial de Pernambuco, donde el diputado y médico cirujano Malaquias Gonçalves planteaba la incompetencia natural de las mujeres para la educación y Tobías Barreto, humanista y liberal, lo refutaba poniendo el ejemplo de la rusa Nadeshna Suslova –a quien citamos en el apartado anterior-, graduada en Zurich en 1867. Prager se inscribió en los cursos de la escuela de medicina y farmacia de Bahía en 1888, junto con su hermano Antonio. En 1892 dio inicio a su práctica como interna en la enfermería de Partos del Hospital Santa Isabel. Luego se desempeñó en la Maternidad Climerio de Oliveira, donde vio las condiciones de salud de las mujeres de los sectores menos privilegiados de la sociedad bahiana - según los registros atendía a ex esclavas, sifilíticas, tuberculosas y mujeres con disturbios mentales-. Francisca fue la primera mujer en publicar un artículo científico en la Gazeta Médica de Brasil sobre “Caso de gravidez extra uterina-abdominal” y pasó a ser, desde 1908, parte del cuerpo de redacción de esa publicación (Rago, 2007).

En Uruguay, tenemos el ejemplo de Paulina Luisi, primera mujer del país en terminar una carrera universitaria, graduada como médica en 1908 en la Universidad de la República, en Montevideo. Paulina atendía “enfermedades de señoras, niños y partos” en su casa consultorio de la Avenida La Paz de la capital uruguaya. Fue directora del Consejo Nacional de las Mujeres donde publicó artículos donde se promovía el control de la natalidad, la educación sexual y hasta el aborto –a sabiendo de que iba contra las ideas dominantes y los códigos penales. Junto con la

³⁵ La información sobre Cecilia Grierson: en <http://www.biblioteca.anm.edu.ar/grierson.htm> y Chague (2008).

argentina Alicia Moreau, graduada en 1914, formaban parte de una red de médicos y reformistas sociales que cruzaban el Río de la Plata, muchos de ellos socialistas, que creían firmemente en el higienismo como política de regeneración social (Sapriza, 2011).

Feminismo, sufragismo y ascetismo.

Como se puede apreciar en estas primeras aproximaciones, estas médicas no sólo se dedicaban a la salud de las mujeres sino que aunaban su práctica médica con cierto compromiso a las causas del activismo feminista. Esto no significa que todas ellas fueran feministas ni que el feminismo de entonces fuera como el de hoy (o los feminismos de entonces y los de hoy sería más preciso). Pero sí que dado que el contexto social de entonces, que estas mujeres aspiraban a tener una educación universitaria y ejercerla, significaba un quiebre del orden social de género y de los estereotipos dominantes.

Thomas Laycock, profesor de la Universidad de Edimburgo, ante la demanda de Sophia Jex Blake –militante del movimiento de mujeres inglesas que pretendía estudiar medicina- dijo que no se *imaginaba* a una mujer *decente* practicando la medicina. Elizabeth Juliska Rago (2007) historiadora brasilera, plantea ante esto que esa resistencia de Laycock –y de todos los que pensaban como él- se condensa en dos palabras *imaginar* y *decencia*: “la primera remite al dominio de lo imaginario, más condicionado por lo colectivo que por lo individual; la segunda remite a los códigos -también social y culturalmente contruidos- de decencia, que quiere decir, a los patrones de honra, vergüenza, pudor y moralidad propios de un contexto histórico” (Rago, 2007, p. 136). Ponemos así en perspectiva los significados de género que conllevaban las decisiones y deseos individuales de estas mujeres de hace un siglo.

Visto de este modo, fueran ellas activista o no, sus actitudes y trayectorias cobran una relevancia pública y provocadora. Pero, además en algunos casos concretos, sí tuvieron un papel importante como activistas feministas. Francisca Prager perteneció a una generación que se manifestó públicamente por los derechos de las mujeres, sobre todo denunciando la doble moral sexual de los hombres y las injusticias que vivían las mujeres de los sectores más desfavorecidos de la sociedad brasilera, mujeres con las que ella trabajó hasta 1914 (Rago: 2007). Como vimos, Paulina Luisi fue una defensora del aborto y colaboró estrechamente con sus compañeras

argentinas en el movimiento sufragista. En este sentido, merece subrayarse el nombre de Alicia Moreau de Justo, emblemática política socialista, feminista y sufragista argentina.

Ramacciotti y Valobra (2011) reconstruyen el espíritu de esta generación de mujeres profesionales, planteando que la profesionalización ubicaba a las mujeres en la esfera pública y si bien no todas tuvieron una postura feminista –porque como bien aclaran, no todas las sufragistas eran feministas- sí había un rasgo común de compromiso político que se canalizaba a través del reformismo social –principalmente socialista- y que estaba imbuido del higienismo y la eugenesia³⁶ que dominaban por entonces el pensamiento sobre la salud pública y la medicina. Así, el ejemplo de Alicia Moreau -quien es para las autoras una verdadera intelectual del siglo XX- muestra cómo se unía en el saber específico de un campo profesional, la discusión de los múltiples problemas sociales considerados más acuciantes en una época determinada.

Al mismo tiempo, esa profesionalización les va dando un lugar en las emergentes agencias estatales, por lo que van ocupando un lugar público que desplaza el trabajo no remunerado de las asociaciones filantrópicas del siglo XIX, que gestionaban las políticas sociales. Así, el avance de las médicas sobre estos puestos significaba también pelear posiciones con los hombres o con otras mujeres –por ejemplos, las damas de la alta sociedad que gestionaban esas asociaciones filantrópicas- (Guy, 2008) .

Es decir, con posturas políticas más o menos radicales, se trataba de mujeres que tenían que pelear por los lugares donde estaban, contra los prejuicios y por el reconocimiento de sus derechos. Como plantea Celia Amorós (Amorós, 1994), una de las principales reivindicaciones del feminismo del siglo XIX fue el acceso a la educación y los derechos políticos; de modo que estas universitarias latinoamericanas, fueran feministas o no, eran vistas como tales por los otros – hombres pero también mujeres-: eran mujeres “viriloides” para aquellos que consideraban al feminismo como “una forma evolutiva de la conciencia femenina hacia su masculinización” -citas de Josué Berutti, profesor de la Facultad de Medicina de la UBA y de Ricardo Martelli, estudiante de esas facultad, citados en Ramacciotti y Valobra (2011)-.

³⁶ Como veremos luego con el caso mexicano, la Eugenesia latinoamericana fue diferente a la anglosajona y europea, que luego derivó en la aberración de las políticas de exterminio del nazismo (Stepan, 1991)

En esta necesidad de aclarar qué era el feminismo, Francisca Prager quiso definirlo para despojarlo de todos los sentidos peyorativos que le daban sus antagonistas, que lo igualaban a la anarquía social: así, escribió en 1923 que el feminismo era la lucha contra la frivolidad y la ignorancia de la mujer³⁷.

Fueran o no feministas –insisto- todas ellas eran, según las descripciones que dejaron sus contemporáneos, mujeres duras, reservadas, serias, austeras. Las que se casaron, lo hicieron sólo una vez, y en el caso de Alicia Moreau lo hizo a los 37 años, cuando era para la época considerada una “feminista solterona”. Las más, fueron solteras y a pesar de haber trabajado a lo largo de toda la vida, vivieron y murieron muy lejos del lujo y la abundancia que otros colegas varones de la época sí podían permitirse. Pero qué mejor que un magnífico ejemplo que resume y condensa esta imagen, las palabras que un amigo y colega hiciera sobre la Dra. Paulina Luisi en un homenaje que le realizaron en 1925. Para este doctor, su amiga era un ser básicamente “andrógino”³⁸: “Valor, actividad y tenacidad que generalmente es de hombres; amor, abnegación y bondad, que generalmente es de mujeres, forman en efecto la síntesis sicológica de esta mujer extraordinaria que posee, además en grado superior la inteligencia y la cultura que son de hombres y mujeres” (Sapriza, 2001, p.56).

2.3-La Medicina en México.

Hablar de la medicina en México requiere, antes de comenzar, de algunas especificaciones³⁹. En primer término, que nos referiremos a la medicina científica occidental, la que algunos autores han caracterizado por la vigencia del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2005). Nos interesa este último concepto ya que decir “hegemónica” hace referencia

³⁷ Prager en *Revista Feminina*, San Pablo, año X no. 108, mayo de 1923, citado en Rago, 2007.

³⁸ En los siguientes capítulos retomaremos estas ideas de la presencia de atributos femeninos y masculinos en las configuraciones subjetivas tanto de varones médicos como de mujeres médicas.

³⁹ En este breve relato, seguimos en parte el relato oficial consagrado en el recorrido propuesto en el Museo de la Medicina Mexicana: las primeras salas son las de la medicina precolombina, divididas según la propuesta de los tres períodos de las culturas mesoamericanas –preclásico, clásico y posclásico-, especificando por regiones culturales –valle de México y área maya-; luego continúa la sala de medicina novo-hispana y finaliza con la medicina científica – cuyos hitos son la creación de la Escuela de Medicina en el palacio donde hoy se sitúa el mencionado museo y la Academia Nacional de Medicina, en uno de los salones se visita la réplica de lo que fuera una de las primeras salas de sesiones de la ANM- Museo de la Medicina Mexicana, Palacio de la Medicina, Brasil 33, Centro Histórico, México DF.

a que no es la única, pero sí la que se ha impuesto como dominante sobre otras que –aún hoy- le disputan esa hegemonía.

En la América precolombina la medicina era un oficio ejercido tanto por hombres como por mujeres: los saberes de ellas estaban más centrados en la mujer parturienta y la asistencia del parto⁴⁰, así como de los cuidados post natales (Rodríguez Pimentel & Silva Romo, 2003). Estas medicinas, basadas en conocimientos empíricos y en un uso terapéutico de la herbolaria, significaron grandes avances para la medicina de raíz greco-romana; sin embargo, para la época de la conquista se pasa de practicar la medicina como un oficio, a hacerlo como virtud, restringiéndose la práctica de las medicinas tradicionales y pasando gran parte de los cuidados médicos al ámbito religioso (Somolinos D'Ardois, 1978).

Es en el siglo XIX donde la medicina comienza a constituirse como medicina científica. Para ilustrar esta afirmación, Laura Cházaro (2002) cita al Dr. José María Reyes, quien proponía en el Periódico de la Academia de Medicina en la década de 1850 que la justeza de las conclusiones médicas “derivarían de la diaria sistematización de esas observaciones y de la sensibilidad médica para identificar el lugar y las características de los padecimientos” (Cházaro, 2002, p.20). Científica, aplicada e internacional, la medicina mexicana se describe a sí misma siguiendo los planteos de las etapas evolutivas de Augusto Comte: tuvo su período teológico en la medicina de los antiguos pobladores del valle del Anáhuac, el período metafísico durante la colonia y se encuentra, para mediados del siglo XIX, en su fase positiva⁴¹.

Pero, como bien plantea Ana Carrillo, en el largo camino desde la colonia y el protomedicato, la medicina tuvo la necesidad de convencer al público para dejarse atender –sobre todo en una sociedad que continuaba usando las medicinas indígenas- (Carrillo, 1998). Para ello, tuvo un papel central el Estado, que contribuyó primero a subordinar las otras profesiones sanitarias a la medicina y luego –mucho más tarde, en 1945- a sancionar el monopolio de la medicina en la atención de la salud. Como bien señala la autora, si la profesión necesitó del Estado, éste también necesitó de la medicina en su proyecto de secularización de la sociedad.

Analizando la profesión médica en México desde los ejes clásicos de análisis de los estudios sobre profesiones Carrillo(Carrillo, 2002a) describe la relación de la profesión con el

⁴⁰ La *ticitl* era partera en nahuatl antiguo. (Museo de la Medicina Mexicana)

⁴¹ Esta noción pertenece a Fernando Ocaranza, en su *Historia de la Medicina en México*, de 1934, citado en Cházaro, 2002.

Estado mexicano en el siglo XIX en “la tensión entre el control y la autonomía”. Estas tensiones giraron en torno de la obligatoriedad de asistir gratuitamente a los pobres y el establecimiento de impuestos y aranceles regulados, el control de la enseñanza y la práctica profesional y la cuestión del secreto médico, principalmente. En estas cuestiones la autora destaca que no existía unanimidad dentro del gremio médicos y que, además, si bien el Estado no garantizaba el monopolio del ejercicio profesional – por ejemplo, Porfirio Díaz reconoció y estimuló mucho la medicina homeopática- sí se convirtió en uno de los principales empleadores de estos profesionistas, sobre todo a partir de la sanción del Código Sanitario de 1891(Carrillo, 2002a).

Es en la sanción de este código el que da lugar al surgimiento de la salud pública en México. Carrillo propone que los elementos científicos como la microbiología, la inmunología y la epidemiología, junto con la necesidad de México de integrarse al capitalismo mundial y controlar y centralizar el comercio, fueron los que dieron origen a una incipiente burocracia sanitaria que en el *porfiriato*⁴² buscó hacer un diagnóstico de la salud y la geografía médica del país (Carrillo, 2002b). El papel del Dr. Eduardo Liceaga fue fundamental en ello y si bien se encontró con resistencias, bajo su auspicio se llevaron a cabo las primeras campañas sanitarias de vacunación en el país. Si a esto sumamos el fomento de la educación en pos de la higiene y las obras sanitarias por ellos alentadas, es razonable pensar, como afirma Claudia Agostoni, que por lo menos para la ciudad de México, entre fines del siglo XIX y principios del XX, los médicos eran “artífices de la modernidad” (Agostoni, 2005).

Ahora bien: esa medicina era ejercida únicamente por varones. Como plantea la historiadora Elizabeth Dore, la llegada de la independencia y después de la República, no significó necesariamente para las mujeres, un avance: “un paso para adelante dos pasos para atrás” es la fórmula que la autora utiliza para describir cómo el liberalismo político restringió algunos ámbitos de autonomía femenina y fue, sobre todo, una “modernización del patriarcado” (Dore, 1999).

Este es el marco más general en el que se sitúan las mujeres en el México de fines del siglo XIX: Carmen Ramos Escandón describe a las “señoritas porfirianas” como atadas por un doble corsé “físico y moral” (Ramos Escandón, 1987). Como sabemos, los modelos de feminidad siguen los clivajes de casta, raza y clase, y es por eso que nos interesa describir brevemente el mundo que vivían las mujeres jóvenes de las ciudades mexicanas que fueron las que aspiraron a tener una

⁴² Hace referencia al período de gobierno del General Porfirio Díaz: de 1876 a 1911.

educación. Así, por un lado, tenemos a las señoritas trabajadoras –oficinistas, costureras- que seguían un modelo de sumisión personal y social, pero al mismo tiempo, de superioridad moral. (Ramos Escandón, 1987, p. 155). Mientras que las hijas de las clases acomodadas sólo debían aspirar a bien casarse y tener hijos, las emergentes clases medias urbanas estaban bastante influenciadas por el modelo protestante norteamericano que alentaba la educación de las mujeres (Bastian, 1987).

De este grupo de ideas es que se embeben las mujeres que estudiaron para maestras y se convirtieron en modelos de reformadoras sociales: eran de algún modo feministas, porque rechazaban la maternidad y el trabajo doméstico, pero al mismo tiempo, aceptaban la división sexual del trabajo y la dominación de género. Seguían el modelo de Nightingale⁴³ y de las maestras rurales “el rechazo a la cultura dominante las llevaba a concebir la liberación de la mujer como participación en las actividades económicas del capitalismo en expansión: eran las telegrafistas, taquígrafas, maestras, etcétera...” (Bastian, 1987, p. 179). A grandes rasgos este es el contexto en el que viven y deciden estudiar las que luego serían las primeras médicas mexicanas.

2.3.1-Las médicas de México antes y durante la Revolución (1883-1910).

Nacida en 1853 en la ciudad de México, Matilde Montoya obtuvo a los 13 años el título de maestra de primaria y a los 16 el de partera, profesión que ejerció en Puebla antes de graduarse como médica. Debido a la oposición que recibió para estudiar medicina, le escribió al presidente Porfirio Díaz para solicitarle su apoyo, quien se lo brindó y quien junto a su esposa, estuvo presente el día de su examen final. En la biografía de Matilde Montoya, Ana Carrillo dice que entre las contemporáneas, las actitudes oscilaban entre el rechazo absoluto y la veneración. Algunas de las personas con lujosos vestidos que habían presenciado su examen, según la prensa de la época, había dicho cosas tales como que no era natural que Matilde se entregara a una profesión “tan chocante y poco de acuerdo con las inclinaciones de su sexo” y que “subordinara sus sentimientos

⁴³ Florence Nightingale, británica, aristócrata, que huía del “ocio victoriano” y se convirtió en el modelo de las enfermeras modernas, modelo de sumisión al médico varón, según plantean (Eirenreich & English, 1981): “Florence Nightengale y sus discípulas directas marcaron la nueva profesión con los prejuicios de su propia clase. La enseñanza insistía más en el carácter que en la habilidad profesional. El producto acabado, la <enfermera Nightengale>, era simplemente la Mujer Ideal trasplantada del hogar al hospital y libre de obligaciones reproductoras. Esta mujer ofrecía al médico la obediencia absoluta, virtud de una buena esposa, y al paciente la altruista devoción de una madre, mientras ejercía sobre el personal subalterno del hospital la gentil pero firme disciplina de un ama de casa acostumbrada a dirigir la servidumbre” (Eirenreich & English, 1981, p. 34)

de conmisericordia femenina al imperioso y helado mandato de la ciencia” (Carrillo, 2002c, pp. 17 y 18).

Su ejemplo abrió el debate y tanto dentro como fuera de la escuela de medicina, había quienes la apoyaban -apodados por eso los “montoyos”- y quienes continuaban criticándola. El resto de su vida se dedicó a la consulta particular: no se casó y adoptó cuatro hijos, de los que le sobrevivieron dos. Murió en 1938.

Como suele suceder en estos casos, el ojo está puesto en la primera que abrió las puertas. Pero es necesario decir que justamente por eso, porque las primeras tienen toda la atención, que a veces es necesario dar cuenta también de las que vinieron después.

Columba Rivera fue la segunda mujer en graduarse de médica. Nacida en Mineral de Chico, estado de Hidalgo, en 1870, estudió el bachillerato en el Instituto Científico y Literario de Pachuca y luego se mudó a México para estudiar en la escuela de Medicina, donde se graduó en 1900 –a los 30 años (Diegodez, 2006). Influida por sus estudios sobre Antropometría en los Estados Unidos, ayudó a la creación en México de servicios de inspección médica, creando el de la Escuela Nacional de Maestros. Al contrario de Matilde Montoya, que luego de graduarse como médica se dedicó a la consulta privada, Columba Rivera tuvo una importante carrera en la salud pública y en la docencia: tuvo a su cargo las cátedras de clínica obstétrica en la Escuela Nacional de Medicina, de anatomía, fisiología humana e higiene en la Escuela Nacional de Enfermeras y fue jefa de enfermeras visitadoras del departamento de Salubridad Pública (Castañeda López & Rodríguez de Romo, 2010)

Si bien Columba no fue la primera médica, sí podemos inferir por lo datos recabados en el Archivo de Salubridad que fue la primera médica empleada por el entonces Departamento de Salubridad Pública: hasta 1923⁴⁴ la mayoría del personal médico eran hombres, mientras que las mujeres se ocupaban en tareas como agente sanitaria, enfermeras, ecónomas, inspectoras de

⁴⁴ Fondo de Salubridad Pública- Sección Tesorería. Expediente 9 Caja 4: Listas de médicos que cobran sueldos a partidas globales en 1923: son 45, todos ellos varones. En el Directorio Alfabético de los médicos que prestan servicio en las dependencias del departamento en 1922, son 123 en total y sólo se menciona a una mujer: Columba Rivera. A partir de 1924, tanto en las partidas de tesorería como en las nóminas de personal, comienzan a aparecer otras mujeres médicas: Ormesinda Ortiz (graduada en 1922), Antonia Ursúa (graduada en 1908), Emilia Leija Paz (graduada en 1925), Emilia Montes de Oca (graduada en 1929) (Fondo de Salubridad Pública- Sección Administrativa Cajas 3, expedientes 16-18-23-28; Cajas 5 expedientes 18, 21, 19, 34 // FSP-Sección Tesorería también Caja 5 expediente 12) y Castañeda López y Rodríguez de Romo, (2010).

policía sanitaria, taquígrafas, mecanógrafas, principalmente. A través de los legajos de personal de algunos de estos empleados, accedimos a la firma de la Dra. Columba Rivera “la médica inspectora”, que hacía su visita reglamentaria y expedía las licencias por enfermedad cuando el empleado se ausentaba o la solicitaba.

Al mismo tiempo, Columba Rivera escribía teatro –se le conocen dos obras, cuyos títulos son muy simbólicos “Cerebro y Corazón” y “Sombra y Luz”- y formó parte del cuerpo de redacción de la revista “La Mujer Mexicana”, una revista hecha por y para mujeres, publicada entre 1904 y 1907 y que sirvió “como medio de divulgación para evidenciar la visión y los principales intereses de algunas mujeres como parte de la sociedad, la elite intelectual.” (Orozco, 2005, p.71). Con algunas de sus compañeras de la citada revista, fundó la “Sociedad Protectora de la Mujer” que es considerada una de las primeras organizaciones feministas de México (Macías, 2002).

Columba Rivera fue además amiga de grandes intelectuales de la época, entre quienes nos parece bien interesante resaltar a la chilena Gabriela Mistral –quien estuvo en México en 1922 invitada por José Vasconcelos- y la médica uruguaya Paulina Luisi (Macías, 2002).

Esta información nos da un cuadro de Columba Rivera mucho más parecido al de las médicas pioneras del Cono Sur, además de que efectivamente se establecen relaciones entre ellas. Así, la segunda médica mexicana además de aceptar los retos que todas las mujeres de su época tomaban al decidir estudiar una carrera universitaria, fue además una intelectual, activista femenina, un personaje que –quizá también en su soledad- encarna los desafíos y costos que significaba, hace más de un siglo, querer ser profesionista y médica⁴⁵.

Como plantea Carlos Monsiváis en el Prólogo a *Género, poder y política en el México posrevolucionario* (Monsiváis, 2009), a la Revolución Mexicana se la unifica para entenderla y en su sucesión de etapas, facciones y caudillos, si hay algo que permanece es la escasa atención dada a las mujeres. Más allá de las “adelitas” y las poquísimas líderes (Carmen Serdán, Elvia Carrillo Puerto, las coronelas como Amelia Robles) si algo es “el Patriarcado”, agrega Monsiváis, es “una estrategia interminable de ocultamientos” (2009, p.16). Contra ese ocultamiento han trabajado

⁴⁵ Si bien se trata de una ficción, en la novela *Nunca me verán llorar* de Cristina Rivera Garza (2008), la autora –además de novelista, historiadora- toma a Columba como uno de los personajes –la patrona de la protagonista, Matilda Burgos- y el retrato que hace de ella es de una mujer seria, de tez blanca, senos flácidos y lentes, que vivía solo con su madre enferma, en un caserón oscuro de la colonia Santa María la Ribera.

muchas historiadoras, sacando a la luz la historia de mujeres que a nivel individual o como actores sociales colectivos, hicieron parte de la revolución.

Y si durante el porfiriato las poquísimas mujeres que estudiaron medicina formaban parte de esa caracterización general de “Señoritas porfirianas” (Ramos Escandón, 1987), y si las descripciones imaginadas de las historiadoras Ana María Carrillo (2002) y Cristina Rivera Garza (2008) nos muestran a Matilde Montoya y Columba Rivera como mujeres serias, austeras, responsables, solteras y rígidas; resulta interesante esbozar las siluetas de las que, sobre un escenario de turbulencia política y social, eligieron la medicina como profesión.

“La Revolución no fue sólo un ataque contra la propiedad, la jerarquía social y la exclusión: fue una embestida contra la moral victoriana y las reglas de represión sexual, y llevó a las mujeres al espacio público en formas nunca antes vistas” (Vaughan, 2009, p.45). Algunas de esas mujeres fueron las dos estudiantes de medicina cuyas trayectorias esbozaremos muy brevemente a continuación.

Comenzaremos con el ejemplo de María Manrique Guerrero, nacida en Guanajuato en 1903 y quien con apenas 14 años se incorporó a las Fuerzas Constitucionalistas del Gral. Francisco de Mariel, donde ingresó como enfermera militar: por sus conocimientos estuvo dedicada a la atención y curación de los heridos de las batallas y según la crónica, hasta puso en peligro su vida en los combates contra fuerzas villistas y zapatistas en los estados de Hidalgo y Veracruz en 1916. En 1917, solicitó la baja para continuar con sus estudios, que cursó en la Escuela Nacional de Medicina entre 1922-1924, 1927 y 1930-1932. Casada y con una hija, presentó su examen profesional en 1936. En 1968, fue reconocida como Veterana de la Revolución (Diegodez & Rincón Huarota, 1992).

La otra trayectoria que nos interesa recuperar es la de Herminia Franco, novena mujer mexicana en graduarse de médica y primera en hacerlo en la Escuela de Medicina de Puebla. Apoyada por su familia, pero principalmente por su padre, Herminia decidió estudiar medicina, carrera que terminó en 1925, a los 26 años. Sin embargo, su bautismo de fuego lo tuvo antes, cuando siendo practicante voluntaria en el Hospital General de Puebla atendió al “primer herido de la Revolución”, herido de bala durante la toma de la casa de los hermanos Serdán (Ortiz-Hidalgo, 2010). Sobre su activismo con los Serdán, en la semblanza escrita sobre ella en la *Gaceta Médica* se describe la siguiente situación: “Con pancartas de “Viva Madero” desfilaron por las

calles de Puebla con el consiguiente escándalo de los amigos y conocidos de la familia Franco Espinoza, quienes fueron a decir a su madre Zeferina que “Herminia está desfilando por las calles de Puebla en un movimiento político. ¡No está contenta con estudiar una carrera de hombres, como es la medicina, sino y, además, se exhibe públicamente como participante en la política!” (Ortiz-Hidalgo, 2010, p.63).

Junto a su familia, años después Herminia se mudó a la ciudad de México, donde se especializó en Ginecología y Obstetricia –dado que observaba la preferencia de las mujeres a ser atendidas por mujeres-, fue médica higienista de los centros de salud de la Secretaría de Salubridad y se jubiló en 1965, al cumplir 50 años de labor profesional. Su trayectoria nos permite comenzar a atisbar un rasgo que se reitera en las trayectorias de las médicas que analizaremos y es la cuestión del desafío: incursionar en la universidad, en una carrera de hombres e incursionar en la política, también cosa de hombres, son dos caras de una misma moneda, es decir, son elecciones personales que al mismo tiempo están interpelando y poniendo en cuestión el orden establecido –el orden de género, pero en el caso de María Manrique y Herminia Franco, también el orden social-. Para finalizar con Herminia Franco, me parece interesante una anécdota que se relata en su semblanza, donde dice que a sus 74 años, en plena reivindicación salarial de los médicos frente al gobierno de Díaz Ordaz⁴⁶, la veterana médica encabezó una marcha desde el monumento de la Revolución hacia Palacio Nacional y “al ser recibido el grupo, y al darse cuenta el presidente Díaz Ordaz quién dirigía a las médicas, dijo a su conocida: “Herminia Franco, ¿con tantos años que tienes y sigues de revolucionaria?”, a lo que Herminia contestó: “siempre que nos asista la razón y nos corresponda el derecho, lo estaremos haciendo valer” (Ortiz-Hidalgo, 2010: 65).

2.3.2-El Estado posrevolucionario, la eugenesia y el papel de las mujeres médicas (1917-1943).

El nuevo Estado que emergió de la Revolución incorporó a las distintas clases a la economía y sancionó, en 1917, una de las Constituciones más avanzadas del Hemisferio Occidental. Si bien la historiografía de la Revolución eliminó a las mujeres por completo del drama, no pueden dejar de reconocerse los avances legales que entre la década del 1920 y la de 1930 se dieron para las mujeres: el derecho al divorcio y a la custodia compartida de los hijos, a tener

⁴⁶ Parte de lo que se conoció como el movimiento médico de 1964-1965, ver más adelante en este mismo capítulo.

propiedades y administrarlas, el reconocimiento de las mujeres trabajadoras, entre otros (Vaughan, 2009).

De la mano de estos derechos conquistados, las mujeres movilizadas por la revolución y la búsqueda de un futuro mejor, se convirtieron en una presencia de hecho en el proyecto nacional (Vaughan, 2009). Como una cara novedosa de la modernización y la urbanización, las mujeres jóvenes de los años veinte y treinta del siglo pasado, entraron masivamente a las escuelas vocacionales y luego, al servicio público como enfermeras, maestras, trabajadoras sociales, inspectoras de trabajo (Ann Blum, 2009; Schell, 2009). Pero también, se incorporaron al mercado, consumiendo e incorporando un “estilo moderno” de cuerpos atléticos y cabello a lo *garçon* que llenó de estupor a los sectores más tradicionales pero también a los nacionalistas, ya que esta moda considerada extranjerizante “amenazaba con borrar las diferencias visibles entre los sexos y los medios mexicanos a veces escribían como si el nuevo estilo también amenazara con borrar las señales visibles de la diferencia racial” (Rubenstein, 2009, p. 103). La descripción que autoras como Ann Rubenstein hacen del ambiente capitalino nos parece bien importante ya que a través del análisis de la imagen de las estudiantes de medicina de la Escuela Nacional en la década de 1920⁴⁷, se ve que la mayoría lleva el pelo corto tal como se describe en el artículo “La guerra de las pelonas” (Rubenstein, 2009).

Las dos trayectorias de médicas que analizaremos a continuación, son de dos jóvenes mujeres que encajan perfectamente en este modelo “modernizante”, que siguieron -casi a rajatabla- los modelos novedosos de feminidad de esos años de transformación, donde las mujeres “llevaban pistola, leían libros, trabajaban codo a codo con sus compañeros y apoyaban decididamente al nuevo y progresista gobierno pos-revolucionario” (Olcott, 2009, p. 349).

Ahora bien, ésta es una de las caras de la pos-revolución para las mujeres: la de la libertad, el des-corsetamiento, los arquetipos de la chica trabajadora, la indígena con autoconfianza, la sufraguista. La otra cara, es la del fenómeno que Stern (2002) denomina “racionalización de la domesticidad” y que otras autoras, como la ya citada Marcela Nari (2004) para el caso argentino, llamó “maternalización de las mujeres”: “el maternalismo se convirtió en el discurso y la práctica

⁴⁷ En Castañeda López & Rodríguez de Romo (2010) las biografías de las 84 médicas del libro van acompañadas de una fotografía proveniente por lo general del Libro de Registro de Títulos de Médico Cirujano que existe en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de las fotografías de la década de 1920, salvo tres casos, todas llevan el cabello cortado a lo *garçon*.

de una ciudadanía activa de las mujeres en un diálogo con un Estado paternalista” (Vaughan, 2009). Así, después de diez años de guerra, en un contexto de alta mortalidad y despoblamiento, la élite revolucionaria se enfrenta al desafío de la reconstrucción y el re diseño de la Nación (Stern, 2002), para lo cual la maternidad, la sexualidad y los niños se convierten en arenas clave de la intervención pública.

Y en esas intervenciones son claves los médicos sanitaristas de la época que enfocaban la problemática de la salud pública bajo el paradigma de la eugenesia -entonces hegemónico-. Como plantea Nancy Stepan (Stepan, 1991) el tipo de eugenesia que dominó en el período de entreguerras en América Latina fue un tipo diferente al europeo que devino en las tristemente célebres políticas de exterminio de la Alemania Nazi. La autora plantea que la Eugenesia debe ser entendida como un “movimiento médico social” cuyo eje central era la reproducción y la herencia. Si bien en América Latina la eugenesia negativa fue mucho menos virulenta que en otras partes del mundo⁴⁸, estuvo íntimamente ligada a las políticas de reforma social e higiene, que para el caso de México, buscaban el establecimiento y mejoramiento de la “raza cósmica”, razón que estaba por detrás de la promoción de políticas como el certificado prenupcial y la promoción de la puericultura –que implicó la consolidación de la Ginecología y la Obstetricia en detrimento de la partería tradicional-, de la higiene infantil – por ejemplo, a través de los servicios de higiene escolar y las mediciones del “niño normal”- y de la “nacionalización” de la mujer, que es su “maternalización”. En palabras de Alexandra Stern “a las mujeres mexicanas se les otorgó un nuevo grado de autonomía en cuanto ellas aceptaran los constreñimientos médico-legales de la maternidad eugénica” (Stern, 2002, p. 305).

En este contexto ideológico, se reorganizan los servicios sanitarios estatales y del Distrito Federal a través de la creación del Departamento de Salubridad Pública, que dependía del presidente y tenía facultades extraordinarias. Y en este contexto estudian medicina y se insertan luego en la actividad profesional dos mujeres médicas que, como todas las retratadas hasta ahora, fueron al mismo tiempo la regla –entre sus pares, pueden considerarse como un ejemplo más o que por sus características personales condensan los atributos de las de su grupo- y la excepción –

⁴⁸ La eugenesia negativa hace referencia a impedir la reproducción de individuos que puedan transmitir una herencia genética “deficiente”: las políticas más cruentas en este sentido fueron las esterilizaciones forzadas, practicadas no sólo por los nazis sino también por los estadounidenses y británicos. Los eugenistas latinoamericanos, en cambio, promovían la lucha contra la sífilis a través de la obligatoriedad del certificado prenupcial (Stepan, 1991).

como mujeres, cuando los porcentajes de mujeres que estudiaban una carrera universitaria era mínimos.

Una de ellas es Esther Chapa Tejerina, quien provenía de una familia de clase media de Tamaulipas, donde todos –las cuatro hermanas y el hermano- estudiaron y fueron profesionistas. Durante los cursos en la Escuela de medicina en la década de 1920, fue discriminada y hostigada a menudo por sus compañeros que llamaban a ella y a su hermana Hortensia –también estudiante de medicina- “las bolcheviques”; según la crónica, era frecuente que ambas –Esther y Hortensia- llegaran a la casa con los paraguas rotos por haber golpeado a los muchachos que las molestaban (Tuñón, 2002). Esther se graduó como médica en 1928 y a nivel profesional se dedicó a la microbiología y la parasitología, siendo encargada y jefa de laboratorio del Hospital Juárez y el Hospital General. Fue la primera mujer en ganar un curso por oposición en la Facultad de Medicina de la UNAM, donde dio clases de Microbiología durante cuarenta años. Pero lo más interesante es su carrera como sanitarista y su papel en la arena pública y política de los años treinta y cuarenta.

Luego de haberse casado con un colega médico –el luego célebre Ismael Cosío Villegas- y tenido un hijo con él, se divorció y volvió a casarse con un joven periodista. Participó en brigadas sanitarias y bajo la óptica higienista, fue médica escolar por más de treinta años. Como ya planteamos, el higienismo y la eugenesia como ciencia del mejoramiento de la población eran la moneda corriente de esa época, lo cual se plasmó en ciertas preocupaciones recurrentes, por ejemplo en torno de la infancia. Estas preocupaciones alentaban los Congresos Internacionales, donde los médicos higienistas eran las vedettes (Stern, 2002). Así fue, por ejemplo, en el VII Congreso Panamericano del Niño, que se llevó a cabo en la ciudad de México en 1935: imbuida del espíritu de la época, pero en cierta medida adelantada y ya mostrando sus preocupaciones políticas, Esther Chapa presentó en dicho Congreso un trabajo llamado “Las primeras experiencias sexuales de las niñas proletarias”. Esta preocupación por las mujeres trabajadoras, la tuvo toda su vida: por ejemplo, cuando fue directora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en los años sesentas, al mismo tiempo que creó la licenciatura en Enfermería, creó la guardería infantil para los hijos de los trabajadores de la Escuela. Fue cofundadora del Sindicato de Cirujanos del Distrito Federal (DF) y de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado. Esto nos lleva a destacar dos de los compromisos políticos más importantes de la Dra. Chapa Tejerina y que enriquecen y complejizan su retrato: marxista y afiliada al partido comunista, fue también una destacada militante del Movimiento Sufragista Femenino de 1932.

Su preocupación higienista se canalizó en la función pública, donde fue convocada por la Dra. Matilde Rodríguez Cabo (de quien hablaremos luego): ocupó el cargo de Jefa de Prevención Social de la Penitenciaría del DF. Al parecer en ese cargo descubrió algunas importantes irregularidades en el penal de Lecumberri que le valieron que se hiciera un motín en contra suya (Tuñón, 2002). Fue a partir de esa experiencia que se convirtió en una ferviente promotora de la cárcel para mujeres de Santa Marta Acatitla, concebida como un proyecto progresista basado en la idea de la readaptación social de las presas, sería una cárcel “con muchos talleres y una gran área de hospital; con dormitorios y baños comunes por piso. Éstos se ocuparían de acuerdo a la clasificación de las reclusas y existiría una amplia guardería” (J. G. López, n.d.).

Como sufragista y comunista, participó en 1935 en la creación del Frente Único Pro-Derechos de la Mujer (FUPDM) – donde fue una destacada dirigente- y fue nombrada por el presidente Lázaro Cárdenas como directora del Comité de Ayuda a los Niños del Pueblo Español. Formó parte del Instituto de Relaciones México-URSS y luego de la Sociedad de Amigos de la China Popular. Su trayectoria nos muestra un poco los vaivenes del movimiento de mujeres durante la pos-revolución: como plantea Jocelyn Olcott (2009) si las organizaciones de mujeres proliferaron después de la Revolución, la intención del partido gobernante (el entonces Partido Nacional Revolucionario PNR) de organizarlas pero al mismo tiempo no darles el voto, fue una manera de meter las reivindicaciones en un chaleco de fuerza: “En el FUPDM, las activistas atenuaron sus críticas a las políticas del gobierno luchando por validar sus credenciales de “buenas ciudadanas” y defensoras leales del nuevo régimen” (Olcott, 2009, p.350). Como se plantea a menudo, a pesar de las promesas, el presidente Lázaro Cárdenas no les otorgó el voto a las mujeres, temeroso de que éstas –organizadas también en agrupaciones católicas- votaran por la oposición (Tuñón, 2002). Y así parece haberlo entendido Esther Chapa, quien a pesar de formar parte del movimiento sufragista, fue una activa militante en la campaña por el sucesor de Cárdenas, Manuel Ávila Camacho.

Además, como plantea Olcott (2009), dados los avances en materia de derechos sociales – por ejemplo, la legislación laboral, el salario de las madres, la consolidación del sistema de seguridad social- el derecho al voto podía considerarse una demanda más modesta, que podía esperar. Así puede haber pensado esta médica marxista, que además formaba parte de la burocracia sanitaria de los gobiernos del PNR. Sin embargo, como plantea Enriqueta Tuñón (2002), Esther Chapa fue una de las más persistentes en la lucha por el sufragio femenino “quien cada

año – y durante 22 años, como ella misma declaró- al empezar las sesiones del Congreso enviaba una carta solicitando el derecho al voto de las mujeres“(Tuñón, 2002, p. 52). Pero claro, como bien dice la autora, hacía falta más que la férrea voluntad de una mujer. En 1953, bajo la presidencia de Ruiz Cortines, Esther Chapa votó. Y en 1959 le dieron la medalla “Valentín Gómez Farías” por sus 25 años como profesora de la UNAM. Murió en la ciudad de México a los 66 años (Castañeda López & Rodríguez de Romo, 2010).

La otra trayectoria a la que haremos mención es, como ya anticipamos, la de la Dra. Rodríguez Cabo, compañera de Esther Chapa en el FUPDM. Matilde Rodríguez Cabo nació en el estado de San Luis Potosí y entre 1917 y 1921 asistió al colegio Alemán, donde aprendió un excelente manejo de esa lengua, aptitud que le permitió años más tarde traducir a Freud y Jung, dos autores centrales en la especialidad que cultivaría Rodríguez Cabo, la psiquiatría. Al graduarse de médica en 1928, obtuvo una beca Humboldt para realizar estudios de psiquiatría en la Universidad de Berlín: “Así, la doctora Rodríguez Cabo ingresó al minúsculo y selecto grupo de mexicanas que no sólo contaban con una carrera universitaria sino también que estudiaban una especialidad” (Sosensky y Sosensky, 2010, p. 3). Estando en Europa fue comisionada por el gobierno mexicano para observar el desarrollo de las guarderías infantiles en la URSS: durante ese viaje no sólo se empapó de las ideas socialistas sino que comenzaron dos preocupaciones que hilvanarían su vida profesional y política: la protección de la infancia y el mejoramiento de las mujeres.

Al regresar a México, se incorporó al Manicomio General de La Castañeda, inaugurado en la víspera de la Revolución de 1910 y clausurada en el simbólico año de 1968, que muestra, para autores como Van Young “una cierta visión estatista compartida por los regímenes pre y post revolucionarios” (Van Young, 2005, p.253). Según el mismo autor y en la senda de autores como Michel Foucault, el estudio de La Castañeda nos muestran cómo la vida de los etiquetados como locos y los subalternos - y los mismos discursos médicos que los etiquetan- pueden ayudarnos a comprender el orden cultural y simbólico que sanciona algo como “normal” y algo como “patológico” y que además, merece la atención estatal. Parte de ese discurso médico y del accionar modernizador que quiso tener el Manicomio General respecto a la psiquiatría infantil se encarnaron en el accionar de la Dra. Matilde Rodríguez Cabo. Allí ella implementó un programa para enseñar enfermería psiquiátrica a los vigilantes y promovió la Creación del Pabellón Infantil del Manicomio, donde inauguró en 1933 una Escuela para Niños Anormales, con la intención de

enseñar un oficio a aquellos niños que entraban en la nueva clasificación psiquiátrica como “recuperables”. También promovió la educación musical y de gimnasia de los internos, intentos que deben leerse en el marco de la creación de la “infancia” como preocupación estatal de los gobiernos revolucionarios de los cuales, si bien Rodríguez Cabo formó parte, también tuvo, según sus biógrafos, una mirada crítica: “«Para mí», decía, «el factor básico alrededor del cual giran subordinados todos los demás que intervienen en la determinación de la infancia desvalida, es el factor económico [...] Desgraciadamente –subrayaba- ese cambio radical en la organización social que –permitiera- una repartición más equitativa de la riqueza» era «sólo un hermoso ideal y el día de su realización -estaba todavía- muy lejano»” (Sosensky y Sosensky, 2010, p. 4).

Además de su actividad en la psiquiatría – también en el plano docente-, Matilde Rodríguez Cabo fue una activa militante pro mujer que participó de la conformación en 1935 del FUPDM donde formó parte de la Comisión directiva. Si bien en el FUPDM convivían ideologías diversas, la que profesaba Matilde Rodríguez Cabo era de las que defendían un feminismo avanzado y socialista (Sosenski & Sosenski, 2010). Según Enriqueta Tuñón (2002), por ser del grupo más radical del FUPDM y para paliar el descontento de muchas mujeres ante la negativa de otorgar el derecho al voto femenino, Lázaro Cárdenas le ofreció en 1939 dirigir el Departamento de Previsión Social del DF, el cargo más alto que una mujer había ejercido hasta el momento en la función pública. Cabe mencionar que la doctora Rodríguez Cabo estaba casada entonces con un miembro del gabinete de Cárdenas –Gral. Francisco Múgica, con quien estuvo casada entre 1933 y 1940 y tuvo un hijo- y sin embargo, por ejemplo en 1937, en un discurso que llamó “La Mujer y la Revolución” en el Frente de Abogado Socialistas, criticó duramente los avances del gobierno mexicano. Citando una y otra vez a Lenin, planteó que: “Antes, durante y después de la Revolución Mexicana la inferioridad social de la mujer se expresaba con tintes de tragedia” [...] y “el estado de inferioridad” se acentuaba en “aquellas mujeres que atadas al hogar por los prejuicios o por su condición de madres, [tenían] que sujetarse al salario miserable del marido, viendo morir de hambre a sus hijos” (Sosenski & Sosenski, 2010, p. 8). En 1931, junto con la abogada Ofelia Domínguez Navarro, propusieron reformar el Código Penal para despenalizar el aborto. Al frente del Departamento de Previsión, se rodeó de sus compañeras del FUPDM y teniendo bajo su órbita los Tribunales de Menores, promovió pasar de la idea del castigo a la de la readaptación. Además, en 1940, fundó con otros colegas, la Escuela de Trabajo Social.

2.3.3- La expansión del sistema de atención médica y las primeras médicas científicas (1943-1964).

Las médicas sobre las que hemos venido hablando hasta aquí estudiaron en la década de los veinte del siglo pasado y ejercieron la medicina en un momento de transición del país y de la atención médica. Como plantean los especialistas, entre 1917 y 1958 es el período de creación y lento crecimiento de las instituciones de salud, cuyo punto máximo se da en 1943 cuando todos los organismos y dependencia de Salubridad y Asistencia se fusionan en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y se crea también el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): “La creación del IMSS fue parte de un esfuerzo más amplio del Estado para controlar el movimiento obrero que se encontraba en gran actividad [...] La creación de la SSA parece haberse basado en una lógica de legitimación del Estado pos-revolucionario, no sólo al proveer medidas de control sanitario, sino también al extender servicios médicos básicos a los campesinos” ((Frenk-Mora et al., 1990, p. 443).

Al mismo tiempo, se da un cambio en la orientación en la atención de la salud hacia la práctica especializada en hospitales: “A partir de la década de los cuarenta el modelo francés, que enfatizaba el uso de destrezas clínicas en la exploración del cuerpo humano con una especialización incipiente, comenzó a ceder paso al modelo *flexneriano*, que proponía la división de cursos de acuerdo con las especialidades médicas, el uso del hospital como el principal lugar de entrenamiento y la sustitución de las habilidades sensoriales por los resultados de laboratorio.” (Frenk-Mora et al., 1990, p. 443).

Ahora bien, los esfuerzos del Estado mexicano por garantizar los servicios de seguridad social se consolidan en el período de 1959-1967, cuando se consolida también la medicina científica a nivel de la formación, siendo en esto esencial el papel del Dr. Ignacio Chávez como rector de la UNAM. Esto nos parece importante ya que comienza a verse un cambio de perfil entre las médicas destacadas, pasando a ser en el ámbito académico y científico donde ellas se desarrollan y logran visibilidad y prestigio.

En este contexto y en una Universidad en que comienza a haber más mujeres -pero todavía siguen siendo notoriamente una minoría⁴⁹- estudian dos de las médicas cuyas trayectorias describiremos a continuación: si las que hemos trabajado hasta ahora fueron “pioneras” en la

⁴⁹ Para cifras, ver próximo capítulo.

entrada a la universidad y pioneras en la función pública, las Doctoras Barroso y Lagunas fueron las primeras en entrar en la Academia Nacional de Medicina.

Rosario Barroso se graduó de médica en la UNAM en 1945 con mención honorífica y comenzó allí una carrera brillante en la Anatomía Patológica: maestría, doctorado, estancias en el extranjero, dedicación a la docencia y a la investigación, autora de artículos, autoridad de asociaciones científicas nacionales y extranjeras; es decir, la trayectoria científica por excelencia con los logros y reconocimientos del caso. Ante su muerte, uno de sus discípulos escribió: “En un tiempo donde la medicina era una profesión mayoritariamente masculina, la doctora Barroso participó con entusiasmo sin igual, con perseverancia contumaz, con gran talento y sin vacilación alguna frente a sus colegas patólogos infundiendo en ellos respeto y admiración. Pero además de ser una mujer de su tiempo, primera mujer que ingresó en esta centenaria Academia, fue una mujer intensa y fuerte, pero amable y gentil; talentosa y firme, pero humilde y afectuosa [...] La doctora Barroso fue una mujer notable que hizo que las mujeres se notaran en una profesión, no chauvinista ni machista, pero sí habituada, por numerosas circunstancias sociales, a la presencia masculina sobre todo en las áreas de mando y decisión. Rosario Barroso como científica fue talentosa, firme, combativa y digna y también cordial y cariñosa” (Sotelo, 2006, p. 271).

En la proliferación de halagos comenzamos a vislumbrar otro modelo de mujer: si sus predecesoras eran mujeres que no se permitían la debilidad, eran rígidas y austeras –como vimos con Columba Rivera-, combativas e intransigentes –como Esther Chapa y Matilde Rodríguez Cabo- aquí comenzamos a ver, en la mirada de un varón que además era su discípulo, la contraparte aparentemente necesaria según quién la describe, de cualidades como la firmeza, intensidad y la fuerza: se dice que también era “amable y gentil”, “humilde y afectuosa” “cariñosa”... Todos estos adjetivos que no son usados en las semblanzas de los médicos ilustres y que aquí nos están diciendo que más allá de la científica brillante, estamos hablando de una “mujer”.

La doctora Barroso, desarrolló los últimos años de su carrera en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, institución con paridad entre géneros según el Dr. Sotelo, paridad que se debe, en parte, a la “labor cotidiana y silenciosa de muchos años de la doctora Barroso” quien “tenía un cierto aire de similitud con Marie Curie” –aún hoy sigue siendo el prototipo de mujer científica- (Sotelo, 2006).

Julietta Calderón de Laguna nació en Costa Rica y fue enviada a estudiar medicina a Barcelona, misión que se vio interrumpida por la Guerra Civil Española, por lo cual llegó a México, donde realizó sus estudios en la Facultad de Medicina de la UNAM entre 1937 y 1943. Después de unos años de práctica profesional en el Hospital General, se especializó en el extranjero en lo que sería su área primordial de desempeño científico y profesional: la citología. A su vuelta, desde el Laboratorio del Hospital Juárez y luego, del Instituto Nacional de Cancerología, se destacó en la promoción de las pruebas citológicas y en la formación de los médicos en estas pruebas. También fue docente universitaria y médica del ISSSTE y el IMSS – “siempre trabajó en instituciones gubernamentales, en cuyas potencialidades creía firmemente” (G. C. López, Carbajal-Luna, Cecilia, & Romo, 2011)- Su aporte científico se relaciona íntimamente con su labor en la salud pública y tiene que ver con la detección temprana del cáncer cervicouterino, por lo que fue una intensa promotora –en México y toda América Latina- de la prueba de Papanicolau –con cuya clasificación acordaba aunque en diversos artículos le realizó algunas modificaciones⁵⁰. La Doctora Calderón además perteneció a numerosas instituciones científicas y fue la segunda mujer en entrar en la ANM.

En su semblanza, publicada a raíz de su muerte, están las palabras de su hermana, según la cual, la motivación de Julieta para estudiar medicina y luego, especializarse en el cáncer cervicouterino fue “la ayuda social”(G. C. López et al., 2011). Comenzamos a vislumbrar aquí uno de los discursos aún vigentes en la comprensión del papel de las mujeres en la medicina y que tiene que ver con la sensibilidad social, la ayuda al otro, el altruismo. Vislumbramos también en su trayectoria un papel activo –en lo científico pero también en lo profesional- respecto a la salud de las mujeres, lo que puede ser leído de varias formas: o como un compromiso de parte suya o como un espacio vacante en las preocupaciones de sus colegas varones –o una combinación de ambas- Pero, a diferencia de las doctoras de la generación anterior, este compromiso se canaliza no en un

⁵⁰ “En 1954 Julieta Calderón de Laguna publicó un trabajo de título muy corto pero de importancia capital: «Diagnóstico citológico del cáncer cervicouterino». El texto reúne la labor en el Instituto Nacional de Cancerología desde 1949 hasta 1953. Habla de la historia del Laboratorio de Citología y de cómo éste superó diversas pruebas hasta quedar comprobada la eficacia del método[...]Calderón está de acuerdo con la clasificación de Papanicolau, aunque propone ciertas modificaciones que consideran la clasificación de otros autores. Con base en esto, establece la correlación clínica e histopatológica con el diagnóstico citológico. La doctora es muy puntillosa en el aspecto de clasificación, pues además de considerar la complejidad del asunto, menciona que hay factores del metabolismo celular causantes de alteraciones que pueden confundirse con metaplasias o hiperplasias cuando en realidad no lo son” (G. C. López et al., 2011, p. 165)

activismo político, sino más bien en una *expertise* técnica, propia además del período histórico que describimos como de expansión y consolidación de la medicina científica en México.

Por último y no menor, al contrario de la semblanza de Rosario Barroso, aquí se menciona que la Doctora Julieta Calderón estuvo casada también con un prestigioso médico –que fue director de la Facultad de Medicina de la UNAM- y que tuvo 8 hijos. Se destacan su calidad humana como anfitriona en su casa y su catolicismo.

2.3.4-El movimiento médico de 1964-1965.

Si el siglo XX histórico comienza para Hobsbawn (1998) en 1914 –desde México podríamos decir en 1910-, en América Latina la década de los sesenta comienza el 1 de enero de 1959 con la victoria de la Revolución cubana. Es una etapa que Hobsbawn ha caracterizado como Revolución Cultural y que tiene que ver con la emergencia de la cultura juvenil a nivel mundial, los movimientos de descolonización y la radicalización de los estudiantes: “La radicalización política de los años sesenta, anticipada por contingentes reducidos de disidentes y automarginados culturales etiquetados de varias formas, perteneció a los jóvenes”(Hobsbawn, 1998, p. 326)

Inserto en ese marco general, debe comprenderse el contexto más específico que comenzaron a vivir los residentes y estudiantes de medicina de la década de 1960 que protagonizarían un hito en la historia de la profesión, pero también en un prelude de la etapa represiva que viviría la juventud mexicana unos años después, cuya culminación es la matanza del 2 de octubre en Tlatelolco.

Pese a la expansión del sistema de salud en las décadas de los cincuentas y sesentas, el ingreso a la facultad de medicina entre 1958 y 1967 permaneció constante y sólo se abrieron dos nuevas Escuelas de Medicina (Frenk-Mora et al., 1990). Este “desajuste” produjo que faltaran médicos y esa falta fuera compensada con internos y residentes. Además, la gran expansión del sistema requería una inversión que se realizó a expensas del gasto corriente, por lo que se resintieron los salarios de los trabajadores –entre ellos, los médicos-. En 1964⁵¹, un grupo de internos y residentes del Hospital “20 de Noviembre” se declaró en huelga, comenzando así lo que se denominó “el Movimiento Médico”.

⁵¹ En 1964 había en México 15600 estudiantes de medicina, repartidos en veinte instituciones, cuatro facultades y dieciséis escuelas. La Universidad Nacional Autónoma de México impartía enseñanza a 7 078 estudiantes y el Instituto Politécnico Nacional a 1302. Esto significaba que más del 50% de los aspirantes a médicos se concentraban en el DF (Pozas Horcasitas, 1993).

El conflicto cubrió un período de un año de lucha, en el que hubo 4 paros de labores sucedidos por períodos de negociación. Ricardo Pozas Horcasitas (1993) distingue dos momentos: el de la lucha de los médicos residentes, y el de la adhesión de gran parte de los médicos especialistas, de base, enfermeras y demás personal sanitario. Superpuestos a estos momentos, se distingue primero la intención de recurrir al presidente de la República como una autoridad capaz de destrabar el conflicto- “la figura presidencial se coloca en el papel de juez supremo entre las partes beligerantes, encontrando por lo general el acatamiento obediente de la recomendación presidencial por parte de los interesados”-, y después, un endurecimiento de las posiciones que incluyó persecuciones y listas negras.

Sin querer extendernos demasiado en las diferentes interpretaciones sobre los sucesos, es importante destacar sus consecuencias. En general, para la sociedad mexicana, especialmente los sectores medios, los estudiantes universitarios, los profesionistas al servicio del Estado, el Movimiento Médicos fue un preludio de las demandas de democratización del régimen que se acentuarían años después. Y la reacción del régimen también fue un preludio de cuáles serían las actitudes a tomar con las demandas opositoras, lo cual queda plasmado de modo muy claro en los modos en que el servicio de inteligencia mexicano operó e informó sobre el movimiento (Soto Laveaga, 2011).

A nivel de la profesión médica, el movimiento mostró las flaquezas de no contar con una herramienta gremial propia y unificada: “La ausencia de una asociación unificada y capaz de defender los intereses de la profesión frente al Estado, parece ser uno de los principales factores que explica los resultados de las políticas de recursos humanos médicos en México” (Casas-patiño, Reséndiz-Rivera, & Casas, 2009, p. 12). Pero al mismo tiempo, introdujo un quiebre generacional, ya que, según uno de los protagonistas, el cuerpo médico residente “tomó conciencia de que existía como un grupo profesional con una responsabilidad bien definida en sus funciones asistenciales” (Archundia García, 2011, p. 28).

El conflicto tuvo uno de sus momentos más álgidos en la renuncia del Dr. Ismael Cosío Villegas⁵² –primer esposo de Esther Chapa- en solidaridad con el movimiento, que puso en evidencia la estructura piramidal y dominada por el “prestigio” de la profesión médica: la renuncia

⁵² Ismael Cosío Villegas nació en 1902, médico mexicano, se inició en la fisiología en el Hospital General siendo discípulo de Ignacio Chávez; en 1933 fundó en la Facultad de Medicina de la UNAM la cátedra de Clínica del Aparato Respiratorio, siendo su titular; presidente de la ANM en 1961. Murió en 1985, y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias lleva su nombre. Más información en: http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/Ismael_Cosio_Villegas.html. Última visita: 21 de noviembre de 2012.

de un médico consagrado y “cabeza” de instituto, obligó a muchos a seguir su actitud y se creó, así, la Alianza de Médicos Mexicanos (Pozas Horcasitas, 1993).

“Desvanecido en la incompreensión y al borde del olvido” (Archundia García, 2011), el Movimiento Médico modificó la medicina mexicana, haciendo objetiva la necesidad de planificar a nivel nacional la formación de recursos humanos y dejó como deuda –aún pendiente- los derechos laborales de los internos y residentes.

Haciendo un balance, el período de expansión de las instituciones de salud y de la medicina científica en México coincide con una etapa de transición en lo político social, una de cuyas manifestaciones en la profesión médica –pero también, más allá de ella, como vimos- es el Movimiento Médico de 1964 y 1965. Interesa recuperar estos sucesos porque conforman el contexto en el que comienzan a estudiar algunas de las médicas que continúan hoy en actividad. En muchos casos, sus trayectorias exitosas se hilvanan con los sucesivos períodos históricos de la profesión, para una época en la que recién comenzaba a perfilarse, muy tímidamente, el proceso de feminización del que hablaremos en el próximo capítulo.

2.4- Reflexiones Finales del capítulo.

En este capítulo he intentado enmarcar diacrónicamente la experiencia de las mujeres en la medicina de México. Primero, enfocamos en las primeras médicas de Europa y de América Latina (específicamente del Cono Sur), las que tejieron la urdimbre que permite entender a las primeras médicas mexicanas como parte de una generación de mujeres hijas de su época, que tuvieron las mismas ambiciones y sueños y en pos de hacerlos realidad, abrieron brechas.

Ya en México, fui mostrando con las breves trayectorias de las médicas en las diferentes etapas –en el porfiriato, la Revolución, el Estado pos-revolucionario hasta la década de los sesentas-, el desarrollo de la profesión médica, sus paradigmas, el avance de las mujeres como colectivo social y las políticas sanitarias. Todo ello, con el fin de comprender y hacer inteligibles esas trayectorias individuales en esos grandes marcos; pero también, suponiendo que esos grandes procesos encarnan en experiencias micro, individuales, en subjetividades, biografías, decisiones personales, gustos, modos de ser mujeres, sentidos del deber, mandatos sociales, pero también, placeres, ambiciones y rebeldías.

La recuperación de un análisis diacrónico tuvo la intención de poner de relieve dos cuestiones: por un lado, el concepto de configuraciones de género, cuyas transformaciones sólo

pueden ser vistas en el largo plazo; por otro lado, la intención de dar cuenta tanto de las transformaciones, como de las continuidades, que ayuden a comprender el hecho de que las trayectorias de las mujeres en la medicina puedan entenderse con la frase de “las excepcionales a las excepciones”.

Si las configuraciones de género de la profesión⁵³ están transformándose, debido entre otras cosas, a la entrada casi masiva de mujeres en la misma, es importante recordar que tal como lo planteó Norbert Elías (Elías, 1986) que esas transformaciones que en el largo plazo pueden dar lugar a otra configuración, son un proceso de cambio que puede ser entendido desde una re conceptualización de la idea de evolución⁵⁴. Esto es, cambio sigilosos, tenues, progresivos, en diferentes dimensiones de la configuración: cambios que tienen una determinada dirección pero, sin embargo, sólo el largo plazo, permite vislumbrar, relacionar y comprender.

Así, esta idea del largo plazo nos permite ver cómo un determinado perfil de mujer médica se relaciona con la configuración de género de la profesión en un momento dado: el análisis de las trayectorias de estas médicas del pasado nos permiten ver cómo ellas son mujeres de su época, pero también, cómo las trayectorias de las médicas actuales que analizaremos en los próximos capítulos, también lo son. Así, de Columba Rivera –médica higienista y escritora-, Esther Chapa –docente universitaria, sufragista y marxista- y Rosario Barroso –científica de renombre y pionera en la ANM-, a las médicas de hoy, cuyas dificultades en la profesión son otras –más sutiles e invisibles-, que viven en un México diferente, donde ser médico o médica significa otras cosas; entre aquellas y éstas, insisto, se puede ver un cambio de perfil, que podríamos caracterizar como “de mujeres excepcionales a las excepciones”.

Aquellas, eran mujeres “excepcionales” para el colectivo de mujeres: tan poco frecuente era que una mujer anduviera por territorios masculinos como la Universidad, la profesión médica, la ciencia y la función pública, que todos los ojos parecían estar posados en lo que ellas hacían y por eso su conducta debía ser intachable. Como se ha señalado de la mano de Marianne Weber, el desafío de estas mujeres era cómo lograr sus objetivos sin dejar de “ser mujeres”. En el momento actual, las mujeres médicas son mujeres corrientes: ellas no sienten que los ojos del mundo estén

⁵³ el modo en que símbolos, jerarquías y relaciones entre varones y mujeres, masculino y femenino, se ordena – y cristaliza- en un entramado de interdependencias en un momento dado (Ver definición Introducción)

⁵⁴ Que implica no pensar en una necesidad ni teleología de ese cambio, como sí tenían las ideas decimonónicas de evolución a lo Spencer (Burke, 1997)

en sus espaldas, ni que tienen una misión que cumplir para el resto de sus congéneres. Las médicas que además de profesionistas, son activistas, tienen un perfil público y un compromiso con los movimientos de mujeres, que van a contracorriente de las ideas hegemónicas en la profesión, son las “excepciones”: son pocas y ya nadie las mira.

En este camino de “las mujeres excepcionales a las excepciones”, han cambiado mucho las mujeres –está claro- pero lo que también ha cambiado mucho, son las configuraciones de género que hace que un perfil de médica similar sea apreciado y significado de manera tan distinta en dos momentos históricos diferentes. La profesión ha cambiado, las relaciones de género han cambiado, la sociedad se ha transformado. Intentar indagar en las experiencias de las médicas en la actualidad es una forma de dar cuenta de la experiencia subjetiva y encarnada de esas grandes transformaciones.

Pero el largo plazo también nos permite ver las continuidades, lo que sigue allí, a pesar del cambio y el paso de los años. Y una cosa que permanece y se reactualiza, como veremos en los siguientes capítulos, es eso que señalaba Marianne Weber: cómo cumplir los propios desafíos y no dejar de ser mujeres en el intento. La búsqueda del balance y la vivencia de las tensiones entre un ser médica –profesional- y un ser mujer –personal-, es quizá un elemento que ellas –las de antaño- y ellas –las de ahora- continúan sintiendo y buscando, de muchas maneras, resolver.

3- La Feminización de la Medicina en México.

Los términos utilizados para describir la vida social, son también fuerzas activas que la moldean. (Williams, 1980)

Feminización: Gram. acción de dar forma femenina (o género femenino) a una palabra que no la tiene – porque es masculina o neutra. Real Academia Española de la Lengua. Vigésima segunda edición.

En el capítulo anterior planteábamos la historia que hizo inteligible las trayectorias y experiencias de las primeras mujeres en la medicina. En este capítulo me propongo caracterizar y analizar la existencia de un proceso que se entreteje a lo largo de esa historia y es el proceso de la feminización de la profesión médica en México.

Considero que el proceso de feminización de una profesión interesa como proceso de cambio que condiciona la experiencia de las mujeres y los hombres; que permite analizar tanto las rupturas como los rasgos de la profesión y de la experiencia de las mujeres profesionistas que permanecen; rupturas y permanencias que se sitúan al nivel de las configuraciones de género de la profesión.

¿Por qué un proceso de cambio? Partiendo de la base de que la medicina fue una profesión que, desde sus comienzos, vedó el acceso a las mujeres, me interesa destacar que el hecho que cada vez haya más mujeres médicas –aunque no sean la mayoría, *que sean cada vez más*-, debe ser considerado un proceso de cambio. Si los cambios producidos a lo largo de los años en los modos de sonarse las nariz, de dormir, comer, de sentir vergüenza, y demás, han sido señalados por Elías como parte de proceso de individuación que tiene que ver con la conformación de un tipo de sociedad y un tipo de Estado en los países de Europa Occidental -que el autor llama proceso civilizatorio-; creo que las trayectorias, experiencias, sociabilidad, narrativas e identidades de las mujeres en la medicina, pueden ser entendidas como manifestaciones de un proceso de cambio que la feminización ha contribuido a producir, catalizar y hacer visible. La feminización como un proceso de largo alcance nos obliga a situarnos al nivel de las configuraciones de género: un proceso que se entreteje con otros, que se simboliza, que se manifiesta de diferente manera en diferentes dimensiones, que modifica relaciones y que puede suponerse, tiene una dirección y unos sentidos, que es necesario desentrañar.

A lo largo de este capítulo describiré los contextos actuales que se vuelven significativos a la hora de enmarcar el proceso de feminización de la medicina y ayudan a comprenderlo. Considero, además, que se trata de un término que precisa ser definido -no sólo por referencia a una serie de procesos empíricos, sino porque tiene implicancias valorativas y heurísticas que hacen que esos procesos empíricos refieran a múltiples dimensiones. Luego, daré cuenta de la evolución cuantitativa del proceso de feminización para el caso de México, buscando periodizar de manera tentativa el fenómeno a partir del análisis de los datos recabados respecto a los mercados de trabajo, la educación superior y la profesión médica. Todo esto con la finalidad de analizar las características demográficas centrales del proceso.

Por último, daré cuenta de las distintas teorías -analíticas y nativas-, que circulan en torno de las explicaciones del proceso, así como de sus causas y consecuencias. Considero que esto es tan importante como la exposición de las cifras, ya que la existencia misma de teorías nativas sobre el fenómeno indica que, para los actores del campo, que cada vez haya más mujeres – aunque no lleguen a ser la mayoría en la profesión, insisto- implica un cambio, cuyas causas, consecuencias e interpretaciones varían y hacen también, de manera indirecta, a las maneras de apreciar y entender el fenómeno.

En resumen, este capítulo se desarrollará en torno a definir y describir la feminización de la medicina. Pero, a nivel de la descripción, sólo daremos cuenta de su nivel cuantitativo, dejando el resto –es decir, las cuestiones cualitativas, significativas y simbólicas del fenómeno- para el análisis en las situaciones concretas que se describirán en los siguientes capítulos. Esto es, si la feminización es algo más que un aspecto demográfico –por ejemplo, *volver algo más femenino*- eso lo veremos en los siguientes capítulos, a través del estudio de los puntos de vista de las médicas sobre sus trayectorias, sociabilidad, experiencias, narrativas, prácticas, etcétera.

3.1- La feminización en contexto: Mujeres y Medicina en el México Actual.

Si en el capítulo anterior me aboqué a dar cuenta del largo plazo en la historia de la relación entre las mujeres y la medicina, ahora considero necesario dar cuenta de un momento posterior que, producto de ese devenir histórico, es el que permitirá trazar los rasgos más sobresalientes de los contextos en los que viven, estudian y ejercen la gran mayoría de las médicas entrevistadas para este trabajo – y de los médicos y médicas que se encuentran en actividad hoy por hoy.

A nivel global, se trata del México de fin de siglo XX y principios del XXI, donde se dan múltiples contextos significativos que interactúan y hacen inteligible muchas de las cuestiones que plantean, sienten y problematizan los actores del campo.

Creo importante explicar por qué hablo de contextos en plural. Considero que no existe un contexto homogéneo y unificado, sino una multiplicidad de contextos significativos que se encajan y entretejen (Revel, 1996). No se trata de un contexto como telón de fondo ni tampoco una contextualización funcionalista⁵⁵, sino de hallar y describir –aunque sea brevemente- los contextos históricos que hacen inteligibles los sentidos de los actores (Levi, 1999). Es lo que plantea Giovanni Levi (1999) al hacer referencia a Clifford Geertz y a su idea de una antropología interpretativa que, según el historiador italiano, busca hacer visibles “una serie de hechos significativos que, en caso contrario, resultarían evanescentes pero que son susceptibles de interpretación al insertarse en un contexto” (Levi, 1999, p. 126). Para comprender ciertos hechos significativos –por ejemplo, hechos que den cuenta de ciertos cambios de las configuraciones de género dentro de la profesión médica en México- es necesario insertarlos en ciertos “contextos”. Es lo que haré a continuación.

Uno de esos contextos es el de las Reformas Neoliberales, que trataré con la finalidad de comprender su impacto en las instituciones de la salud donde se desempeñan los médicos y médicas que se encuentran activos en la actualidad; entretejido en este marco, daré cuenta del contexto más acotado del impacto de esas reformas en la profesión médica. También, describiré brevemente el contexto de la democratización de la sociedad mexicana para situar en específico las demandas feministas y de las mujeres en el mismo y con ello, finalmente, situarnos en concreto en el DF de la despenalización del aborto, contexto considerado de ampliación de derechos para las mujeres y generación de nuevos quiebres y dilemas para la profesión médica. Y por último, el contexto de la guerra entre el Estado Mexicano y el crimen organizado, que ha dado lugar a experiencias de violencia, violaciones de derechos humanos, miedo y fragilidad institucional que repercuten en la experiencia de los varones y mujeres que viven y trabajan en este país.

⁵⁵ Un contexto funcionalista es aquel que explica los sucesos unívocamente, es decir, los sucesos históricos son funcionales a un contexto que los hace inteligibles.

3.1.1-Neoliberalismo, salud y medicina en México (1984-2010).

A grandes rasgos, las reformas neoliberales que comenzaron a implementarse en México desde los años de 1980, se realizaron sobre el telón de fondo de la transición demográfica y epidemiológica que implicó, a nivel salud, cambios en los perfiles de morbi-mortalidad de la población: se pasó del predominio de las enfermedades infecciosas al predominio de las enfermedades crónicas y asociadas a los factores de riesgos (como cáncer y diabetes). Si las condiciones de salud han mejorado en las últimas décadas –lo que se constata por ejemplo, con el aumento de la esperanza de vida al nacer⁵⁶–, también es cierto que las desigualdades persisten y en este sentido, se puede decir que el neoliberalismo no ha hecho más que incrementarlas (Narro, 2004; Funsalud, 2012).

Las reformas del Estado impulsadas a inicios de los años ochentas son en parte producto de la crisis de la deuda (1982) y dan lugar a una reestructuración de la participación estatal en general. En el sector de la Seguridad Social y la Salud, implicó una importante restricción del gasto –por ejemplo, en el gobierno de Salinas de Gortari, el gasto de la Secretaría de Salud (SS) se redujo un 50% respecto de 1983 (Laurell, 1995)–. En 1984, se modificó el artículo cuarto de la Constitución, estableciéndose el derecho a la protección de la salud; para algunos, esto significó que se le quitara el Estado la obligatoriedad de la atención de la salud (Abrantes & Arjonilla, 2003; Tetelboin & Granados, 2000): se pasó así al mercado, lo que antes era responsabilidad del Estado. Según el análisis de una gran crítica de estas reformas, las mismas “desvirtúa[n] la esencia de la seguridad social mexicana, pública, solidaria, equitativa y de uso gratuito. Lleva al desmantelamiento del IMSS y a la desarticulación de su sindicato; restringe los servicios proporcionados e introduce un pago adicional para alcanzar la cobertura completa; incrementa el gasto fiscal en salud, manteniendo y acentuando la iniquidad en el acceso a servicios de calidad; y promueve la industria privada de la salud” (Laurell, 1995, p.154)

La introducción de este modelo mercantil, deja dividido el sistema de salud en tres subsistemas: el del aseguramiento privado, el de la Seguridad Social y el de los sistemas estatales de salud dirigidos a la población rural o suburbana ‘no asegurable’ (Laurell, 1996)⁵⁷. En 1984, se crea el Sistema Nacional de Salud, que en su primera etapa se concentró en la descentralización

⁵⁶ Para 1950 era de 48 años, mientras que para 2005, de 75 años (FUNSALUD, 2012)

⁵⁷ Surgen con ellos nuevos agentes económicos, como grupos financieros a través de las aseguradoras y la gran empresa médica, que “se convertirán en interlocutores privilegiados para la formulación de la política de salud” (Laurell, 1995, p. 155)

del sistema, para dar lugar, desde los años noventas en adelante, a la selectividad en las prestaciones; esto es, brindar un paquete básico de servicios – de intervenciones sencillas, de bajo costo y alto impacto- (Tetelboin & Granados, 2000). No está de más decir que la reforma, como idea de disminuir el gasto público y su aplicación con programas focalizados -que el sector privado no quiere ni puede resolver- están inspirados y muchas veces también financiados por el Banco Mundial. Uno de los documentos “inspiradores” en este sentido es el *Invertir en Salud* de 1993 (Laurell, 1995), lo cual explica la similitud entre las reformas del sector impulsada en otros países como Chile y Colombia, y la continuidad de la idea rectora sobre los servicios públicos de salud en los sucesivos cuatro sexenios de gobierno hasta 2010 -Salinas, Zedillo, Fox, Calderón (Funsalud, 2012).

Si para muchos analistas la alternancia de los partidos de gobierno –desde 2000- no ha generado un cambio en el sistema político, los dos últimos gobiernos del Partido Acción Nacional (PAN), han puesto el acento en extender la cobertura en salud –por ejemplo, con el Seguro Popular implementado desde 2003- y han hecho hincapié no sólo en la cantidad, sino en la calidad de los servicios (Funsalud, 2012). En la presentación del Programa Nacional de Salud 2007-2012, el presidente Felipe Calderón planteaba responder con “eficiencia, calidad y justicia” a los desafíos sanitarios, que hacen a la complejidad de la agenda de la salud pública: en México conviven realidades del primer mundo –enfermedades de la abundancia, como la diabetes y la hipertensión- con enfermedades del subdesarrollo – como la mortalidad materno-infantil- (PNS, 2007).

A grandes rasgos, dadas las reformas, hay tres niveles de críticas que interesa señalar. Por un lado, están las que parten de un acuerdo sobre la orientación general del sistema actual, pero que realizan señalamientos de ciertos errores y límites, y proponen una agenda política de modificaciones al respecto. Sintetizamos esta mirada en las propuestas de Funsalud⁵⁸ que considera como limitaciones: la escasez del gasto dedicado a salud –señalando que en una medición de la OMS, México quedó en la posición 61 de 144 países- (Funsalud, 2012, p.17), alertando sin embargo que no todo se resuelve con más gasto: ya que el sistema de salud actual se

⁵⁸ Es una institución privada, que se propone como misión: “Contribuir al mejoramiento de la salud en México”, como visión “ser punto de referencia en la discusión de la agenda de temas de salud en México” y como objeto social “Contribuir al fortalecimiento científico y tecnológico en materia de salud, mediante el impulso a la investigación, a la formación de recursos de alto nivel y al desarrollo tecnológico” (www.funsalud.org.mx) La institución organiza un Observatorio de la salud, que publica los estudios y opiniones de los personajes más granados de la Salud Pública de México. La actual secretaria de Salud del gobierno de Enrique Peña Nieto, Mercedes Juan, fue presidenta ejecutiva de FUNSALUD. Véase: <http://www.jornada.unam.mx/2012/12/07/opinion/a03a1cie>

caracteriza por su inequidad⁵⁹. Otra de las críticas gira en torno de la enorme inseguridad a que se ven expuestas las familias por las sumas de gastos catastróficos que ponen en riesgo cualquier economía doméstica. También señalan como elementos a superar la cuestión de que se trata de un sistema poco articulado entre sí y que si bien la cobertura se expande, no siempre es de calidad (Funsalud, 2012).

Por otro lado, están las críticas al sistema producto de la reforma, que señalan que las mismas han tenido y siguen teniendo como objetivo modificar el funcionamiento de las áreas sociales e impactar en las condiciones del régimen de acumulación del capital en el marco de la globalización, sin buscar realmente soluciones de bienestar para la población (Tetelboin & Granados, 2000). Otros analistas -como la ya citada Asa Cristina Laurell⁶⁰- plantean que las visiones privatistas como las inspiradas en el BM buscan “fortalecer la capacidad de la familia – léase la mujer–, particularmente de los sectores pobres, de hacerse cargo de una serie de tareas de salud sustituyendo o descargando al sector público” (Laurell, 1995) con la excusa que los Estados no tienen el dinero para gastar en los servicios de salud.

Por último, hay otro tipo de mirada que nos interesa resaltar y es la que pone de relieve, a partir de su discusión mediática, las representaciones sociales que se construyen sobre la situación de los servicios de salud resultados de las mencionadas reformas y es la idea de “la Salud como catástrofe” (Menéndez & Di Pardo, 2009). Así, lo que el análisis de las notas periodísticas en los periódicos a lo largo de todo un año dejó en claro para los autores de este estudio, es la visión crítica y negativa sobre la situación de salud de los mexicanos: “En función de objetivos e intereses particulares los partidos políticos, las empresas farmacéuticas, las organizaciones no gubernamentales, los funcionarios del Sector Salud, los intelectuales críticos y no críticos se complementan, más allá de sus leves o fuertes diferencias, para contribuir a construir esa imagen de la salud como catástrofe” (Menéndez y Di Pardo, 2009, p. 24)

La importancia de mencionar, aunque sea brevemente, estas visiones y críticas sobre el sistema de salud mexicano, se funda en que de diferentes maneras, se imbrican con la realidad y las percepciones de lo que el sistema es para uno de los actores que lo hacen a diario, esto es entre otros, los médicos y médicas.

⁵⁹ La inequidad queda ilustrada del siguiente modo: un ciudadano del Estado de Nueva León recibió en concepto del cuidado de su salud 1,253 pesos en 2002, mientras que un ciudadano de Chiapas recibió 799 pesos (Funsalud, 2012).

⁶⁰ Quien fuera secretaria de salud del DF en el gobierno de Andrés Manuel López Obrador y en el campo médico es apodada “la sueca” y famosa por su carácter fuerte.

Consecuencias en el ejercicio de la profesión médica: trabajo precario, deshumanización y violencia.

Las reformas mencionadas y los programas de salud que la actualizan, forman parte de la labor cotidiana de los profesionales de la salud. Pero hay aspectos de esta realidad que tienen una implicancia más profunda aún, en la práctica profesional, ya que se vinculan directamente con modificaciones de la misma, de los roles de médicos y medicas y de la organización de su trabajo.

Así, estudiando lo que ha dado en llamar *ethos médico* Gil Montes señala que: “Al observar los cambios que se experimentan en el sistema de salud respecto de la atención de los enfermos, de la administración de los recursos y de las transformaciones de las políticas internas en la institución, es correcto suponer que lo sujetos que forman parte de la misma también transformen la manera en que se relacionan en la institución, y que las prácticas hospitalarias se resignifiquen, emergiendo nuevos imaginarios respecto de la medicina y sus prácticas” (Gil Montes, 2004, p. 124). Y dentro de estos nuevos imaginarios y prácticas, señala que “Ahora el médico ocupa el lugar del administrador, diversifica su saber y su mirada es más atenta a los lineamientos del mercado” (p. 124). La cuestión de la atención al mercado, se vincula sobre todo con los profesionistas que ingresan al sistema privado y de prepagas, mientras que los que se dedican a la medicina institucional, que se ha orientado a la gestión preventiva, se han convertido para esta autora en “señaladores/detectores de riesgo”. Al respecto, describe una situación de la que he dado cuenta también en mi trabajo de campo: el médico o médica del IMSS, que no mira ni revisa al paciente, sino que basa su trabajo en completar el formulario que la institución le pide y que se basa en una mínima historia clínica orientada a detectar y registrar riesgos, para la posterior derivación.

Esto ha producido que para comprender la tan mentada relación médico-paciente se debe intercalar un tercer actor: la institución, en el rol de administrativo. Desde una mirada de involucramiento y hasta preocupación sobre el asunto, un documento de Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, 2006) plantea que la vieja relación médico paciente es ahora mucho más compleja, dado que el paciente posee más conocimientos, tiene mayor nivel cultural y conoce mejor sus derechos. Lo interesante de tal descripción es que dicha complejidad, que podría ser considerada positiva, entraña, para la institución que suscribe el documento, un riesgo. Así, la CONAMED plasma ciertas cuestiones que hemos escuchado durante el trabajo de campo de parte de los entrevistados y es la “cultura de la demanda por la mala praxis”, lo que genera una

“medicina defensiva” y eleva los costos de los servicios de salud: “Esta forma de proceder eleva, sin lugar a dudas, el costo de los servicios médicos, pues es el paciente quien finalmente absorbe no sólo el monto de las primas, sino las implicaciones de la medicina defensiva que se genera por el temor del médico a ser demandado y que lo impulsa a efectuar estudios y procedimientos exhaustivos a cada paciente para reducir la posibilidad de una demanda, pero que encarece innecesariamente la atención y en ocasiones retarda el diagnóstico y la instrumentación de una terapéutica” (CONAMED, 2006, p. 66)

Otra de las cuestiones que tiene que ver con el trabajo de los médicos y médicas es lo que algunos autores (Ruiz, Molina, & Nigenda, 2003) han caracterizado como la falta de articulación entre la formación y el sector público de salud, siendo que es éste el principal empleador de profesionistas médicos en México. Se plantea, por un lado, la demanda cada vez mayor de parte del mercado de médicos especialistas, concomitante al desempleo de los médicos generales y el deterioro general de las condiciones del empleo. Lo que los autores de estos estudios señalan es que la tendencia a que cada vez haya más médicos especialistas, no obedece a una demanda del sistema de salud, y la única forma de sostener la calidad de esos recursos –formados cada vez más por universidades privadas- es la certificación y re-certificación constante⁶¹, que si bien no es obligatoria, cada vez es más solicitada por los empleadores privados (Ruiz et al., 2003). Si a esta situación le sumamos la carencia de médicos en zonas rurales, urge, como plantean estos autores, una mayor articulación entre el sistema de salud y las instituciones formadoras, aunque los mismos analistas prefieren evitar la respuesta sobre quién debe ser el actor fundamental en la definición del número de médicos a formar (Ruiz, Molina, Nigenda, 2003). Otra preocupación en torno de la formación de recursos humanos en las carreras de medicina gira en torno de la feminización de la matrícula y el “desperdicio de recursos”, cuestión que veremos en profundidad en el próximo capítulo (Aguilar, Nigenda, Méndez, & Knaul, 2003).

⁶¹ Según la CONACEM, institución encargada de la coordinación de los diferentes consejos de especialidades médicas, el proceso de certificación es: “el acto de certificación de las aptitudes de los especialistas, único propósito y objetivo de los consejos, es la respuesta organizada de la comunidad para constatar la calidad de preparación de los profesionales para el ejercicio competente de un campo específico de la medicina. Asimismo, es la manera en que los consejos pueden intervenir para proteger los intereses de quienes son el objeto y el sujeto de su atención: los pacientes y el público en general, ayudándoles a distinguir a los especialistas mejor preparados. Como consecuencia, los médicos se ven estimulados para mantener al día sus conocimientos, perfeccionar sus destrezas y desarrollar sus actitudes fortaleciendo sus valores profesionales y personales. Un efecto de gran importancia para la población, es que la certificación promueve la mejora de la calidad de la práctica médica especializada y se estimula, además, el estudio y permanente capacitación y actualización de quienes profesan una especialidad y, de manera agregada, se cuida el nivel de calidad de la práctica de los verdaderos especialistas”. En: <http://www.conacem.org.mx/>

Si ésta es la situación general del empleo en la profesión médica, es importante dar cuenta de dos situaciones que confirman la íntima imbricación de la misma con la situación general del mercado de trabajo en México y las condiciones sociopolíticas del país.

En primer lugar me interesa señalar la experiencia de los miles de médicos y médicas que trabajan en las Farmacias Similares⁶², los así llamados “médicos Simi”: “Estos profesionistas representan un modelo de atención médica que se ha extendido a todo el territorio nacional y que cuenta con presencia en otros países de América Latina. Dirigido principalmente hacia los pobres, este modelo se sustenta en la medicina general de bajo costo. Esto representa una mano de obra calificada y barata para la *Fundación Best*, a la que se encuentran integrados” Los autores de este trabajo, en diálogo con las teorías sobre la desprofesionalización, se preguntan si los “médicos Simi” representan la expresión de un nuevo médico des-profesionalizado. Si el trabajo en estas Farmacias es “utilizado” por la empresa para aumentar las ventas –los médicos son “expendedores de recetas”- el trabajo de los autores discute si esta opción laboral aparentemente transitoria, no es en realidad una forma de trabajo precario. Lo cierto, es que es una clara opción al desempleo para muchos de los “médicos Simi”. En foros de médicos y estudiantes, hemos encontrado posturas bien divergentes sobre la cuestión: las opiniones van desde que se trata de simple explotación laboral de parte de una empresa, hasta los que dicen que la culpa es de los mismos médicos, por haber vuelto extremadamente cara su consulta y hacerla así, inaccesible para miles de mexicanos⁶³. Lo que es interesante del artículo es que muestra las re-significaciones dadas por los propios “médicos Simi” a su trabajo: que a veces sienten que el consultorio es suyo y que su trabajo se basa en los principios tradicionales de la profesión –servicio, altruismo-. Es interesante que estas opiniones dan por tierra con la idea de la homogeneidad interna de la profesión médica, un supuesto muy arraigado en cierta sociología médica (Leyva Piña & Pichardo Palacios, 2012).

En líneas generales, lo que las posiciones encontradas respecto al trabajo en las Farmacias Similares viene a mostrar es la tensión entre dos modelos de ejercicio profesional: el así llamado

⁶² Las Farmacias Similares se dedican a la venta de medicamentos que se comercializan con un costo menor al de los medicamentos de patente, tienen el mismo efecto, aunque son criticados porque no todos estos medicamentos pasan los controles vigentes. La empresa cuenta con más de 3,900 sucursales en México, Centro América y Sudamérica. Su dueño, Víctor González Torres, se hace llamar Doctor Simi, encarnando las publicidades de las farmacias (Leyva Piña y Pichardo Palacios, 2012). <http://www.farmaciasdesimilares.com.mx/>

⁶³ Parte del debate en: http://www.cursosemcar.com/wordpress/?page_id=522/foro-general/que-cuesta-20-30-pesos-el-negocio-de-las-simi/... El Post comienza: ¿qué cuesta 30 pesos? Y enumera: una orden de tacos sin refresco, un disco pirata, una caja de cigarros, etc.... Y luego se pregunta ¿Consideras que es justo que un médico que ha estudiado 5 años en la universidad reciba un pago por sus servicios de 30 pesos?

modelo gerencial, privado, donde lo que se busca a través de la profesión es la ganancia y la salud es ofrecida como cualquier otra mercancía - lo cual queda bien claro en los tipos de publicidad que clínicas privadas y consultorios hacen⁶⁴. Y el otro modelo, que sería el altruista y vocacional, donde el médico es un profesional pero algo más, alguien al servicio de los demás⁶⁵: “el médico moderno que sostiene su práctica sobre dos pilares: sus conocimientos científicos y capacidad técnica, por un lado y la ética de la humanidad, por otro” (Jaspers, 1988). Así, una constante del trabajo de investigación ha sido escuchar de parte de médicos y médicas palabras tales como “humanizar”, “deshumanización”, “trato humanizado”⁶⁶, como palabras que dan cuenta de un aspecto en crisis de su propia profesión⁶⁷.

Por último, a la complejidad de toda la situación que enmarca el trabajo de los profesionales de la medicina, viene a sumarse -en algunos casos como algo lejano pero en otros como una parte de la vida diaria- el fenómeno de la violencia. No he encontrado trabajos académicos que den cuenta aún del fenómeno, pero sí ha sido un comentario bastante recurrente de parte de mis entrevistadas haciendo alusión a situaciones que viven sus colegas de otras entidades del país. Así, una de las entrevistadas hacía referencia a cómo, según una colega y amiga suya de Coahuila, había transformado la violencia cotidiana la relación entre médicos y pacientes, que ya no era habitual dar el número de teléfono móvil a los pacientes y en caso de urgencias –por ejemplo, obstétricas- en la madrugada, todo quedaba a cargo de la clínica y los médicos y médicas que estuvieran de guardia: nadie, decía mi entrevistada, por más comprometido que estuviese con su paciente, sale en la madrugada en una ciudad como Torreón o Saltillo, para brindar atención. Otra ocasión fue a raíz del Congreso de la Federación de Asociaciones de Mujeres Médicas (FAMMAC) llevado a cabo en Acapulco en 2011: según la presidenta de la institución organizadora, la escasa concurrencia al mismo se explica por el miedo de muchas doctoras a viajar a un estado tan peligroso como Guerrero. Estos comentarios me permitieron preguntarme sobre la violencia y su influencia en la profesión y las notas periodísticas que encontré dan cuenta de que: se denuncia

⁶⁴ Por ejemplo, véase: <http://www.olab.com.mx/index.php?seccion=promociones>; <http://www.lmpolanco.com/>; <http://starmedica.com/default.asp?seccion=431>; último acceso 17 de mayo de 2013.

⁶⁵ Karl Jaspers escribió al respecto: “El tipo sacerdotal del médico de los tiempos primitivos, el médico hipocrático, que con mirada imparcial trata racionalmente el hombre en su totalidad junto con su situación; el médico medieval, que sostiene autoritarios principios especulativos; todos han sido relevados desde hace siglos por el moderno médico científico. El sacerdocio no es asunto suyo, pero sí la humanidad” (Jaspers, 1988, p. 9)

⁶⁶ Con toda la polisemia que el término contiene.

⁶⁷ El tema de la humanización-deshumanización de la medicina, será retomado en capítulos posteriores.

la falta de médicos especialistas para cubrir cargos en el IMSS del estado de Coahuila, Guerrero y Tabasco; la falta de todo tipo de personal médico y de enfermería para cubrir plazas en la zona Serrana de Chihuahua; denuncias de extorsiones, amenazas y secuestros de médicos en la zona de la frontera norte (Ciudad Juárez y Tamaulipas) pero también en Michoacán, así como la baja notable de lo que se denomina “turismo médico” en Nuevo León, especialmente en Monterrey, también debido a la violencia, el miedo y la inseguridad⁶⁸. Si bien no hemos recabado información sobre este tipo de situaciones en el DF, creo que dada la gravedad de la situación, basta con que se dé cuenta de ella en otros estados –aunque lejanos- para influir, aunque más no sea al nivel del imaginario, en las personas que ejercen su profesión en la ciudad de México⁶⁹.

3.1.2-Del año internacional de la mujer al ILE y los *feminicidios* (1975-2007).

Al comenzar la contextualización planteábamos tres hechos fundamentales en la historia reciente de México que han transformado el escenario en el que viven y trabajan nuestros actores. Uno de ellos, es el proceso de democratización vivido en México desde los años ochentas del siglo XX y se relaciona con el resquebrajamiento del sistema político dominado por el Partido de la Revolución Institucional (PRI)⁷⁰ y también, con toda una nueva gama de demandas políticas que entran en la agenda pública y de gobierno. Entre ellas, me detendré en las demandas de los colectivos de mujeres.

Esto es importante por el modo en que estos movimientos, sus logros y fracasos, cambiaron -directa o indirectamente- la vidas de millones de mujeres en México. Y justamente, me interesa analizarlo tanto desde sus avances –que implicaría considerar que los cambios en la vida de esas millones de mujeres fueron cambios positivos- como de sus limitaciones y retrocesos, lo cual vincula estrechamente el fenómeno con el tercero de los hechos más fundamentales de los últimos tiempos en la vida pública de México y es el de la emergencia de la violencia –asesinatos y desaparición forzada de personas y *feminicidios*.

⁶⁸ Información extraída de: Redacción SDPnoticias.com 19/07/ 2011, diario El Monitor de Parral, Chihuahua 21/08/2012, diario Milenio 28/10/ 2012, portal de noticias Sexenio. Com.mx 19/10/2012.

⁶⁹ Todo esto respecto a la violencia vinculada al crimen organizado. Como veremos en el capítulo 6, dentro de la profesión médica, se manifiesta la violencia institucional, en el caso concreto que estudiamos, lo que se conoce como Violencia Obstétrica. Vincular la existencia de estas múltiples violencias, es una tarea que sobrepasa las intenciones de este trabajo.

⁷⁰ Sistema político que fue caracterizado por el escritor peruano Vargas Llosa, como “la dictadura perfecta”: http://elpais.com/diario/1990/09/01/cultura/652140001_850215.html

La democratización mexicana y los movimientos de mujeres.

Hasta los años setentas del siglo XX, las mujeres fueron vistas por las políticas públicas sólo como madres/amas de casa, la contraparte necesaria de los varones vistos como agentes productivos, proveedores y jefes de familia (Tepichin, Tinat, & Gutiérrez, 2010). Esto comienza a cambiar en esa década y un hito fundamental para ello es la realización, en la ciudad de México, de la Conferencia Mundial por el Año internacional de la mujer (1975)⁷¹.

Esa época – mediados de los setentas- es la de la organización, el establecimiento y la lucha más frontal de los grupos feministas en la ciudad de México (Bartra, Fernández Poncela, & Lau, 2000), grupos que se enrolaban en lo que se dio a conocer como la segunda ola del feminismo⁷². Así, mientras estos grupos - reducidos y compuestos por mujeres universitarias y radicalizadas- comienzan a hacerse visibles (pero deciden no participar de la Conferencia Mundial), el paradigma que comienza a regir para los Estados es el de “La Mujer en el Desarrollo”. Éste plantea a las mujeres como una capacidad subutilizada, por lo que se vuelve necesario integrarlas al desarrollo, buscando la “Igualdad”: de educación, de empleo, etcétera (Tepichín, 2010). El paradigma de “La Mujer en el Desarrollo” comienza a incluirse en las políticas públicas mexicanas, pero es sobre todo con la creación en 1996 de la CONMUJER que se hace realidad. Sin embargo, como bien plantea Tepichín (2010), después de las crisis de los años ochentas y el quiebre financiero de 1995, lo que se intentó fue incluir a las mujeres al desarrollo como una forma de paliar la crisis y luchar contra la pobreza – privatizando y dejando en manos de las mujeres, gran parte de la “mano izquierda” del Estado⁷³.

Los años ochenta, también son una época de repliegue para los grupos feministas (Bartra et al., 2000), aunque como bien lo mencionaba una de nuestras entrevistadas, de los muchos movimientos sociales que surgen después del sismo de 1985, los grupos de mujeres –que aún no

⁷¹ Convocadas por la Asamblea de la Organización de Naciones Unidas, las conferencias mundiales sobre la mujer “en el último cuarto de siglo han contribuido a situar la causa de la igualdad entre los géneros en el mismo centro del temario mundial. Las conferencias han unido a la comunidad internacional en apoyo de un conjunto de objetivos comunes con un plan de acción eficaz para el adelanto de la mujer en todas partes y en todas las esferas de la vida pública y privada” La primera se realizó en México DF en 1975, le siguieron Nairobi 1985 y Beijing 1995. Para más, ver: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/Mujer2011.htm>

⁷² La primera ola del feminismo es la de principios de siglo XX y se relaciona con las demandas por el sufragio; la segunda ola comienza en los sesentas (post píldora) y se relaciona con los derechos sexuales.

⁷³ “La mano izquierda del Estado” es una expresión popularizada entre otros por Pierre Bourdieu para dar cuenta de las funciones y dependencias estatales vinculadas al Estado de Bienestar y el cumplimiento de los derechos sociales en educación, salud, previsión, etcétera.

hablan de género y no se denominan feministas- son muchos y centrales en la conformación del movimiento social urbano de extracción popular (Domínguez Reyes, 1999; Aranda Sánchez, 2009).

Es en los años noventas donde ingresa el concepto de “género” en las agendas públicas, luego de la conferencia de Beijing en 1995, donde se postula la “transversalización” del género. En México esto se plasma con la creación del INMUJERES, que da cuenta de cómo la cuestión del género y la igualdad se suman al ideal democrático que propició la derrota del PRI en 2000. Pero, al mismo tiempo, cómo la misma queda plasmada por un gobierno conservador, como el del PAN, lo que le dará características peculiares (Tepichín, 2010).

Mientras que el movimiento feminista urbano en esa misma época comienza la etapa que se ha dado en conocer como de “institucionalización” – que implica la búsqueda de alianzas, de ingreso en la política para lograr avances en el plano legislativo y gubernamental-, el movimiento de mujeres en México vive quizá su fase más democratizante, con la entrada de las mujeres indígenas en el concierto de demandas. Así, en el convulsionado año de 1994, por ejemplo, las mujeres zapatistas dan a conocer junto con la Primera Declaración de la Selva Lacandona, la “Ley Revolucionaria de Mujeres”, que cuestiona, desde un punto de vista feminista, los Usos y Costumbres indígenas (Espinosa Damián, 2010). Así, es interesante resaltar que por “su composición indígena y femenina, la articulación nacional que logra su organización, sus redes continentales, la naturaleza de su discurso, de sus reivindicaciones y acciones, evidencian el surgimiento de un nuevo sujeto social, que si bien comparte la agenda del movimiento indígena mixto y encuentra puntos de convergencia con el movimiento feminista, no puede diluirse en uno ni en otro, sino que obliga a reconocer la dimensión genérica de la desigualdad social en el proyecto del movimiento indígena, y la pluralidad de sujetos y estrategias políticas al interior del movimiento feminista” (Espinosa Damián, 2010, p. 86)

Así, las mujeres, los indígenas, los partidos de oposición fueron actores claves en el proceso de transición a la democracia (V. E. Rodríguez, 1999); y en las políticas públicas, ellas pasan a ser de “sujetos pasivos” a “agentes activos”, avanzando más que nada en la satisfacción de “necesidades prácticas”, pero cada vez más en la lucha por visibilizar y avanzar en las “necesidades estratégicas” de género⁷⁴.

⁷⁴ La distinción de necesidades prácticas y estratégicas de género proviene de Caroline Moser, para quien las primeras se formulan a partir de las condiciones materiales concretas en que viven las mujeres, como consecuencia de su ubicación dentro de la división genérica del trabajo y las segundas se derivan del análisis de las relaciones de dominio/subordinación entre los géneros y expresan un conjunto de metas relacionadas con una organización más igualitaria de la sociedad (Moser, 1991)

En la contienda electoral del año 2006, una feminista -Patricia Mercado- fue candidata a presidente; desde fines del siglo XX se ha ido creando toda una red de instituciones gubernamentales para atender a las demandas de las mujeres (Tepichín, 2010) y, lo que es central para algunas analistas: “A pesar de que México, un país machista, mayoritariamente católico y tradicionalista, que el feminismo subsista es un logro ya de por sí, pero además que haya integrado a mujeres con intereses feministas al ámbito público [...], demuestra que la lucha ha incidido en la vida cotidiana” (Bartra et al., 2000, p. 36).

Todo este proceso, que no ha acabado aún, tiene desde mi punto de vista, dos caras opuestas que atañen a todas las mujeres que viven en México: la cara positiva, luminosa, de ampliación de derechos – por ejemplo, con la despenalización del aborto en el DF- y la cara negativa, oscura, de vulneración constante de derechos, en la violencia.

Las dos caras de la moneda: ILE y feminicidio.

La cuestión de la violencia contra las mujeres, especialmente problematizada a partir de las muertas en Ciudad Juárez, es uno de los grandes retrocesos en la historia de las mujeres en México en la primera década del siglo XXI. Por un lado, la problematización y señalamiento de este tipo concreto de violencia pasó de lo local, a lo nacional y luego a lo internacional, dando lugar a montones de formas expresivas y políticas de solidaridad y denuncia, entre la que se destaca la misma definición del fenómeno –y tipificación como delito- como *feminicidio*: “En castellano *femicidio* es una voz homóloga a homicidio y sólo significa homicidio de mujeres. Por eso, para diferenciarlo, preferí la voz *feminicidio* y denominar así al conjunto de violaciones a los derechos humanos de las mujeres que contienen los crímenes y las desapariciones de mujeres y que, estos fuesen identificados como crímenes de lesa humanidad” (Lagarde, 2008, p. 216).

Las explicaciones para semejante fenómeno son variadas y tal como lo sintetiza Marcela Lagarde, van desde las psicoanalíticas y semióticas, hasta las más sociológicas y antropológicas que hacen foco en el marco fronterizo “y ponderan la situación económica incluso de clase y de poder, tanto de las mujeres víctimas como de los victimarios y de la zona, así como el impacto del Tratado de Libre Comercio (TLC) y las maquilas en el crecimiento desorganizado socialmente, marginación y la pobreza; o en la coincidencia del establecimiento del llamado cartel de Juárez y el inicio de los crímenes” (Lagarde, 2008, p. 212). Con la extensión del fenómeno a otras zonas del país, como el Estado de México, son muchas las voces que hacen hincapié en una explicación

culturalista que pone el acento en la cultura machista y misógina de una supuesta “esencia mexicana”.

Sin querer conjeturar sobre explicaciones, lo que me parece importante destacar para un estudio que indaga en los avances de las mujeres en arenas laborales que antes le estaban vedadas, es la existencia de este tipo de fenómenos que contribuyen a la “naturalización” de la violencia y el acostumbramiento a las muertes feroces y las desapariciones –que no comenzaron en Juárez pero sí allí se hicieron notables y ahora son casi la norma en la guerra entre el Estado Mexicano y el crimen organizado-. La naturalización de este tipo de fenómenos impregna el cuerpo social y las formas de sociabilidad, llegando a producir -a veces- situaciones de temor que pueden llegar a propiciar salidas totalitarias (Calveiro, 2012). Además, se trata de asesinadas por ser mujeres: mujeres de clases populares, jóvenes, trabajadoras. Pero no solamente ellas, como lo muestra Lagarde: todas las mujeres en razón de su género, están en riesgo y esto es importante, desde mi punto de vista, porque muchas veces los *feminicidios* son leídos como una forma de disciplinamiento (Segato, 2003), como el castigo que el patriarcado da a aquellas que “se salen de la norma”. Esta idea hace pensar a estas violencias como síntomas negativos, pero síntomas al fin, de emergentes cambios en las configuraciones de género, que son resistidos y negados. De algún modo, la idea es similar a la interpretación que haremos en el capítulo 6, a raíz del fenómeno de la violencia obstétrica y el papel de las mujeres médicas en el mismo.

La naturalización de la violencia y la impunidad que rodea a la mayoría de los casos son elementos que si bien, desde el DF, pueden parecer lejanos, impregnan el aire como una molestia que puede llegar a sofocar, paralizar, ahogar, matar. Más aún si sostenemos las interpretaciones descritas más arriba, que hacen posible pensar que, como mujeres, ese clima de violencia, manifestación de cambios en el orden de género, también las compete.

Si las muertes y la violencia son el lado oscuro, no menos importante es hacer notar que en un país donde no se sabe con certeza cuántas son las víctimas –varones y mujeres-, por quiénes fueron ultimadas ni dónde están sus cuerpos, por otro lado, insisto, en la ciudad capital de ese país, donde viven más de 8 de los 112 millones de habitantes, la situación de las mujeres al nivel de los derechos ha avanzado muchísimo en los últimos años. Y una muestra de ese avance es que en la ciudad se ha despenalizado el aborto, siendo uno de los escasísimos lugares de América

Latina⁷⁵ donde es legal y los servicios públicos de salud están obligados a brindar los servicios a todas las mujeres que presenten un embarazo menor a 12 semanas.

Como lo plantea Marta Lamas(Lamas, 2009), la despenalización -lograda en abril de 2007- se produjo gracias a la conjunción de varios factores: la presión de los grupos feministas –y su profesionalización; la polarización política posterior a los comicios de 2006; y que el DF fuera gobernado por una fuerza de izquierda como el Partido de la Revolución Democrática (PRD). Lamas, analista y protagonista del movimiento, traza sin embargo en la larga data de la historia anticlerical mexicana este logro y no deja de mencionar a las pioneras que, como Matilde Rodríguez Cabo (mencionada en el capítulo anterior) médica, marxista y feminista, desde hace décadas clamaron por el aborto como un derecho (Lamas, 2009).

La cuestión de la despenalización del aborto es central para comprender la situación general de las mujeres en México y especialmente para las médicas, que son por un lado, partícipes en tanto ciudadanas pero también médicas, profesionales que pueden realizar las prácticas de interrupción. Como lo plantea Roberto Castro, la despenalización del aborto y la generalización del aborto farmacológico –con misoprostol- producen un “desplazamiento del rol protagónico, en la prestación del servicio, rol tradicionalmente asignado, o arrebatado por los médicos, quienes desde ese lugar evalúan el grado de colaboración de las *pacientitas*”⁷⁶ por lo que, sacado de su lugar de autoridad, el profesional médico siente en crisis su *habitus* tradicional de autoridad, aquí des-jerarquizado ante la mujer, que ya no es más la “pacientita” sino una ciudadana haciendo valer sus derechos. Como veremos en el capítulo 6⁷⁷, las reacciones a este proceso de des-jerarquización del *habitus* médico, es un proceso que, para el caso de las mujeres médicas, revista aspectos tanto positivos como negativos, que pueden incluirse como una dimensión más de tensión entre las muchas que viven como médicas y mujeres.

De contextos y escalas.

El análisis de todos estos contextos nos pone en el marco de situación en el que viven y trabajan las médicas en la actualidad. La propuesta es que lo que describamos de aquí en adelante -sobre todo a partir del capítulo 4- esto es, las trayectorias, las experiencias, la sociabilidad de las mujeres médicas, sus narrativas, identidades y prácticas, puedan comprenderse como insertos en

⁷⁵ Sólo se permite en Cuba, Guyana y Puerto Rico.

⁷⁶ Roberto Castro en Conferencia Anual del PUEG: “El impacto de la despenalización del aborto en el personal de salud”. Auditorio Mario de la Cueva, Torre II de Humanidades, UNAM, 24 de agosto de 2011.

⁷⁷ En lugar del ILE, en el capítulo 6 trabajaremos la introducción de prácticas de “parto humanizado”.

los múltiples contextos de los que hemos dado cuenta hasta aquí. Así, por ejemplo, los sentidos dados a los ámbitos de trabajo –sean estos públicos o privados- no pueden dejar de relacionarse con las reformas neoliberales en el sector salud; los diagnósticos sobre la situación de la medicina en la actualidad también con ese contexto y el de la violencia de los últimos décadas; los debates en torno de las prácticas de parto humanizado con los avances de los derechos de las mujeres en los últimos treinta años de la vida nacional; etcétera, etcétera.

A continuación la tarea será dar cuenta de cómo, entre la historia de largo plazo y estos contextos, se va dando un fenómeno específico – la feminización- que contribuye y hace inteligible también, los cambios de las configuraciones. Luego, achicando la escala del análisis, enfocaremos en las trayectorias, experiencias y puntos de vista de las mujeres en la medicina mexicana. La idea es que en este cambio de escala no perdamos de vista los contextos aquí descritos que otorgan sentidos específicos a lo que los actores dicen y hacen. Como si quisiéramos jugar a las cajas chinas, pero sin olvidar, por muy pequeña que sea la que tenemos ante nuestros ojos, que salió de una más grande, que salió de otra más grande, que salió de otra más...

3.2-Feminización: usos, definiciones y valoraciones.

Ya enmarcado a grandes rasgos el proceso, es necesario decir que el término feminización está atravesado por dos tensiones. Una de ellas es la que expresa usos cuantitativos y cualitativos. La otra es de tipo valorativa, y de cuenta de las tensiones entre dos polos: uno de connotaciones positivas y otro, negativas. Estas tensiones se trasladan a los usos cotidianos del habla, donde las connotaciones valorativas pueden reforzarse o subvertirse. Así, en el habla popular, *feminizar* muchas veces es usado como sinónimo de sodomizar, de subordinar, de algo masculino que se vuelve femenino y que en el proceso, pierde valor, potencia, se debilita, se vuelve delicado, frágil, etcétera.

Lo importante de traer a cuenta todos estos aspectos del término *feminización* es que, en diferentes medidas y niveles, hacen también a la caracterización del proceso para el caso de la medicina, en el sentido de cómo es evaluado y significado por los actores. Además, como veremos más adelante, todos estos usos no son más que actualizaciones concretas de lo femenino/masculino, tal como se lo considera en las configuraciones sociales de género.

Nuestra definición: la feminización como un proceso de cambio.

Dada la necesidad de clarificar los conceptos para volverlos operativos, a continuación comenzaré a concretar el concepto que utilizaremos para dar cuenta de la feminización como un proceso de cambio.

Por la proximidad temática y por densidad hermenéutica, utilizaré el concepto de *feminización* tal como ha sido desarrollado por la sociología del trabajo: los procesos de feminización/masculinización dan cuenta del modo en que un trabajo-sector o –subsector de la economía, cambia su composición de género. Esta perspectiva se propone dilucidar la manera en que este cambio de composición de género de la mano de obra, puede explicarse por factores estructurales y objetivos - cuestiones relativas a la división sexual y social de trabajo, de la organización fabril, cambios tecnológicos y estructura de oportunidades laborales, educacionales y demás- y/ o por factores simbólicos –representaciones, costumbres, identidades, creencias. En esta visión, lo material y lo simbólico son sólo distinguibles a nivel analítico.

La premisa de este punto de partida es que existen trabajos, sectores o subsectores económicos, oficios y/o profesiones que son generizados (Sommestad, 1994) o se constituyen como territorios de género (Kalinsky, 2006). Lena Sommestad (1994) realiza un estudio sobre la industria lechera en Suecia, que de ser históricamente ocupada por mujeres, se fue masculinizando: a medida que se fue tecnologizando la industria lechera, ellas fueron desplazadas en la fuerza de trabajo por los hombres. Este cambio, dice la autora, se explica por cuestiones objetivas, de introducción de tecnología, concentración industrial, etcétera, pero agrega: estas explicaciones simples no alcanzan, es necesario dar cuenta de una mirada más comprehensiva. Y esa mirada supone dar cuenta del interjuego entre la interpretación cultural y el cambio industrial, donde más que darse una simple sustitución de población de un sexo por otro, lo que sucede es una “reinterpretación de los significados del trabajo y del género” (Sommestad, 1994) que contribuyen a esa sustitución. Así, de asociar la idea de los trabajos con la leche y la mantequilla y las cualidades de las mujeres en esa materia por su cercanía a la naturaleza, se pasa a considerar la producción lechera como parte de la industria moderna donde los hombres son los encargados de lidiar con las máquinas.

El trabajo de Beatriz Kalinsky (Kalinsky, 2006) analiza cómo experimentan el género femenino las mujeres que trabajan en lo que ella llama “trabajos fronterizos”, que no son otra

cosa que trabajos que tanto simbólica como materialmente se asocian con los hombres, es decir, son claramente territorios de género masculino. Así, la autora muestra cómo juezas de las altas esferas del sistema judicial argentino y celadoras de las cárceles experimentan y lidian con sus “marcas de género”, es decir, con su condición femenina que dado el territorio de género en el que se desarrollan sus profesiones puede ser algo positivo –que ayuda al desempeño profesional- o algo negativo –que lo obstruye o dificulta.

Una y otra mirada, sobre la industria lechera en un país escandinavo, o sobre las profesiones ligadas a la administración estatal de justicia en un país del extremo sur, ponen de relieve la existencia de trabajos generizados. Esto significa que están compuestos básicamente por hombres o por mujeres –trabajos masculinizados, trabajos feminizados – y que sus características se asocian con rasgos del mundo de lo “femenino” y/o de lo “masculino”. Es decir, no puede afirmarse que sean “masculinos” o “femeninos” exclusivamente por el género mayoritario de su fuerza laboral o por características del trabajo desempeñado, sino que ambas cuestiones – materiales y simbólicas- son las dos caras de una misma moneda⁷⁸.

Así las cosas, si un trabajo-oficio-profesión tradicionalmente masculino se feminiza -o a la inversa- *feminización-masculinización* son los nombres que se le dan a esos procesos de cambio que obligan a pensar en términos de permanencias y rupturas, en multi-causalidades y por eso mismo, en las reinterpretaciones que se le dan al fenómeno. Es decir, es necesario atender a cómo ciertas modificaciones dadas, actualizan, transforman o reproducen las interpretaciones que hacían que tal o cual oficio, profesión, rama de la industria, etcétera, se considerara femenina o masculina y fuera ocupada mayormente por mujeres o por hombres.

Esta perspectiva muestra cómo la necesaria vinculación de lo material y lo simbólico obliga a articular todo el tiempo enfoques cuantitativos con enfoques cualitativos. En la misma línea analizan el fenómeno de la feminización de la fuerza laboral en América Latina Orlandina de Oliveria y Marina Ariza (De Oliveira & Ariza, 2000), quienes plantean que el proceso puede ser explicado por cambios estructurales y demográficos, pero también, por cambios en la vida familiar

⁷⁸ Esta mirada de aunar lo material y lo simbólico va de la mano de la propuesta de género tal como la tomamos de Joan Scott –ver introducción-

e individual. En este sentido, afirman, lo que nos aporta la perspectiva de género es la necesaria vinculación de ambas esferas⁷⁹.

Esta mirada supone también ver cómo la *feminización* de la fuerza de trabajo - o de un sector, o subsector o profesión u oficio- produce cambios y modificaciones en la organización de la producción y en las culturas del trabajo. En su estudio sobre las obreras de las maquilas, Luis Reygadas (Reygadas, 1998) se propone indagar en la manera en que los cambios en las relaciones de género⁸⁰ –dentro y fuera de los sectores productivos- contribuyen a modificar la manera de trabajar y las representaciones del trabajo.

Lo remarcable de estas perspectivas es que ponen de relieve los contextos socioculturales e históricos que enmarcan la interpretación cultural y así, subrayan la centralidad de las configuraciones de género en dicha interpretación. Así planteada, esta perspectiva no sólo es solidaria con la idea de género como categoría de análisis tal como fue recuperada en la introducción de la tesis⁸¹, sino que pone en el centro del análisis la construcción y valoración de la diferencia entre femenino y masculino. Es decir, plantear la centralidad de un proceso de cambio -como el de la feminización- para comprender las experiencias de las mujeres en la medicina supone que ellas aportan algo diferente; es decir, supone la constatación de una diferencia. En términos de Rosana Rossanda (1990), esto implicaría preguntarse: “¿han producido las mujeres una cultura propia, un saber específico, reprimido o ahogado, que al emerger, aportaría una corrección substancial y no simplemente un plus de la cultura tal y como ha existido hasta ahora, en resumen, un modo de ser diferentes? ¿En qué inviste lo femenino a esta cultura de dominantes y opresores, en qué subvierte, qué sistemas diferentes de relaciones sugiere?” (1990, p. 124).

⁷⁹ Esta perspectiva de vincular ambas esferas, la seguiremos en el análisis del siguiente capítulo sobre las interacciones familia-trabajo.

⁸⁰ Con este artículo Reygadas altera, al mismo tiempo, la tradicional división del trabajo al interior del campo académico donde los hombres estudian los procesos industriales y las mujeres la perspectiva de género. Al respecto, es muy interesante lo que plantean Marie Buscatto y Catherine Marry cuando afirman que los “varones” de la sociología francesa que investigaron sobre el trabajo (Crozier, Mendras, Touraine) no se metieron en vincular lo público y lo privado, cuestión que quedó en manos de las mujeres sociólogas que les sucedieron, entre ellas, Margaret Maruani.

⁸¹ Dónde transcribíamos a Scott, cuando planteaba que: “Necesitamos una visión más amplia que incluya no sólo a la familia sino también –en especial en las complejas sociedades modernas- el mercado de trabajo – un mercado de trabajo segregado por sexos forma parte del proceso de construcción del género- y la política” (Scott, 1996, p. 123)

Lo que plantea esta autora no remite la diferencia a algo sustancial, esencial, fijo e inmodificable, como lo supondrían ciertas autoras de lo que se ha dado en conocer como el feminismo de la diferencia (Amorós, 2005); sino a la construcción histórico-cultural de la especificidad de la experiencia femenina, de la diferencia.

Ésa es la diferencia de la que estamos partiendo, la diferencia cultural entre masculino y femenino que se expresa en las configuraciones de género: la diferencia que, por haberse construido lo universal por lo masculino, supone que las mujeres –fuente del simbolismo de lo femenino- hacen o portan algo diferente (Amorós, 2005). Si bien, en sistemas hetero-normativos como el de nuestras sociedades occidentales existe una clara asociación entre femenino y mujeres y masculino y hombres - asociación que se “naturaliza” y es vista como necesaria, enraizada en la biología, y por todo eso, normal- nuestro punto de vista aquí está centrado en cómo se constituye y ordena este sistema y cómo es vivenciado por los varones y las mujeres (Strathern, 1992). La diferencia de la que partimos, entonces, no es la de varones y mujeres, sino la de la dicotomía masculino- femenino que la sobrepasa.

Así, la feminización produce cambios a nivel de los significados, *inviste* de manera diferente, porque lo femenino que supuestamente aportan esas mujeres, está connotado de significados y valores culturales que no son inmutables y están constituidos históricamente.

Por ello, dados al análisis de un proceso de feminización es importante no olvidar que en la configuración de género hegemónica en nuestras sociedades occidentales, lo femenino es visto como inferior a lo masculino. Tal como lo plantea Françoise Héritier (Héritier, 2007), existe una valencia diferencial de los sexos: puestos a pensar en torno de la primera constatación clasificatoria entre identidad y diferencia –machos y hembras, día y noche-, la humanidad comenzó a pensar en términos dualistas y una de las primeras clasificaciones dualistas es la de masculino y femenino. Ahora bien ¿por qué esa diferencia se vuelve una desigualdad? Es una de las grandes preguntas que la teoría feminista ha buscado responder. La respuesta de la autora es que la necesidad de apropiarse de la fecundidad de las mujeres, y pensarlas entonces como recurso para la reproducción, está en la base de esa apropiación que desemboca en la desvalorización de todo lo femenino – y por ende, de todas las categorías asociadas, donde el primer término es masculino y el segundo femenino: calor/frío, seco/húmedo, activo/pasivo, fuerte/débil, abstracto/concreto, cultural/natural, etcétera (Héritier, 2007, p. 17).

Lo que esta teoría esbozada por Héritier nos permite vislumbrar es la variabilidad de los contenidos dados a las categorías –cálido puede ser masculino o femenino, depende la cultura o el contexto- y la invariancia de los marcos –es decir, lo que es femenino siempre es inferior a lo masculino en término de estructura-. Considero que la idea de un sistema binario femenino-masculino y la conceptualización de lo masculino como superior es algo que existe en la mayoría de las configuraciones de género y, sobre todo, existe en la nuestra – occidental, heredera de las tradiciones mediterráneas judeo-cristianas (Bourdieu, 2000) ; sin embargo, disiento con la idea de que toda configuración de género deba basarse en esa dicotomía, ya que, como veremos luego a lo largo de la tesis, parte de los cambios en las configuraciones de género de la profesión médica apuntan a que la diferenciación masculino-femenino se vuelva más abierta, flexible y quizá por eso, menos dicotómica.

Desde este punto de vista, analizar un proceso de feminización remite de algún modo a la manera en que en un proceso histórico concreto, esas categorías binarias se ponen en acto y quizá, se redefinen. Pero, allí donde hablamos de femenino, hablamos de su relación con lo masculino en un marco de jerarquías. Tener en cuenta esto es importante no sólo para analizar las interpretaciones que hacen los actores del fenómeno, sino para considerar el contenido transformador que puedan tener, a nivel de las configuraciones de género, algunas de las reinterpretaciones: por ejemplo, las que permitan pensar lo femenino de los varones y/o las que vuelvan menos rígida la dicotomía masculino-femenino, en una nueva idea de configuración subjetiva del género.

Una vez realizadas estas precisiones y retomando el concepto del que partiremos, es importante decir que los estudios que investigan los procesos de feminización/masculinización de la fuerza de trabajo, la mayor parte son de tipo cuantitativo y buscan mostrar las dinámicas del cambio de perfil por sexo de las diferentes ocupaciones (De Oliveira & Ariza, 2000), las persistencia de las desigualdades en el trabajo, las formas de segregación ocupacional por género y la creación de nuevas desigualdades -en las trayectorias laborales, por ejemplo (Maruani, 2002).

Otro de los aportes de la sociología del trabajo ha sido dar cuenta de la segregación horizontal por género – y su relación con los aspectos simbólicos de las configuraciones de género, pero también con la división sexual del trabajo-; y el de la segregación vertical por género a través de conceptos tales como *plafond de verre*, *techo de cristal*, *ciel de plomb* (Buscatto & Marry, 2009). Vinculado con ambos y nudo central de la cuestión, ha sido la redefinición de la

idea misma de trabajo –considerando al doméstico también como trabajo- (Epstein, 1971; Maruani, 2002; Schweitzer, 2009). En la misma línea, Rocío Guadarrama plantea que estudiar los significados del trabajo femenino también conduce a pensar sobre la heterogeneidad de los espacios laborales, dado el lugar que ocupan la casa, el taller, el barrio, la calle, en el trabajo de las mujeres (Guadarrama Olivera, 2008).

Aspectos cuantitativos y cualitativos, simbólicos y materiales, construcción cultural de la diferencia, interpretaciones y reinterpretaciones del significado del trabajo, segregación horizontal y vertical por género, son dimensiones que intentaremos ir dando cuenta en este análisis. Es importante aclarar que todas estas dimensiones, presentes en la sociología del trabajo, serán consideradas a la hora de evaluar la *feminización* de la medicina como proceso de cambio ya que, como fue planteado en la introducción, sostengo que las intersecciones entre estudios del trabajo y sociología de las profesiones son alentadoras – y necesarias- en lo respectivo al trabajo profesional de las mujeres (Pozzio, 2012).

En resumen, a continuación me concentraré en la caracterización cuantitativa del fenómeno de la feminización, comenzando a indagar en algunos aspectos simbólicos a partir de las interpretaciones que se hacen del fenómeno.

3.3- Un diagnóstico sobre la feminización de la medicina en México: datos cuantitativos.

3.3.1- El nivel macro: Mercados de Trabajo y Educación Superior.

Teresa Ortiz (2006, 2008) afirma que para comprender un proceso de feminización –sea cual fuere el ámbito en el que el mismo se produce- es necesario dar cuenta de la situación general de las mujeres en ese contexto –un país, una región, una cultura, una historia. Esto es importante porque si bien la feminización de la medicina es un proceso con sus propias particularidades, al mismo tiempo hace parte de procesos más amplios como son los de la feminización de la educación superior y la entrada de mujeres en los mercados de trabajo - específicamente en las profesiones.

Y en lo relativo a las profesiones, como bien señala Guadarrama Olivera(2008), la comprensión de las identidades laborales y las trayectorias profesionales son procesos relacionales que al darse en contextos socialmente estructurados, deben entenderse como “campos de acción habitados por individuos que interiorizan las estructuras del mundo y las

resignifican para tomar decisiones” (Guadarrama Olivera, 2008, p. 327). La autora distingue entre esas estructuras del mundo, los niveles macro –que serían por ejemplo la segregación laboral de los mercados de trabajo, los patrones de fecundidad, etcétera-; los niveles meso – por ejemplo, los procesos de etiquetación social que se dan en el marco de las instituciones como la familia y la escuela-; y los niveles micro – de las interacciones de los individuos.

Adaptando estas idea a mi propósito, en este apartado intentaré mostrar los procesos estructurales -lo macro-, para luego poder profundizar en las otras escalas de análisis, especialmente la escala micro-sociológica, que es la de la perspectiva del actor.

Para ir situándonos, es necesario comenzar por lo más general. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, en México hay 57.5 millones de mujeres y 54.9 millones de hombres -lo que da una relación de 95 hombres por cada 100 mujeres-. Respecto al nivel escolar de la población mayor de 15 años, los datos indican que a mayor nivel escolar, menor proporción de mujeres⁸².

En lo relativo al trabajo, es importante mencionar que para el DF -de la población total de mujeres de más de 14 años- el 47,7% son Población Económicamente Activa (PEA): el 44% de esas mujeres está ocupada. De la población total de varones, el 74% es PEA y de ellos, el 69% está ocupado. La edad promedio de la PEA femenina es de 39 años (igual varones), y los años de escolaridad promedio de dicha población es de 10 y 11 años (igual varones). En el caso de las mujeres ocupadas, el 75% son asalariadas –contra el 65% de los varones.

Con estos datos vemos que, en lo relativo al trabajo fuera de la casa, son más los hombres que trabajan que las mujeres, mientras que en promedio, la edad y la escolaridad de unos y otros no hay diferencias notables. Donde sí hay diferencia es respecto a la cantidad de horas trabajadas a la semana, siendo que en promedio los varones trabajan 46 horas, contra 39 de las mujeres.

Es interesante ver cómo se distribuye la población de varones y mujeres en los distintos sectores de la economía. Así, según la “Estadística a Propósito del Día Internacional de la Mujer 2011” del INEGI, de la población de mujeres ocupadas, el 88,4% lo hace en el sector terciario de la

⁸² Los datos son los que siguen –en millones de personas: sin instrucción 5.9 varones y 8.1 de mujeres, con primaria incompleta 12.0 y 12.3, primaria completa 16.1 y 17.4, media básica 31.6 y 33.4 –la diferencia más importante a favor de las mujeres-, media superior 17.7 y 15.1, y superior 16.7 y 13.7 respectivamente–la diferencia más grande a favor de los varones (INEGI, 2010)

economía. Si bien luego analizaremos puntualmente lo que sucede con el trabajo de los profesionistas, es necesario decir que, claramente, estos se encuentran en el sector terciario: según ANUIES (2010), 1 de cada 4 personas del millón que entran cada año al mercado de trabajo (cifra que se da desde la década del 1990) son profesionistas, egresados del sistema de educación superior mexicano.

Del total de mujeres asalariadas, por tipo de unidad económica, el 40,2% lo hace en empresas y negocios, mientras que un 25% se desempeñan en instituciones. Este último porcentaje se divide en instituciones privadas –el 5%- e instituciones públicas -19%-, de las cuales 17% son administradas por el gobierno (en número absolutos, para el DF, estamos hablando de 300 mil mujeres). Esto es importante ya que como mencionan varios autores, gran parte de la población femenina que ingresó al mercado de trabajo fue absorbida por el trabajo en la administración estatal (Rico y Marco, 2006).

Respecto al nivel de ingreso, es importante poner de relieve las comparaciones: así, del total de asalariadas, un 12,5% recibe menos de un salario mínimo (SM), contra el 5,6 de los varones, mientras que un 10% de las mujeres perciben más de 5 SM⁸³, contra el 14, 2 de los varones. Lo que dicen estas cifras en términos generales es que en proporción, son más las mujeres que reciben un salario menor y más los hombres que reciben un salario mayor: en números absolutos, vemos que las que reciben menos de un salario mínimo son alrededor de 248 mil mujeres contra 128 mil hombres, y los que reciben más de 5 salarios mínimos son 180 mil mujeres contra 315 mil hombres (en DF)⁸⁴.

En líneas generales, los datos muestran que: a nivel población hay más mujeres que varones, que ambos grupos no acceden de manera proporcional a los mismos niveles educativos, y que el trabajo de las mujeres se concentra en el tercer sector de la economía. Esto constata lo que plantean las autoras que trabajan las dinámicas de los mercados de trabajo a nivel internacional, siendo que la feminización de la fuerza laboral se concentra en el tercer sector de la economía y se explica por la crisis del *fordismo-taylorismo*, el advenimiento de las reformas neoliberales que estancan el trabajo masculino y hacen crecer el femenino, la búsqueda de mano

⁸³ Según la Comisión Nacional de Salarios Mínimos, para la región A (donde se encuentra DF), el salario mínimo general por hora de trabajo es – a enero de 2013- de 64,73 pesos mexicanos, equivalente a 5,24 dólares americanos o 4 euros, a cotización de mayo de 2013.

⁸⁴ Todos datos promedio de los 4 trimestres de 2010. Fuente: Indicadores Estratégicos de Ocupación y Empleo, para DF

de obra más barata y el auge del trabajo precario (Maruani, 2002). En América Latina, este proceso se liga al cambio del modelo de sustitución de importaciones a uno de tipo exportador y neoliberal, donde la entrada al mercado de trabajo de las mujeres también se vincula con redefiniciones de la relación público-privado dadas por las reformas estructurales en el ámbito estatal. En este marco, desde los años ochentas del siglo XX, la fuerza de trabajo femenina va en aumento, pero no llega a los niveles de los países europeos y/o asiáticos (De Oliveira & Ariza, 2000).

Las dinámicas más generales del mercado de trabajo son necesarias para comprender las expectativas de quienes acceden a mayores niveles de educación formal. Al mismo tiempo, muchos autores plantean que el aumento en la tasa de actividad de las mujeres se relaciona con el aumento constante de su nivel de formación -no sólo universitario- (Baudelot & Establet, 1992). El nivel de escolaridad es, además, una variable importante para dar cuenta de manera indirecta de la condición socioeconómica de las mujeres y por ende, de la estructura desigual de oportunidades que les brinda el mercado laboral (Guadarrama Olivera, 2008). Lo que señala esta misma autora es que la escolaridad también marca profundas diferencias en cuanto al significado del trabajo femenino: así, mientras que las mujeres de clases medias y altas pueden hacer prevalecer sus deseos a la hora de ingresar al mercado laboral, las mujeres de condición más pobre, se ven forzadas por la necesidad económica, poniendo en primer lugar las estrategias familiares de sobrevivencia a sus propios deseos.

Según el INEGI, por nivel de instrucción, dos terceras partes de las mujeres ocupadas cuentan con secundaria completa o su equivalente, o bien con nivel medio superior y superior, proporción que resulta mayor a la de los varones en más de cinco puntos porcentuales. El nivel de instrucción de la población de mujeres desocupadas en el DF, indica que el 4% de esa población cuenta con primaria incompleta, el 11% con primaria completa, el 38% con secundaria completa y el 46% con educación media y superior. Esto significa que tener mayores credenciales no garantiza tener empleo ni mejor salario. El Informe del INEGI es contundente: "El ingreso por hora trabajada en todos los niveles educativos es mayor en los hombres y se hace más pronunciado cuando el nivel de escolaridad es mayor, las mujeres con instrucción medio superior y superior ganan 5.4 pesos menos por hora que los varones con la misma instrucción; cabe señalar que, es en este nivel donde el porcentaje de mujeres que desempeñan un trabajo calificado supera las dos

terceras partes (68%) de la población de mujeres ocupadas, es decir, ocho puntos porcentuales más que el de los hombres (60.4 por ciento)” (INEGI, 2010, pp. 8 y 9).

A continuación veremos lo que dice la información disponible sobre el empleo de los profesionistas. Según los datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), el número de profesionistas ocupados en México en 2011 es de 6.5 millones de personas. Las carreras con mayor número de profesionistas ocupados son: Ciencias Administrativas (662 mil 400 ocupados), Contaduría (657 mil 300 ocupados) y Derecho (641 mil 100 ocupados). Y las que menos profesionistas ocupados tiene son: Pilotos aviadores y Navales (4 mil 200 ocupados), Letras (4 mil 400 ocupados) y Zootecnia (4 mil 600 ocupados). Los profesionistas de las ciencias de la salud – entre los cuales se ubican los médicos- rondan los 400 mil ocupados según la misma fuente.

Para el mismo período (2011), el porcentaje de mujeres profesionistas ocupadas con respecto al total de profesionistas ocupados en el país es de 42.3%. Las áreas profesionales en donde las mujeres representan a más de la mitad del total de profesionistas ocupados son: Humanidades, Educación, Ciencias de la Salud y Artes. En las ciencias de la salud, de los profesionistas ocupados, 56.5% son mujeres. Las carreras con mayor porcentaje de mujeres profesionistas ocupadas son: Diseño Textil (99.4%), Formación Docente en Educación Preescolar (96.5%) y Diseño de Interiores (95.9%). Y las áreas donde las mujeres profesionistas tienen menor presencia en la ocupación son Ciencias Físico Matemáticas, Ciencias Biológicas e Ingenierías: por ejemplo, son 0.8% de los pilotos aviadores y navales, 3.1% de las ingenieras mecánicas ocupadas.

Respecto a las dinámicas del mercado de trabajo profesional es necesario para el caso de América Latina, como apunta Alfredo Hualde (Hualde, 2000), tener en cuenta la tutela estatal ya que el desarrollo de las profesiones está en íntima vinculación con el desarrollo del Estado y el aumento de éstas se vincula, por ende, con su participación en las esferas políticas y burocráticas. Por otra parte, algunas autoras que han trabajado sobre las trayectorias laborales de las mujeres destacan que, si bien la familia de origen define la estructura de oportunidades educativas y de trabajo, en el caso de las profesionistas y ejecutivas existe un capital social de base en torno de los valores de la educación y el ascenso social (Arango, 1998). Sin embargo, y sobre todo si se las compara con varones de la misma profesión y del mismo nivel educativo, para ellas la familia y los ciclos de vida, siguen jugando un papel muy importante en la definición de sus trayectorias laborales. Estos análisis de nivel general serán puestos a dialogar en el próximo capítulo con las

experiencias de las mujeres médicas y los arreglos familiares que ellas producen en pos de conciliar familia y trabajo.

Retomando, está claro entonces que para comprender la estructura de oportunidades educativas y de trabajo que se le presentan a las mujeres debemos poner el ojo en lo que sucede en la educación superior, siendo que desde las décadas de 1960 y 1970 las mujeres comenzaron a entrar masivamente en las universidades latinoamericanas, produciéndose el fenómeno que se denominó feminización de la educación superior (ANUIES, 2010). Veamos algunos datos del continente para luego profundizar en el proceso mexicano.

La feminización de la educación superior se da en la mayor parte de los países del continente (Papadópulos & Radakóvich, 2006). En México (ANUIES, 2010), las mujeres egresadas de universidades mexicanas eran en 1970 el 15.5% del total de egresados, en 1980 eran el 29.8%, en 1990 el 40.3% y en 2000 el 51.3%.

Tabla I. Porcentual de Mujeres egresadas de universidades mexicanas sobre total de egresos.

Año	% Mujeres
1970	15.5
1980	29.8
1990	40.3
2000	51.3

Elaboración propia. Fuente ANUIES ,2010.

Si bien muchos autores plantean que el mencionado proceso, en las primeras décadas del siglo XXI se habría detenido o llegado a su tope (Rodríguez Gomez, 2003) los datos nos indican que la entrada de mujeres en la educación superior es un proceso consolidado y que en la mayoría de los países, tiende a la paridad. En México, mientras tanto, las cifras de la feminización son más pronunciadas, siendo que de los datos disponibles para los países del continente, es el país con mayor proporción de mujeres en la educación superior. ¿Qué significa este avance de las mujeres sobre la educación superior? Mi punto de vista es que, si bien cada historia nacional y regional debe tener sus matices, en términos globales la feminización de la educación superior es parte de su masificación, y ésta se debe a los procesos de desarrollo e integración social que estos países

vivieron desde mitad del siglo XX. Y en ese marco, la fuerte presencia de mujeres en las casas de altos estudios, puede ser entendida como manifestación de un proceso de cambio de largo plazo en las configuraciones de género de las sociedades latinoamericanas. Luego confrontaremos esta opinión con la de los analistas especializados en el tema.

Según las cifras recabadas por el ANUIES⁸⁵ en su anuario 2009, en el Distrito Federal, la población total por género en las licenciaturas universitarias y tecnológicas (años 2007 y 2008) se divide del siguiente modo: de primer ingreso, de un total de 86.797 personas, las mujeres eran el 49,2%; y de los egresados, de un total de 54.259 personas, las mujeres representaban el 53,5%.

Ahora bien, estos datos, que más bien nos muestran una situación de paridad, necesitan ser complementados con las cifras que muestran cómo se distribuyen varones y mujeres en las distintas áreas del conocimiento. Esta última cuestión, como lo muestran los datos de los profesionistas ocupados por áreas de conocimiento, es central para comprender la segregación horizontal por género como uno de los rasgos que caracterizan al mercado de trabajo profesional y la educación superior –y que por lo tanto, manifiestan ciertas lógicas de las configuraciones sociales del género. Los datos extraídos de ANUIES nos muestran algo de esa lógica⁸⁶ – de género- que no sólo se da en México: mientras que en el área de estudios Ingeniería y Tecnología hay 43 mujeres cada 100 hombres y en las ciencias agropecuarias hay 53.4 mujeres cada 100 hombres, en Educación y Humanidades hay 211 mujeres cada 100 hombres y en las ciencias de la salud 184 mujeres cada 100 hombres (Ver Tabla II).

⁸⁵ ANUIES: Asociación Nacional de universidades e instituciones de educación superior. México.

⁸⁶ Ma. Duru Bellat (Duru-Bellat, 1996) plantea que “las orientaciones femeninas son opciones “razonables y racionales” que se adelantan a las posibilidades que les ofrecerá el mercado de trabajo así como a los roles que les esperan en el ámbito familiar” La autora se pregunta, para acentuar esta idea de la lógica y lo racional ¿para qué transgredir las normas?

Tabla II. Comportamiento de los matriculados por sexo según áreas de estudio. México 2009.
Total país.

Área de estudio	Hombres	Mujeres	% de Feminización*	% de Masculinización**
Cs. Agropecuarias	35,468	18,936	53.4	187.3
Cs. De la Salud	81,536	150,396	184.5	54.2
Cs. Naturales y Exactas	23,290	22,841	98.1	102.0
Cs. Sociales y administrativas	438,329	609,903	139.1	71.9
Educación y Humanidades	45,279	95,806	211.6	47.3
Ingeniería y tecnología	541,032	233,565	43.2	231.6
Totales	1,164,934	1,131,447	97.1	103.0
* número de mujeres por cada 100 hombres**número de hombres por cada 100 mujeres				

Elaboración propia, fuente: ANUIES, anuario 2009.

La Universidad donde más se ha acentuado la feminización – y quien más ha prestado atención al fenómeno- es la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Así, en el trabajo coordinado por Ana Buquet (2006) se plantea que en el total de estudiantes matriculados se ha producido entre los años 1980 y 2005 un paulatino descenso de los varones: si en 1980 ellos eran el 65% de ese total, en 2005 son el 48%. Se señala que es a mitad de la década del 1990 que la cifra de mujeres supera a la de varones. Algo similar sucede con los egresados, siendo que en 1980 los varones eran el 67% de los egresados, en 1990 el 52% y en 2005 el 45%.

Por ello, es interesante comparar la evolución de la feminización entre mediados de la década de los noventa y mediados de la década de 2000 entre las licenciaturas más pobladas de la UNAM: Si en Derecho, Contaduría y Psicología no hay casi diferencias entre el porcentaje de mujeres estudiando entre 1995 y 2005, la diferencia es notoria para el caso de la carrera de Médico Cirujano, donde en 1995 el porcentaje era de 57,58% mujeres y en 2005 era de 64.53%. (Ver Tabla III).

Tabla III. Comparación 1995 -2005 del porcentaje de mujeres inscritas en las 5 licenciaturas más pobladas de la UNAM.

Licenciatura	Porcentaje de Mujeres 1995	Porcentaje de Mujeres 2005	Variación 1995-2005
Derecho	50.65	50.52	-0.13
Contaduría	58.19	58.3	+0.11
Médico Cirujano	57.58	64.53	+6.95
Psicología	74.52	74.71	+0.19
Administración	60.25	56.50	-3.75

Fuente: Buquet, 2006

Estas 5 licenciaturas, las más pobladas de la UNAM, nos muestran un claro predominio femenino en sus aulas. Las autoras del trabajo plantean que, dado el estudio comparativo de corte longitudinal, la carrera de Medicina, junto con las Escuelas Nacionales de Artes Plásticas, Enfermería y Trabajo Social no sólo tiene más del 50% de mujeres, sino que se hicieron –y se siguen haciendo, según la tendencia- cada vez más femeninas. Esto es “cuando la participación de mujeres es mayor al 60 % y su índice de feminidad (cantidad de mujeres por cada 100 hombres) da entre 541 y 155 puntos” (Buquet, 2006). En el caso de la Facultad de Medicina de la UNAM, este índice es de 189, siendo la 6ta facultad de la UNAM con más mujeres (1° Enfermería y Obstetricia, 2° Trabajo Social, 3° Psicología, 4° Odontología, 5° FES Iztacala, 6° Medicina). Para las autoras de ese trabajo “el análisis de la comparación por sexo de las diferentes carreras vuelve visibles algunos factores que intervienen en el proceso de distribución; entre ellos se consideran condicionantes culturales, estereotipos de género, la demanda del mercado, imaginarios de las salidas laborales y las profesiones ligadas a las identidades de género” (Buquet, 2006, p.146). Esos “factores que intervienen en el proceso de distribución” son interpretados en este trabajo como parte de las configuraciones de género.

Concentrándonos en las carreras de medicina, es necesario decir que, según el catálogo de licenciaturas del ANUIES, para 2005 en la ciudad de México existían 214 instituciones de educación

superior y 86 programas académicos en Ciencias de la Salud. Dentro de estos programas académicos, los de medicina son dictados por las universidades que figuran en las tablas IV y V, además de la Escuela Libre de Homeopatía y la Escuela de Medicina Naval. Estas distintas escuelas otorgan los títulos de: médico cirujano, médico cirujano naval y militar, médico cirujano y homeópata, médico cirujano y partero y médico general.

Tabla IV. Matrícula Total por sexo por institución de sostenimiento público (2008):

Institución	Hombres	Mujeres	Totales
IPN	12,023	8,039	20,062
UAM	5,251	4,668	9,919
U. del Ejército y la Fuerza Aérea	267	125	392
UNAM	9,703	11,014	20,717

Fuente: ANUIES, Anuario 2009

Tabla V. Matrícula Total por sexo por institución de sostenimiento privado (2008):

Institución	Hombres	Mujeres	Totales
TEC Monterrey	795	536	1,331
U. La Salle	626	506	1,132
U. Panamericana	523	487	1,010
U. Wetshill	89	78	167
U. Anáhuac	121	163	284
U. Justo Sierra	195	264	459

Fuente: ANUIES, Anuario 2009

Siguiendo los datos de ANUIES (2010) me interesa comparar la feminización de la población total de las casas de estudios, para luego analizar la feminización específica de las carreras de medicina. En primer lugar, lo más remarcable es que al considerar la población total de las licenciaturas universitarias, estamos en presencia de una paridad entre varones y mujeres y en las carreras de medicina -salvo las esperables excepciones de las universidades ligadas a las Fuerzas Armadas- la mayoría tienen un claro predominio femenino, siendo la UNAM la más

feminizada de todas⁸⁷. Así, comenzando un necesario ejercicio comparativo, podemos ver que en las universidades con mayor población, los porcentajes entre la cantidad de mujeres en el total y la cantidad de mujeres en las carreras de medicina difieren así: en el IPN, las mujeres en el total de la población estudiantil son el 41% y en las carreras de medicina son alrededor del 58%; en la UAM-X son el 48 % y el 45%, respectivamente; en la UNAM son el 54% y el 64%, respectivamente; en el TEC-Monterrey son el 41% y el 58%; en La Salle son el 45% y el 51%, respectivamente. Las oscilaciones más significativas se dan para las dos licenciaturas más pobladas y las que representan el mayor número de médicos matriculados en el DF, es decir, la UNAM y el IPN.

Tabla VI. Ingresos y egresos según sexo por institución de enseñanza de la Medicina. 2007/2008.

Universidad y Escuela	Primer Ingreso 2007		Egresados 2007-2008	
	T	%de Mujeres Ingreso	T	%de Mujeres Egreso
Escuela Médico Naval.	94	47.8	73	47.9
Escuela Libre de Homeopatía.	25	64.0	38	60.5
IPN. Escuela Nacional de Medicina.	261	62.4	249	69.8
IPN. Escuela Superior de Medicina.	477	58.0	410	56.8
IPN. Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud.	55	54.5	155	60.6
TEC-Monterrey.	36	58.3	X	X
UAM-Xochimilco.	250	47.2	162	40,1
U. del Ejército y la Fuerza Aérea.	100	27.0	97	39.0
U. Justo Sierra.	78	57.6	103	53.3
U. La Salle.	109	56.0	95	47.6
UNAM. Facultad de Medicina.	1070	65.0	708	62.5
UNAM. FES Zaragoza.	227	69.0	162	61.0
U. Panamericana.	59	59.3	31	32.0
U. Westhill	102	46.0	78	53.8

Elaboración propia. Fuente, ANUIES, Anuario 2009.

⁸⁷ llaman la atención los datos de la Escuela Médico Naval y de la UAM-Xochimilco, ambas merecerían un análisis de datos de años anteriores para corroborar o no la tendencia y profundizar en las particularidades

Estos datos nos hacen pensar que si bien ha habido un incremento notable del acceso a la educación de parte de las mujeres, la predilección por las ciencias de la salud y específicamente por las carreras de medicina, tiene razones específicas que es necesario desentrañar.

Hasta aquí, entonces, hemos descrito la situación de las mujeres en el mercado de trabajo y en la educación superior, dando cuenta de los rasgos principales del fenómeno de la feminización de ambos. Ahora bien, dada la contundente presencia de mujeres en las carreras de medicina, a continuación mostraré los datos referidos al ejercicio de la profesión

3.3.2- El nivel meso. La feminización de la profesión médica en México, periodización y características principales.

Las mujeres se han ido incorporando al mercado de trabajo, en mayor medida en el tercer sector de la economía, en el área de los servicios y muchas de ellas, con educación media y superior, trabajan para instituciones -en su mayoría estatales. Su inserción en el mercado de trabajo tiene mucho que ver con su formación y está claro que cada vez son más en la educación superior y en las profesiones, aunque su distribución al interior de la mismas siga patrones de segregación. Todo esto da un marco al aumento casi constante de las mujeres en las carreras de medicina y luego, en la profesión médica. Pero estos datos y descripciones a nivel de lo macro explican parte del fenómeno pero no agotan su comprensión, para lo cual es necesario indagar en el nivel meso – de la profesión- y en el micro- de los sujetos-. Es decir, si los datos nos muestran la feminización de las carreras de medicina como parte de la feminización de la educación superior, también es necesario indagar en las lógicas precisas, insertas en la historia, las identidades y las instituciones de la profesión, para comprender cabalmente el fenómeno.

Ya es parte de un axioma que la masificación de la educación superior, en América Latina, forma parte de procesos más generales de ampliación de derechos ciudadanos y desarrollo de los Estados alrededor de las décadas de 1960 y 1970 (ANUIES, 2010). La feminización de la matrícula universitaria es producto de ello. Los datos muestran que como fenómeno, la feminización se consolida en las últimas décadas. Ahora bien, para el caso de la profesión médica ¿existe a nivel cuantitativo un proceso tan acentuado? Lo que podemos decir en principio es que la feminización de la profesión no se da al mismo ritmo que la feminización de la matrícula universitaria, pero, aunque *no sean tantas, son más*, y esto, de por sí, constituye parte de un proceso de cambio. Entonces ¿desde cuándo la entrada de mujeres en la medicina -que como vimos se va dando en

cuenta gotas a lo largo de la primera mitad del siglo XX- se convierte en el contexto significativo que caracteriza la profesión médica de hoy? Con estos interrogantes no hacemos más que enfrentarnos a la cuestión de la periodización: si la feminización es un proceso de cambio ¿dónde situar ese antes y ese después que hace que el contexto actual sea diferente? Si bien es un proceso de largo plazo ¿Cuándo comienza? ¿Cuáles son los momentos de quiebre, despegue y/o ruptura? ¿Cómo se pueden caracterizar esos distintos momentos? A continuación intentaremos dilucidar esta cuestión en base a diferentes datos obtenidos de distintas fuentes.

Una periodización tentativa del proceso de feminización en la profesión médica en México.

La periodización elaborada se basa en tres tipos de fuente: la información recabada por Rodríguez de Romo y Castañeda en su libro (Castañeda López & Rodríguez de Romo, 2010); los libros de Registro de Título de Médico Cirujano de la Secretaría de Salubridad Pública (SSP)⁸⁸; y el Registro de Cédula profesional de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública (SEP).

La primer fuente da cuenta del período que va desde la graduación de Matilde Montoya hasta 1936, y está basada en la información recabada por Rodríguez de Romo y Castañeda López (2010) a partir de los expedientes de las estudiantes de la Escuela Nacional de Medicina, que si bien no era la única del país, sí era la mayor en importancia. Según las fuentes trabajadas por estas autoras, hasta 1936 en la mencionada escuela se habían graduado 84 mujeres. En el 1900, eran sólo dos. Entre ese año y 1920, las médicas en México eran 10 -8 de la ENM, una de Puebla y otra de San Luis Potosí.

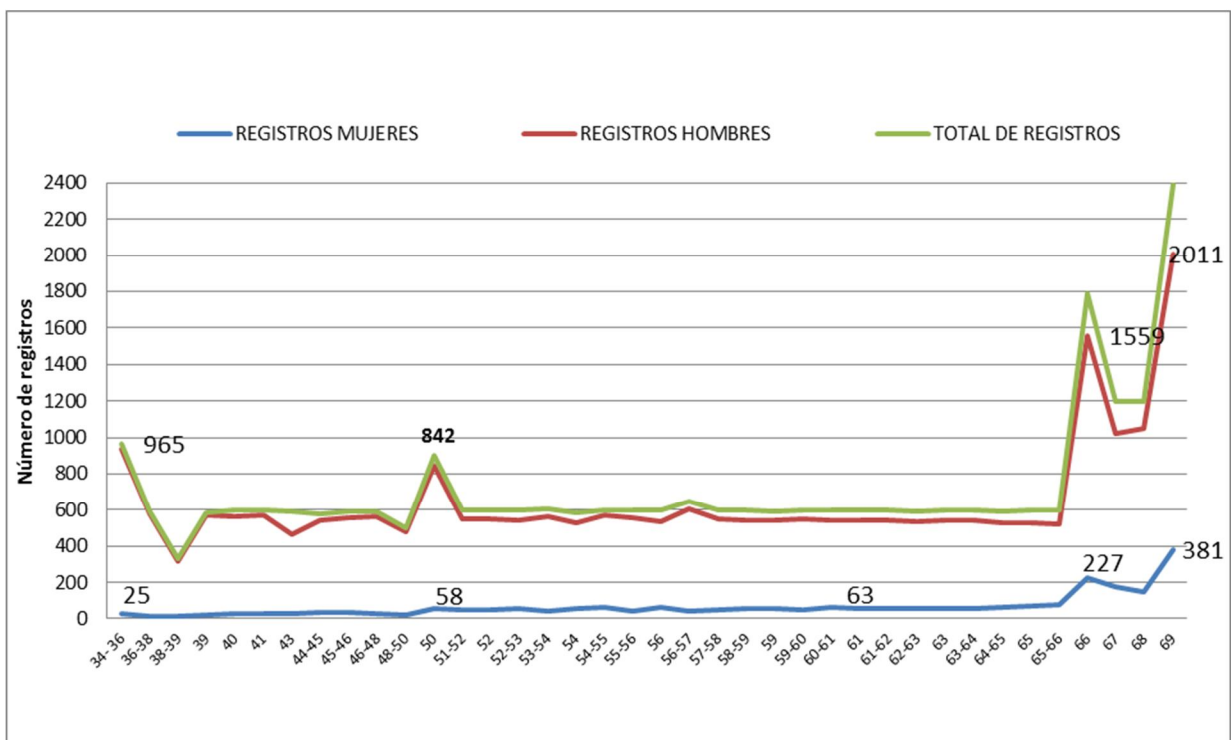
El mencionado trabajo presenta una importante labor de síntesis, pero llega sólo hasta 1936⁸⁹; para conocer la información posterior nos basamos en los libros de Registro de Título de la SSP. Estos registros pudieron ser consultados, pero dado que contenían información considerada

⁸⁸ Para realizar tal registro había que viajar al DF, por lo que inferimos que las personas que realizaban tal trámite –viaje incluido- lo hacían para efectivamente ejercer la medicina, por eso considero esta fuente un indicador de la feminización de la profesión –y no sólo de los y las que obtenían su título-.

⁸⁹ Las autoras explican que para analizar las biografías de las médicas se basaron en el libro Catálogo de las Tesis de Medicina del siglo XIX, que compila las 2825 tesis entregadas entre 1900 y 1936 – la única mujer en entregar su tesis antes de esa fecha fue Matilde Montoya-. Ese catálogo les sirvió para conocer sus nombres así buscar la información en el Archivo Histórico de la UNAM. Después de 1936, año en que se pone en práctica en servicio social, la tesis para obtener el título pasa a ser optativa. Además, esas fechas coinciden con los gobiernos de Lázaro Cárdenas y la consolidación del “nuevo régimen”, es decir, del Estado pos-revolucionario, lo que justifica que las autoras titulen el libro “Pioneras...del porfiriato al nuevo régimen”.

privada y que por ende está protegida por la ley, el acceso que tuvimos a dichos libros fue restringido y sólo con fines estadísticos. Por eso, sólo pudimos acceder a contar el número de las mujeres médicas que registraron su título a partir del año 1936 hasta el año 1970. Esta delimitación temporal se vincula con que, a partir de 1970, teníamos una nueva base de datos más completa (la de la SEP). Hay que aclarar que el registro de título era obligatorio, pero no se hacía necesariamente al término de los estudios, por lo que puede haber casos de mujeres que estudiaron y se graduaron antes de 1936 (y que están, entonces, contabilizadas en los datos de Castañeda López y Rodríguez de Romo) y que figuran en este registro después de 1936. Otra aclaración necesaria es que aquí se registran los títulos de los médicos y médicas que estudiaron tanto en la ENM como en otras escuelas de medicina del país. Por lo tanto, las bases no son complementarias y ambas tienen sus restricciones. Sin embargo, dada la escasez de información, entre ambas podemos insinuar las tendencias generales del proceso de entrada de mujeres en la profesión médica.

Gráfico 1⁹⁰ Evolución del no. de títulos, según sexo, registrados ante SSP. Libros de registro entre los años 1936 – 1970.



⁹⁰ Otra aclaración importante es que los números del eje horizontal representan los años en que fueron registrados títulos que figuran en un mismo libro –así, por ejemplo, el número de títulos registrados entre 1945-46 alcanzó para un solo libro (más o menos 500/600 registros por libro).

Vemos que más allá de algunos picos registrados en la población de médicos que inscribieron sus títulos, hasta mediados de la década de 1960 la línea de los totales casi se superpone con la de los varones y la de las mujeres se mantiene casi todo el tiempo muy lejos, registrando a lo largo de las década de 1950 un leve incremento: por ejemplo, en los libros de los años 1950-51 hay 842 hombres contra 58 mujeres. Decimos que es un incremento, porque si comparamos con los libros de mitad de la década de 1930, la proporción de mujeres era menor - 965 registros de varones contra 25 de mujeres-. A mediados de la década de 1960 se da un incremento total de los registros, lo que seguramente tiene que ver con el desarrollo del país y de la educación superior y médica en esos años (Frenk-Mora et al., 1990). Sin embargo, las diferencias entre hombres y mujeres siguen siendo contundentes a favor de ellos.

Con la información de ambas bases podemos decir que desde los inicios hasta mediados de la década de 1960, la tendencia es de una cada vez mayor -pero a la vez- muy lenta incorporación femenina a la carrera y la profesión médica.

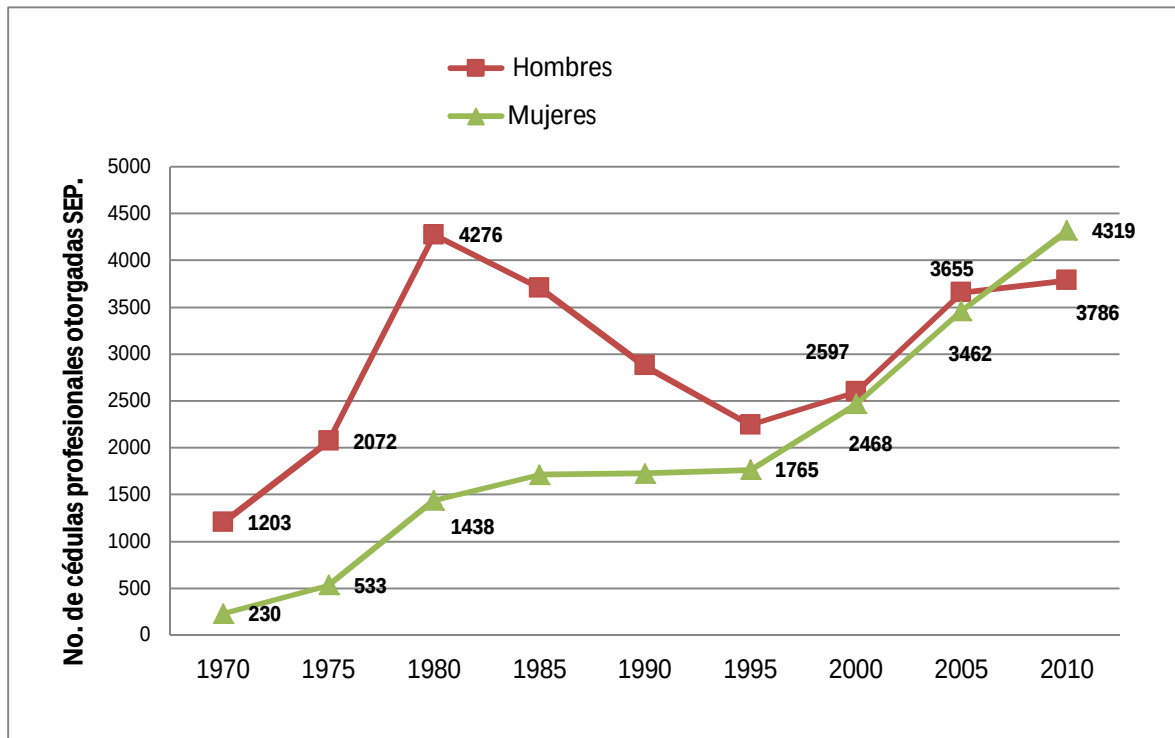
A partir de 1970 contamos con la información que nos fue suministrada por la Dirección General de Profesiones de la SEP, donde se tramita el requisito indispensable para el ejercicio de la profesión que es el de la cédula profesional. Esta información abarca a todo el país:

Tabla VII. Porcentaje de mujeres que solicitaron cédula profesional como médico cirujano ante la SEP (1970-2010)

Año	Porcentajes
1970	17,1
1975	20,4
1980	25,1
1985	31,4
1990	37,5
1995	44
2000	48,7
2005	48,6
2010	53,2

Elaboración propia, fuente: SEP

Gráfico 2: Solicitudes de Cédula profesional como médicos cirujanos, por año, por sexo, total país (1970-2010).



Elaboración propia, fuente: SEP

Lo que vemos en este gráfico es que desde mediados de la década de 1970, se manifiesta en el número de cédulas profesionales tramitadas el incremento total de la matrícula universitaria –lo cual se relaciona con la expansión del sistema (Frenk-Mora et al., 1990). Entre las décadas de 1980 y 1990, se frena la expansión, pero mientras este freno en el caso de las cédulas profesionales tramitadas por mujeres entra en una meseta, es decir, se estabiliza, para el caso de los varones comienza a verse una importante retracción, lo cual coincide con los análisis que plantean una des-masculinización de la educación superior y también, en especial, de la medicina - explicada en gran medida por las crisis económicas y la entrada más temprana de los varones en el mercado de trabajo (Rodríguez Gomez, 2003). Esta situación comienza a revertirse a mediados de la década de 1990, donde empieza a destacarse el fenómeno de la feminización de la matrícula universitaria y consecuente –pero menor en ritmo y proporción- el de la profesión, que se acentúa en los últimos diez años. Si relacionamos estos datos con los de la matrícula de las carreras de

medicina, es esperable que la tendencia se mantenga, dado el retraso de por lo menos 5 años entre los que están estudiando y los que, al terminar, hacen efectivo el trámite de cédula profesional ante la SEP⁹¹.

Ahora bien, si analizamos en términos absolutos los datos del trámite de cédula profesional –y no su incremento por años- vemos que desde 1970 hasta 2010 se tramitaron un total de 44,073 cédulas profesionales. Si consideramos que todos estos médicos –y sin contar los que hicieron el mismo trámite antes de 1970- están actualmente en actividad, el número de mujeres ronda el 40% del total. Desde mi punto de vista esto constata una feminización de la profesión médica, es decir, un cambio que se está dando en su composición por género, aunque no se llegue a la paridad. En otros términos, no son la mayoría –como sí lo son en las carreras universitarias de medicina- pero *sí son cada vez más*.

Considerando estas informaciones, podemos empezar a delinear una periodización para el fenómeno de la feminización, que daría cuenta de tres etapas: 1-la primera, desde la entrada de la primera mujer a la carrera de medicina hasta la década de los sesenta (1887-1965⁹²); 2- la segunda, desde ese momento hasta mediados de la década de 1990 (1966-1995⁹³); y 3-la tercera, desde mediados de los noventa hasta la actualidad (1996-en adelante).

Resulta interesante entrelazar esta periodización con los dichos de nuestras entrevistadas⁹⁴, puesto que sus testimonios consolidan la división de estas tres etapas y ayudan a comprenderlas como momentos significativos que marcan distintas etapas en sus experiencias en

⁹¹ Con la suposición de que todos lo que terminan y tramitan su cédula profesional, efectivamente trabajan en su profesión.

⁹² Según las cifras del Gráfico 1 es a partir del año 1965 donde se comienza a dar el incremento más notorio del número de títulos registrados por mujeres.

⁹³ Según las cifras del Gráfico 2 es a partir del año 1995 que aumenta notoriamente el número de cédulas profesionales tramitadas por mujeres.

⁹⁴ En el próximo capítulo describiremos con mayor profundidad las características de las entrevistadas, a los fines que se exponen aquí, basta decir que hice 31 entrevistas en profundidad a profesionistas de la medicina -26 mujeres y 5 varones-. Además, obtuve testimonio indirecto de las experiencias de otras médicas (3) –algunas ya fallecidas- a través de información periodística y de entrevistas a sus descendientes. En total, he recabado información sobre las experiencias de 4 mujeres que estudiaron medicina entre la década de 1950 y principios de la década de 1960, 6 testimonios de profesionistas que estudiaron entre mediados de 1960 y finales de la década de 1970, 9 que estudiaron en la década de 1980, 8 en la década de 1990 y 2000.

la medicina y escalonan el largo plazo que hace posible pensar en cambios en las configuraciones de género de la profesión.

Primera etapa. Una minoría inquietante (1887-1965).

Esta primera etapa se caracteriza por una gradual entrada de mujeres, que va desde la primera –y la segunda y las pocas que siguieron- hasta la década de 1920, donde la presencia de ellas, aunque excepcional, comienza a ser constante y no por eso menos resistida. Es recién a partir de la década que va de 1940 a 1950, que la presencia de mujeres se consolida alrededor de un 4% del total de médicos que han registrado su título en toda la República Mexicana (ver Gráfico 1). Un símbolo de lo pocas que eran, las resistencias que generaban y quizá por eso mismo, las solidaridades que tejieron entre sí es que en esta primer etapa se funda la Asociación de Médicas Mexicanas (1931)⁹⁵. En la década de 1950, las mujeres ya rondaban el 9% del total de médicos con título registrado.

A través de los relatos de nuestras entrevistadas que estudiaron en esa época, se constata que eran pocas y no siempre bien tratadas o vistas por sus pares y/o profesores. Una doctora, que estudió a finales de la década de 1940 cuando todavía la facultad de Medicina estaba en el Palacio de Santo Domingo, en la calle Brasil, en el Centro Histórico, cuenta en un reportaje que le realizara la revista *Médicos de México*⁹⁶, que había tres o cuatro mujeres por salón y que nunca recibió discriminación de parte de sus compañeros, pero sí de sus profesores:

“No eran todos, pero sí había maestros que ofendían verdaderamente a las muchachas, nos decían que éramos “prófugas del metate” y nos preguntaban qué estábamos haciendo ahí *quitándole el lugar a un hombre en lugar de estar en la casa*” (María Elena Anzures).

Por su parte, la doctora Sandra, que estudió una década después, recuerda que:

“en general fue una etapa en la cual entraban muchos chicos y éramos ciento veinte, era un salón así enorme, y de los ciento veinte yo creo que las mujeres debimos de haber sido quizás quince” dice la doctora Sandra y agrega: “mi esposo que estudió unos tres o cuatro años antes, decía que la frase habitual era que *estaban las mujeres feas, las de no sé qué y las de medicina* porque eran así como las más feas de todas...y los profesores no nos querían mucho, algunos... pero los anatomistas eran ¡de verdad! a mí me pasaban, el titular me pasaba casi todos los días al pizarrón y me decía. “Yo no sé qué hace usted aquí ¿Por qué no se va ha hacer espagueti a su casa?”

Es síntesis, estos testimonios encarnan y confirman, desde las experiencias subjetivas y mediadas por el recuerdo de sus protagonistas, una de las características principales del período,

⁹⁵ En el capítulo 5 se describe con mayor detalle la historia y funciones de esta asociación.

⁹⁶ (“María Elena Anzures. La primera en hacer una esofagoplastia con colon en México,” 2003)

en el que las mujeres habían irrumpido en un espacio nuevo, eran muy pocas y su presencia generaba resistencia, sobre todo de parte de los miembros más antiguos de la corporación.

Segunda etapa. “Ya éramos más” (1966-1995).

La segunda etapa tiene mucho que ver con dos rupturas: por un lado, la de los acontecimientos del movimiento médico de los años 1964/ 65⁹⁷ y con la represión estudiantil de 1968, sucesos que se relacionan con la masificación vivida en esos años por la educación superior y la emergencia de una identidad juvenil muy vinculada al consumo cultural y a la militancia política revolucionaria que fueron un parte aguas no sólo para quienes lo vivieron, sino para las sucesivas generaciones jóvenes que se incorporaban a la Universidad y a esa cultura juvenil (Zermeño, 2003) . Así lo manifestaba una de nuestras entrevistadas:

“tuve la posibilidad de tener un trabajo colaborativo en el internado en el 20 de Noviembre, me tocó el movimiento del 68, en el [hospital del ISSSTE] 20 de noviembre. Entonces fue una época de muchos cambios, muchos cambios, o sea ese 68 fue un parte aguas... El 2 de octubre⁹⁸ yo estaba en urgencias en el 20 de Noviembre y empezó a llegar gente y compañeros que habían ido, y entonces era... como que no dabas crédito. Y diez días después las Olimpiadas. Y yo me acuerdo que íbamos a ver los eventos de las Olimpiadas y era algo así como que “kafkiano” ¿no? de lo que había pasado, y cómo seguían las cosas” (Entrevista a la Dra. Vicky).

A lo largo de la década de 1970 se fue incrementando el número total de médicos que tramitaron su cédula profesional, siendo que si en 1970 la solicitaron para ejercer como médicos cirujanos 1433 personas, en 1979 ese mismo trámite lo realizaron 5448 personas, lo que es un incremento del 26%. Y de manera concomitante, las mujeres empiezan a ser más, ya que en el promedio de la década, ellas son el 27% de los médicos que obtuvieron su cédula profesional: Si en 1970, ellas eran el 19%, nueve años más tarde, en 1979, eran casi el 34%, lo cual marca un ritmo de crecimiento levemente superior al del total de médicos –varones y mujeres-. En la década siguiente el crecimiento del número de médicos se detiene, siendo abrupta la caída en el número de varones que tramitaron y obtuvieron su cédula profesional – por ejemplo, en 1985, se registraron como Médicos Cirujanos 3627 varones, en 1986 fueron 3354, en 1987, 2866 y en 1988, fueron 2668- mientras que las mujeres, para el mismo período estabilizaron su presencia en torno a un 33%. Esta tendencia continuó hasta mediados de 1990, por lo que podemos describir a esta etapa como formada por dos sub-etapas: la de crecimiento neto de la matrícula (hasta 1980), y la de decrecimiento del número de varones y estabilización del número de mujeres.

⁹⁷ Ver capítulo anterior.

⁹⁸ Día de la represión estudiantil en la Plaza de las Tres Culturas, en Tlatelolco, México DF.

Tabla VIII. Cédulas profesionales de Médico Cirujano tramitadas por Año, según sexo (1985-1988)

Cédulas	Varones	Mujeres
1985	3627	1666
1986	3354	1608
1987	2866	1631
1988	2668	1515
Total	12515	6420

Elaboración propia, fuente SEP

Una doctora que estudió en la década de los setentas, recordaba:

“yo soy del estado de Tlaxcala, en ese momento no había Facultad de Medicina en Tlaxcala entonces me tuve que venir a estudiar aquí... En ese entonces ya no éramos tan poquitas, éramos -yo creo que debemos haber sido como una tercera parte de de la matrícula ¿no? más o menos—pero—en realidad digamos a lo mejor yo no lo percibí ¿verdad? Porque digamos no sentí que hubiera mucho rechazo, aunque sí se hablaba por ejemplo de profesores (sobre todo de Anatomía) como el Doctor Quiroz, que era así, era súper reconocido, tenía sus libros pero aparte decían que era muy...que maltrataba a las mujeres ¿no? o sea, que les estaba constantemente diciendo ¿no? o si se equivocaban les decía cosas—o sea muy sexista ¿no? yo realmente no lo sentí, sin embargo probablemente era porque tenía—estaba yo ciega ¿no? hacia el género ¿no? pero bueno, eso.” (Entrevista Dra. Mariela)

En los relatos de las y los entrevistadas/dos se manifiesta esta sensación sino de paridad, sí de una presencia que ya no es minoritaria ni excepcional, aunque todavía se manifiestan ciertas resistencias. La doctora Margot, que estudió entre 1982 y 1989, rememoraba:

“yo creo que tal vez un 40% --yo creo que ya se notaba el predominio de las mujeres, tal vez un 40% de mujeres y un 60% de hombres [...] si recuerdo que tuve—hay uno en particular, un profesor que yo recuerdo (que realmente eran dos o tres los que tenían esa actitud) médicos ya grandes que tenían la idea que primero, tú no tienes por qué estudiar; segundo, menos medicina, entonces uno de ellos en particular yo recuerdo que él no permitía si tú llegabas por alguna razón tarde, que si algún compañero tenía un lugar y ya no había bancas y te daba uno el lugar: ¡se enojaba! No podían. En las aulas—aulas antiguas, con escalones—que igual como joven te sientas en el escalón y no pasa nada ¿no? Entonces no, te tenías que sentar donde había lugar, no podían cederte el lugar. Eso sí, si te tocaba presentar el seminario, la clase, lo que fuera, él le gustaba que llevaras falda. Entonces, fue la única materia que yo reprobé en toda la licenciatura porque yo no lo hice. Era fisiología. Y no lo hice no porque no me gustara ¡claro que la usaba! Pero cuando yo tenía ganas de usarla ¿no? O sea, él podía exigirme mi presentación o que llegara temprano o todo lo que fuera académico, pero yo no tenía por qué vestirme como él decía para ir a tomar su clase ¿no? [...] ya no pasó nada ¿no? Ya no hubo necesidad de ir a más, pero él decía “pero usted ¿qué tiene que estar haciendo acá? Usted debería estar en su casa, atendiendo a su papá y a sus hermanos” ¡sí, sí! De verdad—y además te lo decía en serio. No era broma, era en serio, era en serio. Entonces, sí él era mucho más riguroso con las mujeres”.

Este testimonio muestra cómo, a pesar de avanzar numéricamente, las mujeres que estudiaban medicina hace 30 años también se encontraban con discriminación y resistencia.

Si en el período, la presencia de mujeres no es aún mayoritaria, no se perciben tampoco como una minoría y comienzan a manifestarse ciertos cambios. Así, por lo menos, lo planteaba un ginecólogo, que se graduó en 1985 –que recuerda de esos años cómo los afectó a él y sus compañeros el haber participado en las brigadas de rescata en el sismo- reflexionaba sobre la feminización:

“yo creo que hay diferencias en cuanto a que si se modificó el estar de los médicos cuando ingresaron mujeres, sobre todo como que era un bunker de hombres la medicina y al ingresar mujeres fue necesario abrir nuevos espacios en el que no se comprometiera la sexualidad, hacer como espacios neutros en donde se—el miedo a la invasión por el otro género que estaba entrando se tradujera en “respeto” en espacios neutros en el que no se implicaba el erotismo, la sexualidad” (Entrevista Dr. Eduardo).

Tercer Etapa. Cada vez más y sin embargo... (1996- en adelante)

Lo que caracteriza a esta etapa es que la paridad ya consolidada en la matrícula universitaria de las carreras de medicina, hará que el proceso de feminización comience a perfilarse y consolidarse en algunos ámbitos de la profesión. Es decir, si en la primera etapa hablábamos de las experiencias de las médicas en una profesión donde claramente predominaban los hombres; en la segunda su presencia ronda en un tercio y a pesar del crecimiento de la matrícula, las resistencias continúan; en esta tercera etapa, se hará referencia a una profesión que demográficamente, ya no es lo que era y donde las mujeres son cada vez más.

La doctora Soledad, que estudió en la década de los noventa, decía:

“Yo no sé en la UAM, cuando yo estuve estábamos bastantes revueltos, varones y mujeres. Y aquí en el hospital (Instituto Nacional de Pediatría) estamos parejos, pero yo no sé por qué, en este servicio (Rehabilitación Neurológica) somos como 95% mujeres”.

El testimonio da cuenta del modo segregado en que se distribuyen varones y mujeres en las distintas especialidades y ámbitos de la profesión.

Si por un lado, muchas de las que estudiaron en la década de los noventa mencionan el hecho de que eran muchas las mujeres, también dan cuenta de la persistencia de desigualdades y discriminaciones de género. Y la persistencia de esas desigualdades se hace más notoria en aquellas especialidades médicas que persisten masculinizadas, como por ejemplo, la ortopedia. Así, una de las primeras mujeres en entrar en la residencia de Cirugía Ortopédica en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), narró en detalle en la entrevista los malos tratos que sufrió no sólo por ser residente, sino por ser una mujer adentrándose en terrenos “masculinos”. Su testimonio –que retomaremos en los siguientes capítulos- es una prueba cabal de que la

feminización no avanza por igual en los distintos ámbitos médicos y que *ser más*, no es garantía de no ser discriminada y maltrata.

Se puede comenzar a ver que el avance en el número de mujeres en las carreras de medicina comienza a cambiar el perfil demográfico de la profesión, pero que al interior de la misma, las mujeres se distribuyen de manera desigual entre especialidades, por lo que la persistencia de desigualdades se hace más notoria en algunas de estas. Es por esto que, luego de distinguir estas tres etapas de la feminización de la medicina, es interesante caracterizar los rasgos principales de la profesión hoy día, para mostrar *cómo y dónde* la medicina se *feminiza*. Es decir, si la feminización no se da de manera homogénea, es necesario caracterizar al proceso en toda su heterogeneidad.

Características Generales de la Feminización de la profesión médica en México:

Segregación horizontal por género.

¿Cómo es esta profesión donde aún conviven hombres y mujeres que estudiaron en una época donde ellas eran una minoría, con los médicos y médicas formados en la paridad? A grandes rasgos podemos decir que al interior de la medicina se produce lo mismo que en la educación superior, donde el incremento de mujeres es distinto según el área de conocimiento. En la profesión médica, cuyas especialidades y ámbitos de trabajo son tan disímiles, se produce un fenómeno similar que en términos de estudios del trabajo podemos definir como de segregación horizontal por género. Se entiende por segregación horizontal de género en los mercados de trabajo al hecho de que hombres y mujeres trabajan en sectores diferentes –lo que implica que a menudo esto contribuya a la reproducción de los roles tradicionales de género- (Abramo, 1996; Torns Martín, 1995).

Me interesa remarcar dos grandes dimensiones: por un lado, la diferente proporción de varones y mujeres según el ámbito desempeño profesional y por otro, según la especialidad.

En el primer caso, se pueden distinguir los niveles de complejidad de la atención médica, donde el primer nivel es el de la atención primaria, de los centros de salud, prevención y derivación, el segundo nivel, de los hospitales generales que reciben pacientes de una mayor complejidad; y por último, el tercer nivel, de hospitales de especialidades, que reciben las derivaciones. Una de las tendencias en América Latina es que las mujeres médicas son mayoritarias en la atención primaria, siendo este nivel de menor complejidad, donde no se requiere título de

especialista –sólo basta con ser médica general-, donde la carga horaria de trabajo es menor, y por ende, también es menor el salario y el prestigio (Rico & Marco, 2006).

Otra cuestión a destacar en el ámbito de desempeño, es entre público y privado. Así, hay que remarcar que las mujeres son más en el ámbito público que en el privado. Es importante mencionar que según datos de CEPAL –para América Latina- la infraestructura sanitaria pública es más importante que la privada, sobre todo en lo que respecta a cantidad de población con cobertura (Arriagada, Aranda y Miranda, 2005). Lamentablemente, la información disponible en este sentido es muy escasa, sobre todo la que distingue por sexo⁹⁹. Los datos de los que disponemos indican que en el sector público en México para 2007 ocupaba a 152.566 médicos, entre los que incluye médicos generales y especialistas, odontólogos, pasantes, residentes e internos en instituciones como Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR; mientras que en el sector privado para el mismo año son 64,574 médicos (Funsalud, 2008). Para quienes elaboran estos datos, lo más remarcable en lo tocante a los recursos humanos en salud pública es la sobrecarga laboral y la falta de congruencia entre puesto, cargo, función y sueldo.

Dada esta falta de información, decidimos solicitar a la Secretaría de Salud del DF el número de médicos varones y mujeres que se desempeñan en dicha secretaría, cuya información es la siguiente.

Tabla IX. Médicos empleados por la Secretaría de Salud del DF, según sexo, 2011.

Especialidad	Femenino	Masculino	Total General
Médico General	161	207	368
Médico Especialista	671	1320	1991
Totales	832	1527	2359

Elaboración propia, Fuente: Dirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud del DF, SIDEN.

Estos datos nos muestran que en la práctica profesional, todavía son mayoritarios los varones, tanto a nivel de especialistas como en médicos generales, siendo que las mujeres representan el 35% del total de médicos empleados en la Secretaría de Salud del DF. Sin embargo,

⁹⁹ La información en salud que contempla el género como variable se restringe a indicadores de morbilidad y acceso a los servicios de salud de parte de la población, mientras que la información disponible sobre recursos humanos no contempla esta variable y se refiere más que nada a densidad de personal de salud por cantidad de población (Género, Salud y Desarrollo en las Américas, Indicadores básicos 2011.OPS, unfpa y ONU MUJERES)

si consideramos uno de los hospitales privados más grandes de la ciudad –el Hospital Ángeles del Pedregal- obtenemos que las médicas representan alrededor del 25% del total de profesionistas médicos de la Institución¹⁰⁰. Es decir, si bien en ninguno de los dos ámbitos las mujeres son mayoritarias, en el ámbito público son más –en proporción- que en el privado. Estos datos constatarían la idea de que la profesión médica está en vías de feminizarse, pero las mujeres aún se encuentran lejos de la paridad.

La segunda dimensión a considerar para caracterizar la segregación horizontal por género en la medicina, es la relativa a las especialidades médicas. En este sentido hay que subrayar que así como hay profesiones y oficios que se constituyen como territorios de género, lo mismo sucede al interior de la medicina respecto a sus especialidades. Mientras que hay algunas de ellas que se vinculan por sus características, roles y aptitudes, al universo de lo femenino – y una de sus consecuencias es que se encuentran muy feminizadas- hay otras donde sucede lo contrario. Para ilustrar esta situación, y a falta de información disponible, también hemos tenido que solicitar información a diferentes dependencias. La información recabada podemos dividirla en dos: la de los médicos que aplicaron el examen de residencias para formarse como especialistas¹⁰¹; y la de los médicos y médicas que ya son especialistas y se encuentran certificados como tales por los consejos de certificación de especialidad agrupados en la CONACEM¹⁰². La información siguiente entonces conforma una serie de datos indicativos de cómo está actualmente –y cuál sería la tendencia- de la segregación horizontal por género al interior de la profesión médica, por especialidad:

¹⁰⁰ Directorio de médicos de la página web del hospital: <http://hospitalesangeles.com/directorios/index.php> Consultado por última vez en noviembre de 2012.

¹⁰¹ Los datos, brindados por el Consejo Interinstitucional de Recursos Humanos de la Salud (CIFRHS), de los médicos y médicas que aprobaron el Examen Nacional de Residencias 2011.

¹⁰² Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas: organismo que vigila que los consejos de especialidades médicas cumplan con la responsabilidad de discernir quiénes son los especialistas preparados para desempeñarse en instituciones de salud y educación superior.

Tabla X. Médicos que aprobaron examen de residencias 2011, por especialidad, por sexo.

Especialidad Médica	Totales	Hombres	Mujeres
Anatomía Patológica	60	21	39
Anestesiología	354	143	211
Audiología, otoneurología y foniatría	15	2	13
Calidad de la atención clínica	8	5	3
Cirugía General	786	640	146
Epidemiología	60	24	36
Genética Médica	23	6	17
Geriatría	49	17	32
Gineco y Obstetricia	382	141	241
Imagenología diag y terapéutica	203	120	83
Medicina de Rehabilitacion	128	42	86
Urgencias	105	55	50
M. del Trabajo y Ambiental	147	58	89
M. Familiar	1078	440	638
M. Integrada	48	19	29
M. Interna	1154	617	537
M. Legal	11	3	8
M. Nuclear	6	3	3
Neumología	42	21	21
Oftalmología	188	78	110
Otorrino y cirugía de cuello y cabeza	104	42	62
Patología clínica	12	5	7
Pediatría	705	240	465
Psiquiatría	135	70	65
Radio oncología	15	11	4
Salud Pública	13	7	6
Traumatología y Ortopedia	168	142	26

Fuente: CIFRHS

Tabla XI. Composición por sexo de los Consejos de Especialidades Médicas seleccionados¹⁰³.

Consejos	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Consejo Mexicano de Oncología, A.C.*	942	81	215	19	1157
Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría**	166	37	282	63	448
Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, A.C.*	6003	96	253	4	6256
Consejo Nacional de Salud Pública, A.C.	867	61	572	39	1439
Consejo Nacional Mexicano de Urología, A.C.	1100	98.7	15	1.3	1115
Consejo Mexicano de Psiquiatría, A.C.	476	62	292	38	768
Consejo Mexicano de Dermatología, A.C.	172	13	1169	87	1341
Consejo Mexicano de Especialistas en enfermedades del colon y el recto, A.C.	280	92	26	8	306
Consejo Mexicano de Genética, A.C.	53	42	72	58	125
Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A.C.	470	61	301	39	771
*son los totales de médicos/as certificados** los que acreditaron certificación en el examen de enero 2011					

Elaboración propia, Fuente: registros de los Consejos.

Así, insisto, lo que se ve es que la medicina se feminiza, pero no de forma homogénea. Hay especialidades con claro predominio de mujeres –pediatría, dermatología, medicina familiar, genética; otras donde la presencia de varones y mujeres es bastante pareja –otorrino, patología, medicina interna-; y otras con una fuerte presencia de varones –urología, ortopedia, oncología. A su vez, comparando datos del número de especialistas ya certificados y el número de aspirantes a especializarse –en residencias- hay especialidades como la ginecología y la psiquiatría que tienen procesos de cambio más acentuados en su composición genérica: así vemos que mientras los porcentajes de mujeres certificadas en Ginecología y Obstetricia no llegan al 40%, del total de residentes que aplicaron el examen para especializarse las mujeres son más del 60% (241 mujeres sobre un total de 382 aspirantes)¹⁰⁴.

Llegados a este punto es conveniente realizar ciertas aclaraciones: en primer lugar, plantear que hay especialidades feminizadas y masculinizadas implica, como ya fue dicho en este capítulo, contemplar aspectos materiales – en estos casos, demográficos- como también aspectos simbólicos. Así, no basta con que muchas mujeres ocupen una especialidad para considerarla

¹⁰³ Consejos agrupados en la CONACEM, son 47 consejos de especialidades, de los que hemos seleccionado estos 10 por tratarse de especialidades significativas para entender la segregación horizontal.

¹⁰⁴ Sobre la feminización de la gineco-obstetricia volveremos en el capítulo 6.

feminizada, sino que hay que evaluar otros aspectos. Por ejemplo, a nivel de composición genérica, la gineco-obstetricia es una especialidad en vías de feminizarse; pero, por su dispositivo conceptual y su propia práctica, esta especialidad –como veremos en el capítulo 6- es una especialidad aún “masculina” –y hasta misógina (López Sánchez, 2010). De algún modo, este hecho ayuda a pensar que las transformaciones cuantitativas no dan lugar, en el corto plazo y de manera automática, a transformaciones cualitativas, que es lo mismo que decir que la relación entre lo material –en este caso, lo demográfico- mantiene relaciones complejas con lo simbólico – las ideas y prácticas que construyen una especialidad como territorio de género.

Algunas especialidades pueden ser entendidas como territorios de género: así, por ejemplo, la dermatología se asocia con los cuidados estéticos y eso refiere al mundo de lo femenino. Por ejemplo, una empresa de medicina prepaga buscaba por medio de un anuncio médicos para tratamientos estéticos y uno de los requisitos era “ser del sexo femenino”; cuando preguntaba a mis entrevistados por las especialidades más feminizadas, una frase bastante usual era que las pediatras y las dermatólogas eran mujeres “por eso de la maternidad, la belleza, el acné, que parece cosa de adolescentes” (entrevista Dra. Paquita). Por el contrario, la ortopedia y la traumatología se vinculan a la fuerza –a la carpintería, al martillo, el serrucho- y todo eso se ubica en el mundo de lo masculino. La doctora Kía comentaba al respecto:

“el hecho de que tengas que usar perforadores y clavos y tornillos y el destornillador, pues sí te asocia a un carpintero, entonces ¿Cuándo has visto a una mujer carpintero?”

Otra de las especialidades cuya mención era recurrente en las entrevistas como muy masculinizada, era la urología: ninguno de mis entrevistados decía conocer una mujer que ejerciera dicha especialidad. En la Revista Mexicana de Urología encontré un artículo sobre las urólogas en México. Uno de los testimonios allí recogidos, de una de las primeras mujeres especialistas del país contaba los comentarios que recibió al ser, por primera vez, rechazada en un examen nacional de urología del IMSS: “recibí todo tipo de comentarios negativos “Uróloga? Nadie te va a consultar”, “nunca te van admitir” “cuando egreses te vas a morir de hambre” “¿eres lesbiana?” “esa especialidad es muy fea”” (Juárez Albarrán, 2011).

Otras especialidades son más feminizadas o masculinizadas por el régimen de trabajo: la patología y la genética, por ejemplo, que se realizan en el laboratorio y están muy vinculadas a la investigación, no requieren urgencias sino más bien un trabajo que puede ser *part-time* y es por lo tanto más compatible con la vida familiar. Una joven doctora decía al respecto:

“Mis compañeras como que buscaban más oftalmología, derma, gineco o las maestrías, por ejemplo, epidemio, anatomía, histología, alguna así, fuera del quirófano, especialidades más femeniles” (Entrevista dra. Elsi).

La salud pública, por el contrario, por su vinculación con la gestión pública y los cargos de poder, tiene mayor presencia masculina. Una médica del área explicaba:

“había un poco la tradición de que el que se iba a al área de salud pública, epidemiología, era el rechazado de las clínicas, entonces, eso prevaleció hasta mi época. A partir de mi época hubo un parte aguas, porque mucha gente de mi generación Julio Frenk, Jaime Sepúlveda, Bobadilla... te puedo decir una lista enorme; optaron siendo alumnos de muy buen promedio, optaron por hacer salud pública... así se prestigió y se hizo como una cosa de hombres importantes, que lo fueron, secretarios, consultores” (Entrevista Doctora Ivana)

Ahora bien, en la mayoría de los casos, la comprensión de una especialidad como territorio de género se da por una combinación de estos elementos, sumados a las historias específicas – institucionales, académicas- de la emergencia y consolidación de cada una de estas especialidades en el campo de la medicina. La conjunción de estos diversos elementos configuran las marcas de género de una especialidad. Valga como ejemplo la genética: esta especialidad, en México, está muy ligada a las trayectorias clínicas y académicas exitosas de un puñado de mujeres que lograron instalar servicios y cátedras de Genética y formaron sus discípulos. Quizá, que muchas de las pioneras de esta especialidad hayan sido mujeres, tiene mucho que ver con que la especialidad sea tan feminizada.

Con esto se puede comenzar a ver que significaría una *feminización/masculinización* más allá de sus aspectos cuantitativos. Es decir, el modo en que estos elementos contribuyen o no a reproducir una especialidad determinada como territorio de género: cuáles son las marcas de género que lo constituyen como tal y cómo estas se van modificando y reconfigurando en parte por un proceso de cambio en la composición genérica de la especialidad. Considero este punto muy importante a nivel teórico, porque la existencia de marcas de género en las distintas especialidades médicas también nos llevan a ver cómo los distintos sujetos “actúan” o “potencian” los rasgos acordes a la cualidad del territorio: así, si estamos en presencia de una especialidad feminizada, cuyas marcas centrales se vinculan a lo femenino, es interesante ver cómo los varones de esa especialidad, resaltan, reinterpretan, actualizan, las cualidades femeninas de su práctica profesional. En palabras del doctor Eduardo: “sí tú le dices a una mujer “te voy a revisar tus mamas, te voy hacer una exploración vaginal” y le das a entender el sentido de hacerlo, te puedo decir que ninguna mujer te dice que no, porque no se están sintiendo invadidas, se están sintiendo atendidas ¿Cuándo se sienten invadidas? (y no tiene que ver con que si soy hombre o mujer) pues

cuando dudo, cuando no sé qué hacer o cuando yo tengo tantas broncas respecto a mi contacto con el otro sexo género, que lo expreso al momento de acercarme a la mujer”.

En sentido inverso, la doctora Lupe recordaba cómo había aprehendido “a no amedrentarse y a llegar con seguridad” como lo hacían los mismos médicos militares ante los que tenía que enfrentarse por una caso de violaciones tumultuarias a mujeres tzeltales de parte del Ejército mexicano en Chiapas, donde ella hizo los informes que constataban, desde la medicina legal, esas violaciones.

Así, vemos cómo, ante determinadas marcas de género -por ejemplo masculinas para el caso de la medicina legal en el caso de la Dra. Lupe- los actores performan y a veces hasta transforman los significados de esas marcas, a partir de su propia experiencia. Lo que pretendo decir es que las marcas de género de una especialidad, hacen a su aspecto simbólico; y la composición de género de la misma, a su aspecto cuantitativo o material -sin están feminizadas o masculinizadas. Ambos enmarcados en contextos culturales, hacen a las configuraciones de género de esa especialidad, configuraciones que pueden ser modificadas en las interacciones entre lo material y lo simbólico. Esta perspectiva, útil para entender la segregación horizontal por género de la profesión médica, será utilizada también para el análisis de otros aspectos de la profesión: así contemplar las configuraciones de género también nos llevará a analizar las trayectorias laborales de las mujeres en la medicina, su sociabilidad, experiencias, narrativas e identidades. Y, como haremos a continuación, la segregación vertical por género.

En resumen, limitándonos al nivel cuantitativo, debemos señalar la heterogeneidad del proceso de feminización al interior de la profesión médica; y para evaluar la feminización a nivel cualitativo y simbólico, como un proceso de cambio de largo plazo en el marco de un análisis de las configuraciones de género de la profesión, será necesario ahondar en los procesos más específicos de cada especialidad o ámbito de trabajo, como haremos en el capítulo 6, con el caso de la ginecología.

Segregación vertical por género.

Para continuar con el análisis de las características de la profesión médica en la actualidad, es necesario complementar lo que vimos hasta ahora con la constatación de la existencia de otro tipo de segregación: la segregación vertical de género. Por segregación vertical de género en los mercados de trabajo se entiende que los puestos de trabajo de categoría superior están ocupados

por miembros de los grupos privilegiados; en lo respectivo al orden de género, significa que las posiciones de mayor poder y privilegio las ocupan los hombres (Abramo, 1996; Torns Martín, 1995). Y si la segregación horizontal nos abría el juego a las interpretaciones simbólicas de la labor de cada una de las especialidades, la segregación vertical se liga más claramente con otro componente fundamental de las relaciones de género: el poder.

Ahora bien, para el análisis de la segregación vertical podríamos haber elegido diversos ámbitos: las jerarquías en los servicios hospitalarios, la composición de los cargos de dirección a nivel de la gestión pública de salud, la distribución jerárquica de cargos docentes y de gestión en las universidades, etcétera. Para los fines de este trabajo, hemos elegido una sola institución que por sus características, nos habla de la distribución del poder y el prestigio en casi todos los ámbitos de la profesión médica: la Academia Nacional de Medicina.

Antes de profundizar en dicho análisis, es conveniente decir algunas cosas: en el actual sexenio, fue nombrada por primera vez una mujer al frente de la Secretaría de Salud del gobierno federal –la doctora Mercedes Juan-. Hasta el año 2006, las escuelas de medicina¹⁰⁵ -de un total de 69 reconocidas en todo México- sólo 13 eran dirigidas por mujeres¹⁰⁶. Estos datos contrastantes nos muestran los claroscuros del avance de las mujeres en las relaciones de poder dentro de la profesión.

Por ejemplo, de los Institutos Nacionales que tienen sede en DF¹⁰⁷ -que son lugares donde gran parte de los profesionistas fueron formados, donde se desarrolla investigación y ejercen muchos de los actores rectores en las relaciones de poder de las especialidades- sólo dos fueron dirigidos por mujeres. La primera en acceder fue la doctora Alessandra Carnevale, en el Instituto Nacional de Pediatría, y luego, la doctora Teresa Corona en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía –actualmente en ejercicio.

¹⁰⁵ Según datos del Centro de Información para Decisiones en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

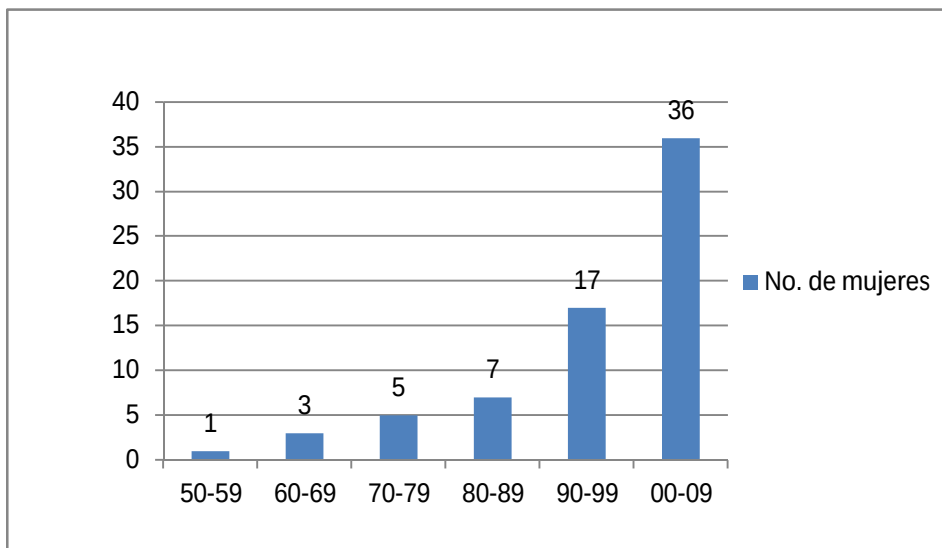
¹⁰⁶ Escuelas de Medicina dirigidas por mujeres en México (2006): Universidad Cristóbal Colon de Veracruz, Universidad Veracruzana en Xalapa, Autónoma de Tlaxcala, UVM campus Querétaro, Universidad Lamar de Guadalajara, Autónoma de Guerrero, U. Tominaga Nakamoto de Estado de México, FES Zaragoza, UAM-Xochimilco, Centro de Estudios Interdisciplinarios de Ciencias de la Salud de IPN, IES de Chiapas en Tuxtla-Gutiérrez y Tapachula, UA de Baja California en Tijuana.

¹⁰⁷ IN de Medicina Genómica, Cancerología, Cardiología, Ciencias Médicas y Nutrición, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, Psiquiatría, Rehabilitación.

Estas dos mujeres, no por casualidad, son también miembros de la ANM, institución que es considerada como la élite de la medicina mexicana, y para muchos de las entrevistadas, sigue siendo “el club de tobi”¹⁰⁸. Si bien en el capítulo correspondiente haremos un análisis más detenido de esta institución, me interesa mostrar cómo la composición de hombres y mujeres en la ANM puede ser considerada como significativa de las distribuciones de poder, y por ende, de la segregación vertical de género en la profesión médica.

Como mostramos en el capítulo anterior, la primera mujer en ingresar fue la Dra. Rosario Barroso, cuyo ingreso fue en el año 1953, casi cien años después de la creación de la Academia.

Gráfica 3. Número de Mujeres en la ANM, por décadas.



Elaboración propia en base a Directorio ANM 2010.

Para el año 2006, ellas representaban un 11,5% del total de miembros (Rodríguez de Romo, 2008) y hasta el presente, el cargo más alto ocupado por una mujer en la institución fue el de Secretaria General de la Comisión Directiva.

Así, estos datos, si bien fragmentarios, ayudan a armar el rompecabezas de la profesión médica como una profesión segregada por el género tanto a nivel horizontal, como a nivel vertical. Si bien en muchas de las entrevistadas y entrevistados está la idea optimista de que esto va a cambiar a medida que sean cada vez más las mujeres médicas –idea basada en el incremento de la

¹⁰⁸ Término nativo que significa un lugar donde sólo entran varones, en referencia a la historieta *La pequeña Lulú*, donde los varones tienen un club secreto donde no se admiten mujeres.

base de la pirámide empuja a que lentamente la cima sufra la misma transformación- consideramos que dado que se trata de relaciones de poder consagradas en jerarquías institucionales, la constatación de la segregación vertical de género en la profesión médica en la actualidad nos habla de una profesión en la que, al menos en el corto plazo, los que todavía “mandan” son los hombres. Claro que esta afirmación debe ser matizada, ya que ciertas actitudes recurrentes de las mujeres –aspiraciones de poder o la idea tan presente de “desafío” como mostraré en el próximo capítulo- hacen pensar que ellas no tienen miedo a “mandar” y que en el mediano y largo plazo, es esperable que esto comience a transformarse. O quizá, como lo muestra el acceso de Mercedes Juan al cargo ejecutivo más importante de la gestión pública de la salud, ya esté transformándose¹⁰⁹.

3.4- Explicaciones sobre la feminización: de las teorías analíticas a las teorías nativas.

Hasta aquí, hemos definido nuestro propio uso del término feminización y lo hemos descrito como un parte de un proceso de cambio significativo en las configuraciones de género de la profesión médica; luego, se profundizó en los datos, para dar cuenta de los modos, ámbitos, características y niveles concretos del proceso de feminización.

Ahora, me interesa mostrar las distintas teorías que brindan explicaciones sobre el fenómeno. Dividiremos estas teorías en “teorías analíticas” y “teorías nativas”. Por “teorías analíticas” consideraremos a las explicaciones provenientes de campos de especialistas –economistas, pedagogos, cientistas sociales- que por haber estudiado procesos de este tipo, han elaborado una explicación propia, basada por lo general en el análisis de material empírico. Entre estas teorías veremos las que explican la feminización de la matrícula universitaria, para centrarnos después en las que analizan el fenómeno en lo tocante a las profesiones sanitarias. Por “teorías nativas”¹¹⁰ aludiremos a las explicaciones que los actores del campo –médicos y médicas-

¹⁰⁹ Algunas opiniones recabadas sobre su nombramiento aducen que el mismo se debió a la necesidad del Gobierno de Enrique Peña Nieto de cumplir con las cuotas de género en su gabinete; otras opiniones, por el contrario, alaban las cualidades y ambiciones de poder de esta mujer, muy representativa por otro lado de la élite médica de la salud pública mexicana.

¹¹⁰ Nativo: tiene que ver con la antropología clásica, en el sentido de que era el habitante de aquel lugar remoto donde el antropólogo hacía su trabajo de campo. En nuestras “comunidades antropológicas del sur” (Krotz, 1993:6) donde el antropólogo y el informante son nativos, refiere más bien al punto de vista del actor, es decir, las cosmovisiones, opiniones, ideologías, en nuestro caso, de los médicos y médicas de la Ciudad de México.

dan a la feminización. Entre ambas, es importante describir y situar una serie de teorías y explicaciones que han sido elaboradas por actores del campo –médicos sanitaristas y epidemiólogos-, pero en calidad de analistas y/o especialistas técnicos. Estas explicaciones revisten gran interés, en primer lugar por el doble carácter de quienes las elaboran: son especialistas, pero también son actores del campo, y unos actores muy particulares: son miembros de la ANM, docentes reconocidos de la UNAM y el INSP, ex secretarios de Salud y miembros del grupo más selecto y prestigioso de la salud pública en México. Es decir, este doble carácter y la posición que tienen estos actores dentro del campo médico y de la salud, hacen que sus explicaciones se conviertan en intervenciones; esto es, por ser de la fracción hegemónica, sus explicaciones conforman el discurso hegemónico del campo, reproduciendo en los diferentes actores el mencionado discurso y sus efectos de teoría¹¹¹ con una fuerza de la que no todos las explicaciones son capaces.

El objetivo de sistematizar estas diferentes explicaciones es doble: por un lado, se trata de buscar un diálogo entre “teorías nativas” y “teorías analíticas” con verdadera vocación etnográfica (Peirano, 1995), esto es, un conocimiento que va produciendo la teoría con el campo, a través de dicho diálogo: entre ellas, en su diversidad y sus intersticios, considero que deben buscarse “las explicaciones” del fenómeno. Por otro lado, acceder a las distintas explicaciones también es acceder a la red de relaciones de actores que las sostienen y nos permitirá una entrada a un clivaje que consideramos fundamental: las teorías que ven la feminización como “desprestigio” y que hace pensar que quienes las sostienen participan de visiones negativas sobre lo femenino – y quizá, desearían una medicina más elitista y menos masificada-; y las teorías que ven la feminización como un avance en la democratización de la medicina y de la atención de la salud hacia un modelo más humanizado y horizontal, donde lo femenino -que aportan tanto hombres como mujeres- no es visto como algo negativo. Es decir, como planteamos al principio del capítulo, cada explicación y concepto conlleva, inevitablemente, cuestiones valorativas.

¹¹¹ “efectos de teoría” hace referencia a que una teoría o explicación formulada, “bajó”, se articuló con, se impuso como parte del sentido común, pasó a formar parte de lo “imaginario” colectivo en algunos sectores de nuestra sociedad, se impuso como “modelo” presente en la explicación desde el sentido común (Boivin, Rosato y Arribas, 2004, p. 12)

Teorías Analíticas.

Como dijimos más arriba, la feminización de la medicina es parte de la feminización de la educación superior. Por eso nos interesa plantear algunas cuestiones al respecto.

En el *Diagnóstico de Situación 1990-2000*, la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) plantea que el aumento de la participación de las mujeres en las Instituciones de Educación Superior en México es un rasgo de la ampliación del sistema, cuyos resultados fueron el aumento total del número de egresados. A su vez, esta ampliación del sistema estuvo dirigida, principalmente, a aumentar la cobertura, respondiendo más a una demanda social de títulos universitarios que a una demanda del mercado de trabajo (ANUIES, 2010).

Esta masificación de las universidades y su concomitante feminización, sin embargo, encubre la reproducción de desigualdades. Así, para algunos autores, el paradigma igualitarista en la educación, naturaliza la diferencia de géneros, contribuyendo con esto a la reproducción de desigualdades entre hombres y mujeres (Graña, 2008). Este mismo autor propone que si bien la feminización parece haber llegado a su tope, el proceso debe entenderse no sólo por la ampliación del sistema de educación superior sino por los cambios más globales ocurridos en las percepciones de derechos y expectativas de las mujeres: “entendemos la feminización universitaria como un fenómeno relacional, su contexto más inmediato lo constituyen las relaciones de género y luego, las socio-históricas: las grandes transformaciones ocurridas en el siglo XX en lo concerniente a los roles que la sociedad asigna a hombres y mujeres” (Graña, 2008, p. 81). Siguiendo con esta línea en el capítulo anterior me propuse realizar una breve introducción histórica donde se diera cuenta de algunas de esas grandes transformaciones del siglo XX en México. Y como planteamos al comenzar el presente capítulo, lo que propone Graña puede ser referido a los contextos socioculturales que hacen a las interpretaciones y reinterpretaciones que se le dan a los procesos puntuales de feminización.

Cristina Palomar Vereá (2005) plantea que la feminización en la educación superior se ha dado a nivel demográfico, pero no en otros niveles -por ejemplo, en lo institucional y lo epistemológico-: así, la autora plantea que el feminismo académico es un *ghetto* y que la feminización no ha logrado producir cambios en las culturas institucionales de las Instituciones de Educación Superior. Por un lado, la autora reconoce los esfuerzos de las políticas con perspectiva

de género que han puesto el foco en lograr la inclusión y la igualdad; por otro, plantea que no alcanza, ya que la desigualdad adquiere en este campo formas sofisticadas, basadas no ya en barreras formales sino, por ejemplo, en distribuciones desiguales del prestigio y la notoriedad. Estos últimos dos aspectos son muy sugerentes para el caso de la medicina.

Rodríguez Gomez (2003) por su parte, plantea que más que una feminización, lo que se dio fue una importante des-masculinización de la educación superior debida en gran medida, a la crisis económica de los años 1980 que obligó a muchos varones de sectores sociales medios y medios-bajos a desestimar una formación superior en pos de un ingreso temprano en el mercado de trabajo –muchas veces, en el mercado informal-. Para este autor, las políticas que se dieron en México desde los años 1990, de expansión de la matrícula universitaria, buscaban la igualdad de oportunidad entre los géneros. Pero luego, quizá algo desencantado, se pregunta de manera muy atinada: “¿de qué manera se intersectan las políticas específicas que están orientando cambios en la educación superior con las formas de desigualdad de género prevalecientes?, ¿hasta qué punto podemos discernir analíticamente las dinámicas (sociales) de género de las formas y efectos de la planeación y el gobierno de las instituciones de enseñanza superior y del sistema en su conjunto?” (Rodríguez Gómez, 2003, p.124)

Otra visión interesante es la que parte de un análisis más de tipo económico. Es lo que hacen autores como Vázquez y Perera (2007), que evalúan la elección de carreras de parte de varones y mujeres. Sus conclusiones son que los varones valoran más la posibilidad de desempleo asociado a una profesión y las mujeres, ponderan más en sus decisiones el número de horas trabajadas, prefiriendo aquellas titulaciones con menor carga horaria de trabajo. En lo referido a las carreras de ciencias de la salud, estos autores plantean que si bien en España y la mayoría de los países de la OCDE¹¹², las mujeres son mayoría, lo que se ha dado en las últimas tres décadas es más bien una des-masculinización –según sus datos, entre 1982 y 2002 70% de hombres “abandonaron” la carrera de medicina-. Estos puntos de vista son muy importantes porque ponen en juego las expectativas económicas de los actores, corriendo un poco el eje de las explicaciones más culturalistas que remiten la segregación por género de las carreras a las distintas socializaciones de género. Pero, corren el riesgo de olvidarlas por completo o de centrar la mirada en el hecho cuantitativo de que los hombres han “abandonado” ciertas carreras, sin preguntarse cómo y por qué esto generó que las mujeres ocuparan esos lugares “vacantes”.

¹¹² OCDE, por sus siglas en inglés Organisation for Economic Development and Cooperation.

A grandes rasgos, podemos decir que estas teorías explican la feminización por la masificación, por la des-masculinización, por los cambios dados en los planos de derechos y expectativas de las mujeres y en menor medida, por las políticas pro-activas para tal fin. En mayor o menor medida, todas las visiones plantean que, a pesar de los avances, las desigualdades –en diferentes maneras- persisten.

En las Profesiones Sanitarias:

Si bien estas explicaciones son válidas para lo que sucede en las profesiones sanitarias - específicamente en la medicina- también es necesario dar cuenta de aquellas miradas que profundizan más en las particularidades de estas áreas para buscar explicaciones más específicas.

Así, son muchos los trabajos que explican la preferencia de las mujeres por las carreras sanitarias por la afinidad de las tareas de estas profesiones con los roles tradicionales de género –sobre todo, en lo relativo a los roles de cuidado- (Geldstein & Wainerman, 1989). Esto se da especialmente para las carreras históricamente feminizadas, como la enfermería y trabajo social (Wainerman y Binstock, 1994; Bañez Tello, 1997). Una lógica similar siguen los trabajos que indagan sobre los motivos por los cuales las mujeres encuentran dificultades para desarrollarse en especialidades que –como las quirúrgicas- siguen siendo “territorios masculinos” (Reed & Buddeberg Fisher, 2001), dado que la “identidad de género” explica la preferencia por especialidades menos competitivas, donde se perciban mayores posibilidades de crecimiento profesional (Velázquez-Ramírez & Farías-Llamas, 2005).

En esta línea es interesante el trabajo que han desarrollado algunos autores (Flota Verde et al, 2007), al intentar comprobar, con la construcción de una escala, que la preferencia de las mujeres por ciertas profesiones se explica por su rol de género. A través de la aplicación del IMAFE (Inventario de masculinidad y feminidad para evaluar la identidad de género) a estudiantes de distintas carreras del área de salud de la UAM-Xochimilco, los autores muestran que las estudiantes de medicina tuvieron puntuaciones más altas en la “escala de masculinidad”, mientras que las estudiantes de enfermería tuvieron las puntuaciones más bajas. “De esta forma, las mujeres que eligen carreras “masculinas” (medicina) tienden a presentar más rasgos masculinos con relación a aquellas que estudian carreras denominadas “femeninas” (enfermería, nutrición)” (Verde Flota et al, 2007, p. 52). Entre los rasgos masculinos, enumeran “analítica, hábil para dirigir, racional y personalidad fuerte”. A pesar de que el trabajo por momentos pareciera quedar atado a una explicación dicotómica masculino-femenino, luego propone que la presencia de rasgos

considerados “masculinos” por el IMAFE en estudiantes de carreras como medicina, pero también nutrición y odontología, llevaría a pensar en “una nueva cultura de los roles de género en los que asume su feminidad pero con diferentes concepciones de lo que implica ser mujeres” (Verde Flota et al, 2007, p. 52).

Es interesante esta última afirmación, ya que evita caer en el riesgo de que la explicación de la preferencia de las mujeres por ciertas profesiones se sitúe en el “núcleo de la feminidad” como pretenden ciertos discursos que naturalizan los roles de género, tal como alerta Teresa Ortiz (Ortiz, 2008). Al respecto, esta misma autora plantea que “parece indudable el efecto socializador que han debido jugar los programas de educación sanitaria que durante el último siglo y medio han estado dirigidos exclusivamente a mujeres con el objeto de convertirlas en agentes de salud en el ámbito doméstico”. Esto que la autora plantea para España, también vale para Argentina (Nari, 2004) y México (Stern, 2002; Agostoni, 2005). Como explicación alternativa, la autora propone tener en cuenta “los cambios organizativos y la ampliación del mercado de trabajo sanitario, la asalarización, la categoría científica y el prestigio social de cada tipo de práctica, así como las condiciones actuales del trabajo, que probablemente se adapte mejor a los valores de muchas jóvenes de hoy” (Ortiz, 2008).

Además, si bien es importante tener en cuenta la interpretación cultural que pone en el centro los roles e identidades de género, también es importante considerar la agencia de los actores, las resignificaciones que ponen en juego y a su vez, su racionalidad. Así, por ejemplo, Cole (1986) plantea que para comprender algunas elecciones de las estudiantes –por ejemplo, la decisión de no estudiar medicina o no elegir determinadas especialidades- se basa más en la percepción de los ámbitos que entrañan menos dificultades y menos discriminación. Es decir ¿para qué me voy a inscribir en una carrera donde voy a ser discriminada? A lo largo del trabajo de campo esta mirada se plasmó, por ejemplo, en los motivos de elección de la carrera de medicina como un “desafío” personal y una dificultad a ser superada con tesón y esfuerzo.

Estas explicaciones dan cuenta de una tensión muy importante, que es el hecho de que en la actualidad, la medicina, considerada como una de las profesiones masculinizadas dentro de las profesiones sanitarias, está cambiando y para comprender ese cambio, las explicaciones que antes eran válidas para la enfermería o el trabajo social, ya no alcanzan. Así, si las explicaciones “culturalistas” pueden servir para explicar ciertos aspectos de la segregación horizontal por especialidad dentro de la medicina, es cierto que la feminización de la profesión en su totalidad

debe comprenderse en base a múltiples explicaciones – económicas, políticas, discursivas- que incluyan lo cultural, pero lo sobrepasen y muestren, incluso, que la misma noción cultural de “femenino” y “masculino” –como lo plantea el trabajo de la UAM Xochimilco- puede estar siendo transformada: a eso aludimos cuando planteamos los cambios de largo plazo en las configuraciones de género y las valoraciones de lo masculino y lo femenino.

En resumen, lo que estas explicaciones o “teorías” dejan claro es que la feminización como proceso por el cual cada vez más mujeres entran a la profesión médica entraña un cambio. La cuestión cuantitativa, lo que se da ya y puede ser constatado empíricamente –el número creciente de mujeres- está dando lugar, o a largo plazo va a dar lugar, a algo diferente. ¿Qué cambia? ¿Por qué? ¿Cómo? Las explicaciones pueden ser varias, se superponen y hasta ahora, en términos generales, son más bien conjeturales -o expresiones de deseo. Lo cierto es que cuántas sean las mujeres- menos o más del 50%- casi no importa. Lo que importa es que *son más y son muchas* y si los cambios aún no se ven con claridad, están ahí, latentes. Será tarea de los próximos capítulos, trata de ponerlos en evidencia.

Teorías de los actores hegemónicos:

En el grupo de las explicaciones o teorías analíticas que buscan o brindan explicaciones sobre la feminización de la medicina nos interesa especialmente mostrar las que han brindado los actores hegemónicos del campo. Nos referimos a las teorías realizadas por los especialistas del campo de la salud pública en México, especialistas de formación médica y epidemiológica, que son académicos de instituciones como la UNAM y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), miembros de la Academia Nacional de Medicina y en muchos casos, ex funcionario del nivel federal. Este grupo pertenece en cierto modo a la élite del campo de la salud pública, publica en revistas científicas nacionales y extranjeras y por su posición, sus explicaciones son las que más permean entre los propios profesionales, por lo que dar cuenta de ellas es empezar a dar cuenta de ciertas ideas “nativas”, que son apropiaciones, re significaciones o simples reproducciones de esas explicaciones.

Así, investigadores del INSP y de Harvard, preocupados por la falta de planificación en la formación de recursos humanos para la salud, especialmente en la medicina, plantean que en un país donde hay áreas, como las rurales, donde faltan médicos y otras, como las grandes urbes, donde sobran, urge planificar “de tal forma que sea posible regular en el menor tiempo posible la

relación entre la oferta de trabajo médico y las necesidades poblacionales, así como su distribución geográfica, a fin de buscar el equilibrio en la repartición del gasto social en salud” (Ruiz, Molina y Nigenda, 2003, p. 123). Se posicionan así como interlocutores del Estado, ya que parten del dato de que es el sector público el mayor empleador de médicos y que por lo tanto, más que de lógicas del mercado de trabajo, la planificación de los recursos humanos en salud debe basarse en lógicas políticas.

La continuación de la lógica de este argumento es mostrar las causas y consecuencias esa falta de planificación. Y aquí se elabora uno de las cuestiones que nos parecen más interesantes a los fines de nuestro análisis: la falta de planificación hace que se desperdicien recursos. Y en este desperdicio de recursos, uno de los más notables es el de las mujeres, que estudian y luego no ejercen la profesión (Ruiz y Nigenda, 2002; Ruiz, Molina y Nigenda, 2003). Claro que, luego agregan, como recomendación: “De hecho, los mecanismos de discriminación laboral tienden a expulsar a las mujeres del mercado de trabajo o a delimitar las áreas donde se pueden desempeñar. A fin de reducir el desperdicio de los recursos humanos es esencial generar espacios y políticas que apliquen una perspectiva de género a los derechos laborales (guarderías, licencias) *y que permitan a la mujer trabajadora combinar sus múltiples papeles*” (Aguilar et al., 2003, p. 134). Nada dicen, deberíamos aclarar, que esos múltiples papeles a ser contemplados por los derechos laborales, permitirían también a los varones trabajadores “combinar sus múltiples papeles”.

Lo que creo sugerente es que, si bien no debe estar en la intención de estos especialistas promover la idea de la formación de mujeres médicas como “desperdicio del sistema”, sí abre el juego a esa interpretación entre los “nativos”, que ven así legitimada su visión por la posición legitimante que tienen estos actores y su explicación, dentro del campo de la salud pública.

En otra línea, Durán Arenas –investigador y docente de la UNAM- intenta superar la visión tradicional de la sociología de las profesiones que sólo ve las diferencias de estatus *entre* profesiones y no *al interior* de las mismas (Durán Arenas, 2001), para lo cual propone un sistema de medición de la estratificación interna de la medicina. Su principal preocupación es el prestigio, al que plantea como resultado “de factores adscriptivos, de logro y de contexto”. Si bien intenta analizar la estratificación interna de la profesión más allá de lo que denomina “efecto de género” - que considera un factor adscriptivo, como origen social y generación-, no puede evitar concluir que el efecto de género sobre el estatus profesional muestra que la profesión médica en México

está segregada: “Aunque en años recientes el número de estudiantes masculinos y femeninos ha alcanzado un equilibrio dentro de las escuelas de medicina, las mujeres en el mercado de trabajo ocupan las posiciones de menor prestigio y se concentran en los niveles de ingreso más bajo de la profesión” (Durán Arenas, 2001, p. 518).

Además del intento de hacer medible algo tan difícil como el prestigio, lo que nos parece sugerente de este trabajo es la preocupación que lo sustenta y es la pérdida de prestigio de algunos sectores de la profesión. Si a esto le sumamos las conclusiones respecto al género, es difícil escapar a la idea de que más mujeres “desprestigian” la profesión. Igual que planteábamos para los autores preocupados por la falta de planificación de los recursos humanos, esta idea del “desprestigio” permea y es constantemente reproducida por los “nativos”.

Las explicaciones nativas.

A todos los médicos y médicas que entrevistamos les preguntamos por qué habían elegido la carrera de medicina y también cuáles creían que eran los motivos por lo que cada vez más mujeres estudiaban medicina. A su vez, esta última cuestión surgió como tema de debate en dos sesiones del Seminario Permanente de Género y Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM donde asistí a lo largo de un año. También, elaboré una escala que fue suministrada a los asistentes de este seminario y a los estudiantes de la licenciatura de Medicina, en la materia optativa sobre Género y Medicina.

De todos estos materiales intentaremos producir una síntesis que nos permita describir algunas de las “teorías” o “explicaciones nativas” que los actores del campo elaboran sobre las razones de la feminización.

Así, es interesante ver que la mayoría de las médicas entrevistadas que tienen más de 50 años, ante la pregunta de por qué creen que la medicina se feminiza, dice creer que en parte se debe al hecho de la afinidad entre el trabajo de cuidar y curar y los roles maternos:

“La medicina es como una prolongación de la casa... si yo tuviera que darte una explicación clara de por qué la mujer tiende mucho a la medicina, yo creo que lo hacemos mucho también por esa maternidad, por esa oxitocina que nos lleva a esa sensibilización, y que, ya no corres tú a buscar a un médico, sino que te das cuenta que tú puedes ser madre y médica al mismo tiempo” decía la Doctora Alma.

Por su parte, los médicos entrevistados tendieron a explicar más el hecho por la necesidad de los varones de estudiar otras carreras con mejor salida laboral. Así se trasluce en las palabras del doctor Carlos:

“ese fenómeno está coincidiendo con un asunto donde la figura del médico ha estado como hacia abajo, en muchos sentidos (socialmente) y un poco torpedeado el médico, entonces—globalmente digo, yo no puedo quejarme, pero en términos globales, el médico está cada día más mal pagado y la profesión ha estado, creo que ha estado medio abandonada por varones que se están yendo hacia sitios en donde sienten que pueden ganar más dinero. Entonces, están dejando los espacios para las mujeres, y a las mujeres les parece algo que ellas pueden manejar, cosa que es estrictamente cierta. Una mujer puede manejar cualquier profesión, y esta también”

Sin embargo, estas ideas fueron entrelazadas con otras, como por ejemplo, que las mujeres son más responsables y que obtienen mejores resultados académicos, por lo que quedan en mejor situación que los varones para elegir una carrera. Así lo planteaba la doctora Mariela:

“hay hipótesis que aquí se manejan ¿no? que es que bajó, perdió importancia la medicina, perdió prestigio y entonces ahora están las mujeres ¿no? están entrando las mujeres porque los hombres ya no quieren entrar. Mi hipótesis no necesariamente es esa, mi hipótesis es: cuando menos aquí, en la Facultad de Medicina es un pase automático... Lo que pasa es que muchos—la mayor parte, el 90% de las alumnas que vienen, que los alumnos, del alumnado que viene, viene de preparatorias de la UNAM- Entonces ya no tienen que presentar examen, sino que entran a las carreras por selección, por promedio ¿sí? Entonces, muy probablemente yo digo es que las mujeres somos más trabajadoras, más estudiosas (por la misma construcción de género ¿no?) Muy probablemente las mujeres tienen más altos promedios que desplazan a los hombres ¿no? Esa es mi hipótesis”

Lo interesante es que al preguntarle a estas mismas médicas por qué ellas habían estudiado medicina, la mayoría no puso la explicación en la afinidad entre la medicina y los roles maternos, sino que buscaron los motivos en su experiencia individual y/o familiar: por haber padecido – o vivido de cerca- algún problema de salud, por querer conocer el cuerpo humano y su funcionamiento, por querer ser autónomas, por querer plantearse un desafío y hasta por casualidad o descarte (ver más capítulo 4). Resulta interesante otra comparación: mientras que las médicas más jóvenes –menos de 50 años- no tenían una respuesta muy contundente y unificada sobre los motivos de la feminización, las razones que daban para explicar su propia elección se parecían a las de las otras médicas más grandes.

En las encuestas que realicé en la Facultad de Medicina, de un total de 40, el 30% respondió que las motivaciones de varones y mujeres para estudiar medicina eran las mismas, mientras que el 70% restante respondió que eran diferentes.

Y en los respectivo a las teorías del “desperdicio de recursos” y del “desprestigio” de la profesión la hemos escuchado en los médicos, pero no así en las médicas. Al respecto, es

interesante decir que justamente como respuesta a esta “teoría nativa”, una de las médicas entrevistadas sugirió otra lectura: no se trata de “desprestigio” sino “democratización” de una profesión caracterizada por su “elitismo y machismo” (Doctora Ana Carolina).

Lo que sí ha quedado constatado en los testimonios de casi todos los entrevistados y entrevistadas es la percepción de un cambio: un “antes”, cuando las mujeres eran pocas en la medicina y un “ahora” donde esta situación se ha revertido. Para los “nativos” las explicaciones y valoraciones de tal fenómeno varían, pero sin dudas consideran que la entrada de mujeres produce un *antes-después* —como vimos en el apartado sobre la periodización, en este mismo capítulo—. Este fue un elemento que revistió mucha importancia a la hora de sostener la idea de la feminización como un proceso de cambio. Ahora me interesa mostrar qué es lo que cambia y qué no, para los propios actores.

La doctora María Violeta, reflexionaba de manera positiva sobre las consecuencias del fenómeno:

“yo, últimamente he visto que se ha incrementando muchísimo el número de mujeres en medicina, yo considero que ahorita son más mujeres que hombres. Yo creo que es bueno que haya un número mayor de mujeres ¿no? entonces, yo creo que la mujer está preparada, ahorita vienen fuertes para pues ocupar cargos dentro de la medicina y ya en todos los ámbitos ¿no? porque pues antes, por ejemplo la neurología pues nada más eran pocos y hombres ¿no? y ahorita pues ya hemos visto que las hay. Yo tengo una compañera, que es la jefa de trasplantes renal de la Raza¹¹³ ¡buenísima! Es muy buena, muy buena ella— entonces, ha destacado pues en muchos ámbitos las mujeres ya yo creo que pues al rato hasta una mexicana se puede ir a la luna ¿no? al paso que vamos!”

En un tono menos optimista, la doctora Vicky, que pertenece a la misma generación que la doctora María Violeta (las dos tienen entre sesenta y setenta años) decía:

“entonces, cuando alguna mujer osaba entrar a terrenos muy masculinos—Nutrición, por ejemplo, el Instituto de Nutrición era un área de esas en donde en ese entonces no querían que hubieran tantas mujeres y si eras mujer, pues te iba como en feria (como en el ejercito ¿sí?) en donde las mujeres—es algo muy difícil para una mujer y te hacían la vida imposible ¿no? entonces, ahorita, indudablemente hay otra apertura de... ¿Qué le podría yo decir? Un poquito más de mente”.

Que haya más mujeres, da más posibilidades a las mujeres. Pero también predomina una idea de que la feminización no cambia gran cosa; así por lo menos lo afirmaba el doctor José, durante una sesión del seminario de Género y Salud:

¹¹³ Hospital del IMSS, ubicado en la Delegación Azcapotzalco del DF.

“se habla mucho de género, pero se hace poco, cambiar eso en los servicios cuesta mucho trabajo, y es porque se trata de una institución creada por los hombres, masculinizada, como jugar al fútbol, ése es el problema con la feminización: el ejercicio de la profesión es masculino”.

A esto debemos sumar comentarios realizados fuera de las entrevistas, donde médicos y médicas narraban cómo, en algunas instituciones y residencias, a las mujeres aún hoy se les pide un test de embarazo antes de entrar o, en el caso de la Escuela de Medicina del Ejército, un embarazo es motivo de baja.

Por último, la mirada quizá más negativa sobre la feminización desde un punto de vista feminista, que es la que sostiene la Doctora Lola:

“hay un predominio, se invirtió en cuanto generación con la mía ¿sí? Aquí ahorita prioritariamente son mujeres de un 70 a 30 ¿sí? Son las académicamente más avanzadas, son las primeros lugares ¿sí? Ganan los mejores puestos de residencia, por supuesto que van a ser las que van a dirigir las políticas de salud en el futuro ¿sí? ¿Qué observo de ellas? (*silencio de reflexión*) un retroceso en los conceptos que teníamos en los noventa, o sea, no entienden lo que es salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos ¿cuándo? Por lo menos en los noventa los teníamos ahorita—y yo creo que hay un retroceso y un conservadurismo muy severo en estas médicas. No te vaticino un buen pronóstico en la salud de las mujeres, el hecho de que sean más mujeres no garantiza, y eso lo hemos visto un mil de veces ¿no?”

En estas distintas teorías nativas se deja traslucir no sólo la influencia de las teorías de los actores hegemónicos del campo, sino también valoraciones sobre lo masculino y lo femenino y sobre las relaciones de poder —no sólo entre los géneros— que sin dudas, respaldan lo dicho por Williams en el epígrafe de este capítulo.

3.5-Reflexiones Finales del Capítulo.

Luego de enmarcar el proceso de feminización a partir de diferentes contextos sociales, he buscado dar una conceptualización propia. Inspirada en el concepto que proviene de la sociología del trabajo y que considera los aspectos tanto materiales como simbólicos de un proceso de feminización/masculinización, concibo para esta investigación la feminización como un proceso de cambio y a los fines de este capítulo, me he limitado a dar cuenta del mismo principalmente en sus aspectos cuantitativos.

A partir de datos del mercado de trabajo, de la educación superior y de las profesiones, he intentado realizar un esbozo de las características del fenómeno para la profesión médica en México. En especial, me preocupé por periodizar el proceso, dando cuenta de tres etapas históricas (primera 1887-1965; segunda 1966-1995; tercera 1995- en adelante), para luego precisar las características principales del fenómeno en el nivel de la profesión. Con ello, fue

posible concluir que la carrera de medicina se ha feminizado en su matrícula, pero que el fenómeno no se manifiesta aún en igual proporción en la profesión médica –lo que suma a su heterogeneidad interna. Si la propuesta se da al nivel de las configuraciones de género, es posible pensar en los impactos diferenciales y asimetrías que el proceso tiene en las distintas figuraciones que conforman el entramado de las relaciones de género en la profesión.

Con los datos cuantitativos como horizonte, he realizado una breve síntesis de las distintas explicaciones que se han dado al respecto, contrastándolas con las teorías propias que tienen los actores del campo, mostrando cómo ambas se interrelacionan y retroalimentan.

Para cerrar, es importante decir que considerar la feminización como un proceso de cambio me ha ayudado a comprender que es un proceso inacabado, valorado de diferentes maneras, cuyos resultados y consecuencias en algunos casos todavía están por verse y en otros, se manifiestan de diferente manera según el ámbito profesional, la especialidad, la jerarquía y poder de los cargos, etcétera. Es decir, un trabajo que atiende las configuraciones de género de la profesión, debe considerar la feminización de la misma como un proceso significativo y manifestación a su vez, de otras modificaciones en el largo plazo de esas mismas configuraciones.

Porque decir *feminización* es decir más mujeres y es decir *feminizar*: las definiciones y valoraciones de estos términos son sentidos en disputa, que se interpretan y reinterpretan todo el tiempo. Además, dado que *femenino* es lo opuesto a *masculino*, el par de la dicotomía y sus significaciones no pueden ser dejados de lado. Como mostraré en los capítulos que restan, considero que la feminización es no sólo manifestación –causa y consecuencia pero también, catalizador-de un proceso de cambio en las configuraciones de género, sino también una muy buena excusa para detenernos en el hecho de que aquello que se vuelve *femenino*, a veces, no deja de ser *masculino*, sino que se vuelve otra cosa que, a largo plazo, puede hacer pensar que *masculino-femenino* ya no sirvan para caracterizarlo.

4- Configuraciones de género en la profesión médica I.

Cuando se comienza un trabajo de investigación hay muchas cosas que no se tienen claras, pero otras no dan lugar a dudas: uno sabe sobre qué población quiere trabajar, quiénes son, en otras palabras, sus sujetos de estudio. Yo sabía que quería trabajar con las mujeres profesionistas de la medicina, lo que para mí eran las “médicas”. Y así comencé definiéndolas y llamándolas. Pero a poco de empezar, me di cuenta que este término no siempre era exacto.

En la vieja calle de Donceles, en el centro de la ciudad de México, se encuentra el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud: allí fui, guiada por el consejo de una colega¹¹⁴. Ella, que escribió una biografía de la primera mujer en graduarse como médico en México¹¹⁵ -Matilde Montoya- sostenía que quienes, probablemente, la habían tenido más difícil que Matilde, habían sido las que le siguieron. Conocedora de la historia de la salud pública mexicana, Ana Carrillo planteaba que habían sido las mujeres las que habían sostenido la ampliación del sistema público de salud, y que seguro, entre todas esas enfermeras, puericultoras y agentes sanitarias, iba a encontrar a las médicas que tanto me desvelaban. Y las encontré, pero ésa es otra historia. Lo que me interesa destacar aquí es que en los documentos del Archivo, viejos expedientes, memorándums, cartas y demás documentos oficiales de las décadas de 1920 y 1930, las poquísimas médicas mencionadas (Ornesinda Ortiz, Columba Rivera, Aurora Uribe, Lucía Aburto) son llamadas “señoritas doctoras” y cuando no, simplemente señoritas¹¹⁶.

Setenta años después, al establecer los primeros contactos para mi trabajo de campo, le escribí a la Dra. Paquita un correo electrónico, explicándole los motivos de mi interés por entrevistarla. Muy amable, la Dra. Paquita me contestó: “Desde luego me encantaría platicarle mi experiencia como médico en la vida”. Ésa fue la primera de muchas referencias de mis entrevistadas a sí mismas como “médicos”. Si mi tema de investigación hubiera sido otro, el uso masculino de la palabra hubiera pasado, quizá, desapercibido. Pero para mí se convirtió en todo

¹¹⁴ La Dra. Ana María Carrillo, quien fue mi comentarista en el segundo coloquio de Posgrado en Ciencias Antropológicas, en febrero de 2012, y a quien le agradezco mucho su apoyo.

¹¹⁵ Ver *Matilde Montoya. Primera Médica Mexicana* (Carrillo, 2002c)

¹¹⁶ Por ejemplo, en un memorándum con fecha de febrero de 1930, dirigida al Jefe de Inspección en Sanidad, se le comunica el nombramiento como adscrita a esa dependencia en calidad de “ayudante de servicio” a la Señorita Ornesinda Ortiz. No se la llama doctora, aunque se había graduado en 1922 y para la fecha del memo, tenía 36 años. Cruzando información, puedo afirmar que las así llamadas “señoritas” sí son doctoras graduadas (Castañeda López y Rodríguez de Romo, 2010).

un dato. Así, de ser casi ninguneadas –llamadas sólo “señoritas”- o describiendo su género (y estado civil antes que el título profesional con el uso “señorita doctora”) a la invisibilización total del género – o más bien, la asimilación de lo universal a lo masculino-, los usos de las palabras hablaban por sí mismos. Esto me hizo pensar que quizá fuera preciso redefinir la población con la que quería trabajar: “mujeres médicos” o “doctoras”, en lugar de “médicas”. Finalmente decidí que todos los términos eran válidos, pues lo que yo quería conocer eran las experiencias de las mujeres en la medicina. Eso fue lo que hice¹¹⁷. Aquí están, éstas son.

4.1-Mujeres en la medicina: características principales de las informantes.

Comencé el trabajo de campo entre abril y mayo de 2011 con cuatro contactos y terminé entrevistando a 27 doctoras. Muchas me citaron en sus lugares de trabajo, otras en sus casas, las acompañé a una comida o me invitaron un café. Algunas entrevistas fueron extensas y otras más bien breves, pero todas respondieron con amabilidad y me contaron más datos de su vida, una vez que la entrevista había acabado – y el grabador estaba apagado. Entre sushi y movimientos telúricos, de Polanco a Iztapalapa, a continuación una descripción general de quiénes son estas mujeres médicas que me relataron parte de su historia:

Tabla XII. Entrevistadas por edad y década de estudios universitarios:

Edad	60 años y más	Entre 50 y 59 años	Entre 40 y 49 años	Entre 27 y 39 años	Total
Entrevistadas	4	6	9	8	27
Década en la que fueron a la Universidad	Década de los cincuenta y sesenta.	Década de los setentas	Década de los ochentas	Década de los noventas y principios de 2000.	

Con la entrevista realizada a Rocío, hija y sobrina de dos célebres médicas del Hospital General, los datos más antiguos de nuestra “muestra” se remontan a 1953, año en que se graduó la tía de Rocío. Y el dato más reciente es de una entrevistada que se graduó en 2003; por lo que hemos podido abarcar 50 años de historia a través de trayectorias profesionales de mujeres en la medicina.

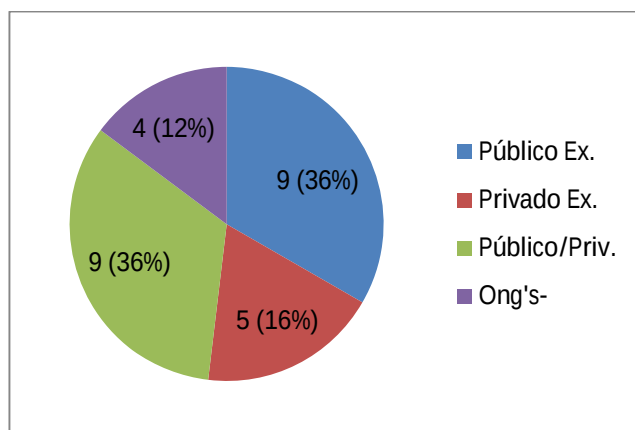
¹¹⁷ Por eso, a veces aludiré a ellas como “médicas” y otras como “doctoras”. Las llamo con seudónimos.

Tabla XIII. Universidades donde estudiaron las entrevistadas:

Universidad	UNAM	Udel Ejército	Anáhuac	IPN	UAM-Xochimilco	U.interior república Mexicana ¹¹⁸	U. extranjeras ¹¹⁹	Total
Entrevistadas	14	1	1	1	2	6	2	27

Del total de médicas entrevistadas, nueve trabajan en instituciones públicas (Hospitales, Institutos, Facultades de Medicina) de manera exclusiva; cuatro lo hacen de manera exclusiva en asociaciones civiles y Ong's (Mex Fam-Acompañame-etcétera) instituciones que no puede ser consideradas ni públicas ni privadas; cinco sólo trabajan en el ámbito privado (consultorios propios o en clínicas y hospitales como Ángeles de Pedregal, Médica Sur, etcétera); y nueve ejercen su profesión combinando ambos ámbitos –público y privado.

Gráfica 4. Ámbitos de Desempeño Laboral de las médicas entrevistadas.



En general, respecto a las que trabajan en instituciones públicas, fueron entrevistadas médicas que pertenecen a los distintos ámbitos de la salud pública de México: de PEMEX, del Ejército, del ISSSTE, del IMSS, de hospitales federales, del Gobierno del DF y de Institutos Nacionales¹²⁰.

La primera etapa de las entrevistas (entre mayo y noviembre de 2011) entrevisté a médicas de diferentes especialidades: de un total de diecisiete médicas, cinco eran médicas

¹¹⁸ Universidades de Guerrero, Benito Juárez de Oaxaca, Michoacana, Tabasco, Torreón y Puebla.

¹¹⁹ Universidades extranjeras –Complutense de Madrid y Universidad de Buenos Aires.

¹²⁰ Hospital de Petróleos Mexicanos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Doctor Manuel Gea González, Hospital General de México (federales); Hospital Materno Infantil Inguarán y Hospital General Ajusco Medio (DF); e Institutos Nacionales de Pediatría, Perinatología y Rehabilitación.

generales, dos genetistas, tres pediatras, una especialista en ortopedia, una cirujana pediátrica, una neurocirujana, una especialista en neuro-desarrollo, una psiquiatra, dos especialistas en salud pública. En la segunda fase, que abarcó los primeros meses de 2012, entrevisté a diez médicas especialistas en salud de la mujer: cinco con residencia en ginecología y obstetricia, una con posgrado en senología y mastología, dos médicas generales que se dedicaron a la ginecología y salud de la mujer sin realizar residencia, dos médicas homeópatas que se dedicaron a la salud sexual y reproductiva.

Tabla XIV. Médicas por especialidad

	Primera Etapa.	Segunda Etapa.	
Especialidad	Entrevistadas	Especialidad	Entrevistadas
Medicina General	5	Gineco y Obstetricia C/R*	5
Genética	2	Senología y Mastología	1
Pediatría	3	Gineco sin residencia	2
Ortopedia	1	Homeópatas	2
Cirugía pediátrica	1		
Neurocirugía	1		
Neurodesarrollo	1		
Psiquiatría	1		
Salud Pública	2		
Total	17		10
*con residencia			

La situación familiar de las mujeres entrevistadas es la siguiente: la gran mayoría –quince- están en pareja y tienen hijos (de esa u otra pareja anterior) -hay una médica que tuvo cuatro hijos, otra con tres, pero la mayoría tiene sólo un hijo-; hay dos médicas con pareja pero “sin hijos aún”; cuatro solteras y sin hijos; cinco separadas o viudas con hijos y sólo una separada y sin hijos. Es decir, la mayoría, sea cual sea su situación “conyugal”, han tenido hijos -diecinueve-. Es notorio que una gran mayoría –quince- de las que están o estuvieron casadas, lo hicieron con un médico (que ejerce o ha ejercido la medicina)¹²¹.

¹²¹ Este tema luego será retomado en este mismo capítulo.

Configuraciones de Género:

En este capítulo voy a comenzar a plantear ciertas cuestiones sobre las experiencias, trayectorias y cotidianeidad de las mujeres en la medicina como forma de acercarme al conocimiento de las configuraciones de género en la profesión médica.

Por configuraciones¹²² entiendo los complejos y diversos vínculos de interdependencia entre las personas que forman una red de interrelaciones que nutren y dan sentido a las acciones de los sujetos. Tal como lo planteó Norbert Elías “Los individuos aparecen como sistemas peculiares abiertos, orientados mutuamente entre sí, vinculados recíprocamente mediante interdependencias de diversa clase y, en virtud de éstas, formando conjuntamente configuraciones específicas” (Elías, 1996: 61). Así, y siguiendo las consecuencias del planteo *elisiano*, hablar de configuraciones supone que no hay una oposición individuo-sociedad, sino que lo social no puede ser sin esos individuos –incluidos sus cuerpos-, pero que los excede, como en la metáfora del baile que tanto se ha usado para describir este concepto de Elías (Jurado, 2004). Lo importante entonces es comprender las posiciones que ocupan en el baile los bailarines, siendo estas posiciones limitantes y al mismo tiempo, posibilitadores de la acción. El baile -la coreografía- es entonces la configuración histórica específica que permite comprender el entramado de interdependencias y lazos recíprocos de los bailarines, donde el valor de cada uno –y la inteligibilidad de sus acciones- se comprenden por su lugar o posición en el baile¹²³. Así, considero que esta perspectiva conceptual permite aunar en un mismo análisis lo micro y lo macro, la autonomía y la constricción en las acciones de los sujetos.

Utilizar el concepto de configuración también implica un análisis sincrónico de cómo se da la misma; en nuestro caso, en las configuraciones de género en la profesión médica de México, pero también, el análisis diacrónico, de cómo se llegó a este tipo peculiar de configuración en el

¹²² Como fue planteado en la introducción, esta visión puede ir de la mano de la idea de *habitus* y campo, propias de la sociología de Pierre Bourdieu (2004; y Bourdieu y Wacquant, 2005), y que también serán utilizados como conceptos analíticos claves. Sin embargo, creo conveniente aclarar que parto de la idea de configuración porque me parece más abarcativa que la idea de campo. Así, lo que trato es de ver a la profesión médica como un campo, con sus posiciones, sus luchas, su capital en disputa; un campo que propicia un determinado *habitus* profesional y de género (Guevara Ruiseñor, 2008). Pero, este campo con sus características, forma parte de una configuración más amplia de género, que al transformarse, transforma al campo de la profesión de manera específica, según las peculiaridades del mismo.

¹²³ Utilizo la metáfora del baile porque me parece útil para clarificar el concepto, pero no está de más decir que el baile es algo fugaz y las configuraciones de género son arreglos de largo plazo, cuyos cambios sólo puede ser entendidos en perspectiva histórica.

largo plazo, lo que he intentado proponer con la idea de la feminización como proceso de cambio en el capítulo anterior.

Así, por configuraciones de género entenderé las cadenas de interdependencias entre los sujetos que organizan un modo peculiar de relaciones desiguales surgidas a partir de la diferencia sexual. El género, en esta perspectiva, es un elemento constitutivo de las relaciones sociales y de poder y alude a símbolos, conceptos normativos, instituciones, identidades que en torno de las diferencias de sexo de los sujetos, organizan “una constelación dispersa de relaciones desiguales” (Scott, 1996), que ordenan un modo históricamente específico de lo masculino y lo femenino. Así, las configuraciones de género de una sociedad, en este caso, la sociedad mexicana, impregnan y se manifiestan en los sujetos concretos del campo de la profesión médica. Y los cambios en éste campo –por ejemplo, su feminización- coadyuvan a provocar transformaciones en las configuraciones de género sociales.

Todo esto, a nivel analítico. Ahora bien ¿cómo lo vamos a ver desde los propios actores? Pues, considerando que sus trayectorias profesionales, sus experiencias, itinerarios corporales y su sociabilidad son piezas claves de la configuración, por lo que su comprensión puede contribuir a armar el rompecabezas –la forma, la configuración-. Por eso, antes de comenzar con el análisis del material empírico, creo conveniente aclarar estos conceptos.

Por trayectoria profesional voy a comprender el camino recorrido por estas mujeres desde su formación universitaria hasta el momento de la entrevista. Así, en el mismo concepto de *trayectoria* queda incluida la idea de *carrera* y de *itinerario corporal*. A saber, por *carrera* siguiendo a Howard Becker (2009) consideraré la serie reglada de ajustes que un individuo hace a la red de instituciones donde se desempeña su vida laboral. En los estudios más clásicos sobre profesiones, estos ajustes se hacen en función de maximizar prestigio, influencia, renta, etcétera. Como veremos en nuestro caso, esta no es la misma lógica para el caso de las mujeres profesionistas de la medicina. Uno de los puntos del análisis será describir qué es la profesión para estas mujeres y cómo construyen entonces su identidad profesional a lo largo de sus trayectorias. Esto permite incorporar al análisis todos los momentos previos a la obtención del título profesional y que son cruciales para comprender las encrucijadas y elecciones llevadas a cabo por estas mujeres. El concepto de *carrera*, además, permite ver como parte fundamental de las trayectorias las experiencias en la universidad, en el internado, en el servicio social, en la

residencia y luego, una vez acabado todo este entrenamiento, en lo que propiamente se denomina la vida profesional.

Ahora bien, estas trayectorias se encarnan y producen experiencias corporales reflexivas que dan lugar a los “ajustes” que mencionaba Becker. Estudiar los *itinerarios corporales* es, siguiendo en esto a Esteban (2004), dar cuenta de los procesos vitales –individuales pero que siempre nos remiten a un colectivo, pensando otra vez en los bailarines del baile configuración de Elías- que ocurren dentro de estructuras sociales concretas –configuraciones, digo yo-, donde se manifiestan las acciones de los sujetos entendidas como prácticas corporales. Según esta visión, el cuerpo es el lugar de la vivencia, del deseo, la reflexión, la resistencia, el cambio. Así, toda *trayectoria* en su versión encarnada es un *itinerario corporal* donde se dan procesos de aprendizaje – formales pero también inconscientes, como lo muestra Casell en su libro (1998)- evolución de aptitudes, sensibilidades y modos de saber hacer que repercuten en la identidad corporal y de género de los sujetos. Así, a lo largo de la formación y el entrenamiento médicos, se incorporan – se encarnan, hacen cuerpo- nociones de lo normal y lo patológico, de fuerza y delicadeza, de control y autocontrol, de la feminidad y la masculinidad, de lo que se puede tocar y lo que no se puede tocar, de la sexualidad, la cercanía con la desnudez, la enfermedad, la muerte, etcétera.

Me parece que la dimensión genérica inevitable en la idea de *itinerarios* contribuye con el análisis que quiero desarrollar, que busca desde la trayectoria profesional, volver menos dicotómico lo público y lo privado. Esto es, incluir en una sola perspectiva, la del sujeto corporal que es hombre o mujer -que es médico o médica- las dimensiones necesariamente vinculadas de estos dos espacios de lo social considerados desde los análisis más clásicos, como separados y diferentes -lo que quiero remarcar es su interdependencia-. En la misma línea de des dicotomizar, la idea de *itinerario corporal* permite ver, en la arena laboral, el modo en que los sujetos performan sus aptitudes masculinas y/o femeninas requeridas en cada caso o situación, de acuerdo a las marcas de género de su especialidad (como fue esbozado en el capítulo anterior); pero también, cómo es posible pensar en configuraciones subjetivas de género donde lo masculino y femenino de cada uno conviven y se articulan y re articulan de acuerdo –en este caso- a las exigencias de la profesión.

Los momentos de las trayectorias serán descritos a partir de la noción de *experiencia*. Como plantea Scott (Scott, 2001), la experiencia es un relato que produce sentido y no le ocurre al

individuo sino al sujeto (en tanto constituido por esa experiencia); es la *experiencia* la que construye la historicidad del sujeto y lo posiciona. Siguiendo esta idea, la *experiencia* no será considerada una evidencia sino más bien una interpretación que requiere una interpretación. En nuestro caso, una interpretación del sujeto que delimita un suceso de su carrera y trayectoria, otorgándole un sentido que da coherencia; y es al mismo tiempo, una forma de experimentarse-explicarse a sí mismo, y también a su cultura (Díaz, 1997).

Esta idea de narrar las experiencias que nos han sido narradas por las entrevistadas, necesita que insistamos en que se trata de relatos. Como plantea Pierre Bourdieu (1994), producir una historia de vida (en este caso, experiencias de una trayectoria profesional) como una historia, esto es, como un relato coherente de eventos es eso, una ilusión, una representación – un discurso- que unifica en una identidad social una rapsodia de eventos vividos por el agente, que en realidad está sujeto a múltiples transformaciones. ¿Es el mismo agente después de esas múltiples experiencias que lo han transformado? Sí y no. Bourdieu, poniendo en acto sus categorías conceptuales, dirá que son diferentes estados sucesivos de la estructura de distribución de espacios de capital que son puestos en juego en el campo considerado (Bourdieu, 1994, p. 71). Desde mi punto de vista, esto significa que las trayectorias –en sus sucesivos momentos-no se comprenden, si no se comprende el campo en el cual se desarrollan ni la configuración de género de ese campo.

A continuación, entonces, el análisis de las trayectorias.

4.2-Trayectorias profesionales: carrera, itinerarios corporales y experiencias.

Para el análisis de las trayectorias profesionales describiremos primero, los motivos de elección de la medicina como carrera universitaria y continuaremos con la exposición de los distintos motivos que según los relatos, explican la elección de la especialidad médica. Luego, partiendo de la idea de que hay una carrera estandarizada de pasos a seguir –universidad, internado de pregrado, servicio social, residencia o posgrado- nos detendremos en las narraciones de algunos momentos de esta carrera, expresados según la noción de *experiencia* que planteamos más arriba y, como veremos, también como *itinerarios corporales*, encrucijadas, vivencias que

marcan hitos históricos de sus biografías y que son re-significados con el paso del tiempo y la misma evocación.

En un segundo momento, para comprender el espacio social -el campo médico o sanitario- donde estas trayectorias se desenvuelven, nos abocaremos a describir la sociabilidad, es decir, las relaciones sociales que se entablan en la labor cotidiana del ejercicio de la profesión. Esto, con la finalidad de dar cuenta, como propone Elías (1996), del entramado de interdependencias con otros sujetos. Así, analizaré las relaciones con pacientes, enfermeros y otros profesionales de la salud, residentes, colegas y pares, maestros y jefes.

Estudiar Medicina ¿por qué?

La primera pregunta de nuestra entrevista fue ¿por qué decidiste estudiar medicina?, lo que muchas veces generaba que el relato se remontara hasta la infancia y disparara la narración de sucesos de la vida familiar, de la niñez y la adolescencia. A grandes rasgos, podemos dividir estas respuestas en dos: las que respondían con certeza de que siempre habían deseado y/o sabido que iban a estudiar medicina; y las que en el mismo relato de acontecimientos van reflexionando y hasta descubriendo los motivos –como algo que se sabe pero que nunca se puso en palabras- organizándolos con la trayectoria de vida, etcétera.

Entre quienes respondieron que desde niñas habían sabido que iban a ser médicas, están los relatos vinculados a algún tipo de padecimiento que originó, de manera temprana, el contacto con los profesionistas de la salud. La doctora Paquita me explicó que ella, a los 5 años, tuvo que ser hospitalizada y que le quedó muy buen recuerdo de los médicos, que “siempre le ofrecían dulces”. Más de cincuenta años después, ella supone que por eso eligió la profesión –aunque, comenzó estudiando química, una carrera “más acorde para las mujeres” en aquel México de la década de 1950. También, quizá por eso -me dice como si acabara de descubrirlo- siempre tiene dulces en el escritorio de su consultorio. Algo similar me contó la Doctora Romina:

“Yo decidí ser médica creo que desde que nací, nunca pensé verme en ningún otro ámbito haciendo ninguna otra cosa más que siendo médica o, bueno, un secreto: monja psicóloga, misionera ¡uy! pero eso es algo muy... ese es un exceso (risas) sí, un exceso. Entonces la primera opción siempre fue ser médico, siempre por muchas situaciones, tal vez influyó la enfermedad de mi madre, de mi mamá que fue cardiopatía y ha estado muy grave, el año pasado la operaron otra vez, hace veinte años también, a corazón abierto ¿no? Siempre he estado al lado de alguien que está enfermo, pero cuando yo era niña yo quería que me llamaran al quirófano, sí era una niña y decía: “Doctora Romina, Doctora Romina, la requieren en quirófano”

Pero además de estos casos vinculados a la cercanía con la enfermedad, tenemos relatos de la certeza de la vocación médica, vinculada a un anhelo de autonomía. Por ejemplo, la Doctora Sisí, explicó que siempre supo que quería ser médica porque su madre era divorciada y siempre estaba con problemas económicos o laborales y ella, soñaba con ser profesionista, ser su propia jefa y tener dinero suficiente para no depender de nadie.

Vinculado con la idea de la autonomía y la libertad, y relacionando con lo que mencionaba la doctora Paquita sobre lo adecuado o no de estudiar medicina para una mujer, el relato de la Doctora Lola resulta esclarecedor:

“Yo, conscientemente desde los 8 años recuerdo “yo voy a ser doctora” muy pequeñita ¿sí? –yo tengo un contexto de una familia amplia.... y me colé en la educación masculina de mi padre. Yo pude hacer muchas más cosas que mis hermanas mayores ¿sí? O sea, yo pude ir a los *boy-scouts* (fui a las *girl*) yo pude ir a campamentos... o sea, a mí se me permitía en un contexto de tolerancia, dado que a los varones se les permitía, ese contexto de autonomía, de libertad, de permisividad, de tolerancia, eso a mí, creo que me marcó en mi historia personal ¿sí? ¿Por qué? Porque yo fui educada como varón, sin que ellos de dieran cuenta (mis padres) de lo que estaba sucediendo...Y por supuesto, la educación masculina mexicana: perfectamente aprender a boxear (entonces yo aprendí a boxear) porque mi papá les enseñaba a boxear a mis hermanos, pues yo también le entraba; a cortar el pasto, yo le entré, o sea de tal manera que yo le entré a un adiestramiento muy masculino. Sé arreglar cosas de electricidad, sé cortar el pasto, sé jardinería, claro, rudo, rudo, porque yo luego le digo “papá ¿Cómo te atreviste a enseñarme tantas cosas?” “pues no sé ni cómo, pero te colabas” o sea, esa era como la expresión “te colabas”. Yo a los 8 años decidí ser médica y nunca tuve la menor duda de que lo iba a lograr.”

En su relato, van de la mano el deseo de estudiar medicina, con un tipo de crianza y educación masculina, vinculada a saberes del mundo masculino, y también, a la autonomía y la libertad. Es interesante porque esta médica no es una mujer “masculina”, pero tampoco es la expresión de “la feminidad” - si eso nos lleva a pensar en delicadeza de maneras-. Lola es una mujer decidida, que viste con colores fuertes, que con su tono de voz dice “aquí estoy”. Su biografía nos cuenta de una niña criada como niño, y su postura corporal habla de una mujer fuerte y vital.

Para estos casos, en que los motivos de la elección profesional se remontan a toda una vida, me parece interesante el concepto de *vocación* tal como ha sido considerado por Bourdieu cuando escribe: “Observamos así que, cuando las presiones externas son abolidas y las libertades formales –derecho de voto, derecho a la educación, acceso a todas las profesiones, incluidas la política- se han adquirido, la autoexclusión y la “vocación” (que actúa tanto de manera negativa como positiva) acuden a tomar el relevo de la exclusión expresa.” (Bourdieu, 2000, pp.55 y 56). Me parece muy sugerente la idea de ver la cuestión negativa y positiva al mismo tiempo, o más

bien, para quitarle las connotaciones valorativas, como formas de reproducción de la dominación o como aspecto de transformación. Así, por ejemplo, en el caso de la Doctora Romina, la *vocación* por la medicina –pero también, como ella misma dice, de monja- puede ser leída como una vocación por una profesión que, al trasladar las tareas que supuestamente el orden de género atribuye a lo femenino, naturaliza el lugar de las mujeres en estas tareas y reproduce así, el orden de género. El análisis de Bourdieu sugeriría que aquí la vocación –como autoexclusión de otros ámbitos- funciona como violencia simbólica. Por el contrario, el caso de la Doctora Lola, la vocación es aquí fruto de una educación masculina, como fue en la infancia aprender a boxear o cortar el pasto. El mundo sigue dividido en femenino y masculino, pero hombres y mujeres pueden elegir entre vocaciones que encarnen su propia identidad de género o no.

Es interesante señalar que si bien la idea de *vocación* sugiere la elección profesional, como término en sí, casi no es mencionado en los relatos de las entrevistadas. Tampoco se encuentra presente en quienes suscribieron los motivos de la elección de la medicina a otros momentos de la vida. Aquí, destaca la adolescencia, es decir, en la preparatoria, cuando se sabe que se va a ir a la Universidad y se elige según las afinidades o los placeres intelectuales. En este sentido, muchos de los relatos aluden a motivos científicos como “querer conocer el funcionamiento del cuerpo” y al gusto por las ciencias biológicas y de la vida y también, por cuestiones “casi mágicas” como lo expresa la Doctora Vicky en su relato:

“a mí me gustaba mucho las ciencias biológicas. En la preparatoria, me encantaba la biología y tenía un maestro de biología muy bueno y en alguna ocasión él me preguntó que qué quería estudiar y yo le dije que yo quería ser bióloga, que me iba a ciencias ¿no? Y de repente me dijo—me llamo Victoria, me dice “Vicky (dice) tú eres para medicina” no sé qué me vio, porque realmente nunca lo he podido averiguar, pero en ese entonces varios compañeros de la preparatoria pues querían hacer medicina y así elegí, en forma muy... ¿Cómo le diría yo? Pues hasta casi mágica”

Es interesante remarcar que de las mujeres que hemos entrevistado, ninguna expresó que eligió la medicina por mandato familiar –aunque hubiera algún médico en la familia- y sí, casos como el de la doctora Olga, quien entró a medicina “por casualidad”:

“yo no sabía que iba a estudiar medicina, para mí fue un poco la suerte, pero ya cuando me quedé en medicina—yo quería estudiar biología experimental y cuando fui a hacer mi inscripción mi nombre es poco común entonces la chica que estaba capturando se equivocó en todo y cosas así, yo ponía como primera opción biología y segunda medicina porque decía: “O me quedo en biología o no me quedo en nada”, yo ya estaba estudiando química. Entonces la chica se equivocó y me dijo: “Ay no te preocupes en medicina nadie se queda...”

Y por último, un motivo que *a priori* hubiera pensado que iba a ser más frecuente, pero lo dieron sólo tres de las entrevistadas: “ayudar a los demás”. Para una de ellas, el altruismo iba de la mano de cierto compromiso político ideológico, donde lo que buscaba era estudiar medicina para cambiar el mundo (Doctora Susi K). Otra de ellas, médica del Hospital de Pemex, se especializó en medicina familiar y más específicamente, en cuidar la salud de los ancianos, porque lo que ella disfrutaba era “escucharlos, apapacharlos, ayudarlos”. Por último, una joven médica ginecóloga (Doctora Suza) recordaba que cuando su padre le preguntaba por qué quería ser doctora, ella respondía “es que... yo nada más quiero ayudar a la gente”.

Si hasta aquí los motivos son variados, se afincan en deseos, ideologías o gustos intelectuales: desde quienes supieron “desde siempre” que querían ser médicas, hasta quienes quedaron “por casualidad”. En ningún relato surge el término “vocación”, aunque la idea de vocación tal como la plantea Bourdieu, puede ayudar al análisis de muchas de estas elecciones. Lo cierto es que los motivos son variados y muchas veces, se descubren en la misma narración. A continuación, veremos que, al momento de elegir la especialidad –un momento posterior de la trayectoria laboral- las motivaciones parecen estar más vinculadas a intereses pragmáticos, negociación de intereses con la pareja, oportunidades, etcétera.

Las Especialidades: conciliación, gusto o descarte.

Como planteamos en el capítulo anterior, una de las características de la profesión médica es que se trata de una profesión cuya segregación tanto vertical como horizontal de género es notable. En lo relativo a las especialidades médicas –que entran dentro de la segregación horizontal- hemos podido dar cuenta de tres situaciones: especialidades¹²⁴ donde hay paridad, especialidades con una clara presencia femenina, especialidades con una clara presencia masculina¹²⁵. Dada esta situación, me parecía de vital interés conocer los motivos por los cuales las mujeres que entrevisté habían elegido su especialidad. Así, he clasificado los motivos esgrimidos en tres grandes grupos: la elección de la especialidad por el interés de hacer compatible la vida profesional con la familiar; la elección de la especialidad por motivos intrínsecos de la misma; y otros motivos.

¹²⁴ Aquí con especialidad haré referencia al ámbito específico de la medicina al que se dedican las mujeres, tengan o no el título de especialistas, que se da, por lo general, después de realizar la residencia o con estudios de maestría y doctorado.

¹²⁵ Ver Tablas X y XI, capítulo 3.

Dentro de quienes eligieron la especialidad para “compatibilizar”, me interesa destacar que dos testimonio de doctoras quienes dejaron la especialidad que habían elegido en un principio –Urgencias, en ambos casos- porque es considerada la más incompatible con la maternidad. La doctora Sisí, médica del Instituto Nacional de Pediatría, lo describía así:

“yo entré a trabajar aquí a Urgencias, originalmente, que es lo mío. O sea, lo mío, lo mío era la urgencia, pero después de dos años y cachito yo quería un tercer hijo—en urgencias salía tarde, ninguna escuela me los iba a tener hasta tarde, mucho estrés y dije “no” y me cambié aquí a la consulta externa que me queda muy bien”.

Otra doctora del Instituto Nacional de Rehabilitación, la doctora Margot, cuenta cómo experimentó su encrucijada al momento de quedar embarazada y entrar a la Residencia:

“Mi hija iba a nacer en la primera quincena de marzo y la residencia se inicia en el primero de marzo, entonces, dije “es que qué puedo hacer” “no, pues lo más que podemos hacer para ayudarla es darle su primer periodo vacacional los primeros 15 días, pero van a ser solamente 15 días” dije “¿qué voy hacer yo con 15 días?” con una bebé recién nacida, en una ciudad diferente, dije “no, pues no estoy dispuesta tampoco...” ni a dejarla ni con mi mamá, ni con mi suegra y nosotros venirnos ¿no? dije “pues ni modos” no fue opción ese año y no fue. Pero bueno, finalmente las cosas te van conduciendo de una manera que tú no comprendes en ese momento.”

Mientras que en el primer testimonio la decisión parece algo más madurado y reflexivo, en el segundo se pone de manifiesto más la idea del destino, de la coherencia a la hora de evaluar la experiencia pasada -tal como lo plantean Scott (1996) y Díaz (1997)-, ya que la decisión final –no haber hecho la residencia en Urgencias y haber elegido otra especialidad- parece un acontecimiento fruto del destino, “las cosas te van conduciendo”, lo cual contribuye a ocultar los constreñimientos que el orden de género impone: el “nosotros” hace referencia a su pareja de entonces, que no tuvo que abandonar la residencia y la especialidad elegida por el nacimiento de la bebé. Esto nos muestra al grado en que las trayectorias son experiencias encarnadas, que no pueden ser entendidas sin apelar a la dimensión corporal y genérica.

También hicimos referencia a elecciones más relacionadas con las cualidades específicas de la especialidad elegida. La doctora Rosa, cirujana pediátrica en uno de los Hospitales de Médica Sur, contó que, desde el segundo año de la carrera, donde se hacen prácticas con conejos, ella decidió que le gustaba la cirugía, pero la de niños, ya que la de adultos siempre le resultó “cruenta”. Así que, al finalizar sus estudios, no lo dudó: averiguó cuál era el proceso -en México se hace pediatría y luego de un año, cirugía, al revés de Estados Unidos, donde se comienza con un año por cirugía y luego se rota a pediatría-, se presentó a los exámenes y comenzó con su entrenamiento para dedicarse a la cirugía pediátrica.

Queda claro que la cirugía a veces es una elección que implica nuevas elecciones, sobre todo dada la sobre-especialización de la medicina en la actualidad (Carrera, Enrí, & D'ottavio, 2004). La Doctora Kía cuenta cómo fue su recorrido:

“Entonces, decidí que me gustaba una actividad quirúrgica, porque pues era lo único que podía resolver rápido a un paciente, ya que la medicina en general pues tiene muchos problemas, estas en función de que los pacientes tomen el tratamiento y es muy cansado, no depende tanto de ti y las satisfacciones profesionales las ves poco, porque generalmente se te mueren ¿no? entonces, por eso, decidí una actividad quirúrgica. Y como no me gustaban las tripas, pues prefería algo más limpio, como la cirugía ortopédica.”

Es interesante ver, tal como lo plantea Joan Casell (1998) en su etnografía sobre los y las médicos cirujanos, que la subespecialidad o ámbito de la cirugía elegido, se relaciona muchas veces con la parte o secreción del cuerpo más tolerable o que menos asco produce. Casell transcribe los comentarios de los cirujanos, que decían haber elegido tal o cual subespecialidad por su tolerancia y/o aversión a la sangre, los mocos, la mierda, etcétera. Así, la doctora Kía se refiere a los huesos como una parte “limpia”. Lo que pone de relieve todo esto es cómo, tanto en relación con el paciente como con el cirujano mismo, se trata de un trabajo donde el cuerpo, el contacto, sus fluidos, la desnudez, tienen una centralidad que no puede ser subestimada.

Otro ejemplo interesante es de la Doctora Fabiana, neurocirujana del Hospital Ángeles. En su estilo parco, explicó que:

“yo quería ser cirujano, cirujano en qué, pues uno piensa, gastro, cardio, plástico... neuro, claro. Cuando pasé por la materia de neurología, porque no empezamos por neurocirugía, empezamos por neurología, entonces ahí me gustó”.

Mientras que la cirugía de “gastro” le parecía fácil, su admiración por todo lo que sabían los neurólogos la inclinó a elegir esta difícil especialidad que le demandó un año de residencia en cirugía general, cinco años más en neurocirugía y uno más en pediatría –ya que si bien opera a adultos, también está preparada para ser neurocirujana pediátrica.

En estos ejemplos, el gusto por la cirugía se expresa en la idea de “recomponer” y la satisfacción de curar. Es interesante cómo esta misma idea va dando lugar a opciones diferentes: así por ejemplo, la Doctora Soledad, egresada de la UAM-Xochimilco -que tiene en su currícula un contenido más social- cuenta que a ella le fascinaba la idea de “componer a la gente, como cuestión meramente física” y por eso creía que iba a elegir ortopedia, pero luego se dio cuenta que eso de lo “meramente físico” no alcanzaba, lo que comenzó a sentir durante el servicio social en unas comunidades en Chiapas:

“La ortopedia ya en ese camino fue quedando...bueno, todavía durante el servicio más o menos la conservé y el modo de conservarla fue que, cerca de Palenque, como a tres kilómetros está el DIF¹²⁶. Entonces en los ratos o en los fines de semana en que no estaba en Casa de la Mujer me iba al DIF y *entons (entonces)* pues allá fui aprendiendo algo de terapia física”

Y de la idea de “componer huesos y tendones” fue derivando a la terapia física, la rehabilitación y luego, a realizar su maestría en Rehabilitación y Neurodesarrollo, especialidad que ejerce hoy día en el Instituto Nacional de Pediatría, donde pude observar cómo, ella y sus colegas, realizaban observaciones y pruebas de reflejos a los recién nacidos que, sospechaban, tenían algún tipo de deficiencia en el desarrollo que de ser detectado a tiempo, puede ser subsanado. Mientras, en otros casos, los motivos de la elección de especialidad están relacionados con el anhelo de “ayudar”:

“¿Por qué la psiquiatría? Porque siempre me ha gustado—la medicina por sí sola es muy noble, y la psiquiatría es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades ¿no? porque me encanta escuchar a la gente, soy muy de escuchar, de tratar de ayudar un poquito, dar una palabra de aliento, ayudar a la gente en muchos sentidos y creo que eso no lo pagas con nada ¿no? (*silencio*) Yo en ese sentido creo que soy bastante noble y mucho de ayudar a los demás ¿no? y lógicamente bueno, esta carrera creo que tiene todo, a mí me encanta mi chamba (*trabajo*) me pagan por hacerla, lo disfruto, me divierto mucho y sobre todo tengo la oportunidad de hacer algo por lo demás.”

Esto decía la Doctora Mecha, una mañana de sábado, en su consulta de la calle Tuxpan, en la Colonia Roma de la ciudad de México, consulta que combina con su trabajo en un hospital del ISSSTE y sus asesorías psiquiátricas a “empresas y medios de comunicación”. Y es interesante porque ella resalta lo de “escuchar a la gente”, que es uno de los aspectos que son considerados como “femeninos” de la práctica médica y que más en déficit se encuentra en la actualidad, en una medicina que muchas de las entrevistadas no dudan en catalogar como “deshumanizada”. La cuestión de la escucha, del tiempo disponible para la consulta, del modo de comunicar y sostener la parte emotiva de la relación con los pacientes, ha sido denominada *caring* (por oposición al *curing*, relacionado con las habilidades técnicas). Según algunos trabajos, es una de las características de la práctica médica femenina que, si bien resulta central en la valoración del trabajo por ejemplo de los médicos de familia, no es valorado como una habilidad o aptitud profesional de parte de las propias doctoras (Delgado & Ortiz Gómez, 2003)

¹²⁶ DIF: Desarrollo Integral de la Familia.

Es interesante destacar que en estos casos -que traje a cuenta para mostrar elecciones de especialidad vinculados a gustos por las cualidades de la especialidad en sí- ninguna de las doctoras tiene hijos.

En muchos otros casos, los motivos de la elección de la especialidad no están tan claramente vinculados a la intención expresa de hacer conciliables el trabajo y la familia, ni tampoco a un gusto puntual por la especialidad, sino más por las circunstancias, oportunidades, consejos de maestros y jefes, etcétera. Así, la Doctora Susi K, genetista del Hospital General, me contó que ella eligió pediatría, pero era “muy mala en el trato con los pacientes”, lo que era obvio para ella y su mentor, que entonces la instó a viajar a París, brindándole una gran oportunidad de formarse en lo que -en los años sesentas- eran los incipientes estudios de enfermedades infantiles vinculadas a la herencia.

Por otra parte, las palabras de la doctora Olga muestran la lógica de elección por “descarte”, al mismo tiempo que nos devuelven al análisis de Joan Casell (Casell, 1998) sobre los cirujanos, análisis que busca poner de relieve la dimensión corporal e incorporada de los saberes profesionales, que, insistimos, se traducen en trayectorias profesionales que son, al mismo tiempo, itinerarios corporales, de un cuerpo entre otros cuerpos, que tienen que tocarse e interactuar:

“Cuando vas a escoger la especialización y dices: “No, pues a qué me meto” primero te metes a lo que menos te desagrada, o sea, cada quien tiene así como su “ay no! esto yo no lo quiero”, desde el que con los de psiquiatría dijo “No, es que yo me sentí súper incomoda porque me estaban viendo todo el tiempo y no sé qué...”, desde el que dice: “No, yo no quiero estar viendo vaginas todo el tiempo” o “Yo no quiero estar en medicina interna porque huelen horrible” ¿no? o “Yo prefiero no tocarlos y entonces prefiero hacer oftalmología” ¿no?”

Resumiendo, en los relatos de las entrevistadas, los motivos de elección de una especialidad médica pueden dividirse en: la búsqueda por hacer compatible la práctica profesional con la vida familiar –abandonando, por ejemplo, la residencia en Urgencias-; por las propias características de la especialidad – y dentro de la cirugía, por la subespecialidad-; por las oportunidades que se ofrecieron o simplemente por descarte. Si ponemos a dialogar estos distintos motivos con las marcas de género de las especialidades, encontramos que es el primero de los motivos el que se relaciona de manera más directa con las especialidades médicas connotadas como más femeninas –lo que hace también que sean las especialidades más feminizadas.

Etapas de las trayectorias a través de las experiencias.

“Hay cosas que nos hacen ser más sensibles, hay otras que nos hacen ser más temerosos, hay otros que nos hacen ser más atrevidos, entonces, definitivamente aquí vale mucho la experiencia, el hacer, el hacer, el ver, el ver, entre más, más aprendes, y todavía me queda yo creo un trayecto muy largo, entonces, me voy hacer una experta al final del camino” Dra. Amalia.

Estas palabras de la Doctora Amalia, una joven ginecóloga a quien entrevisté en su consultorio privado de la Colonia Buenavista, sintetizan mejor que mis propias palabras el objetivo de este apartado: traer a cuenta las experiencias de las médicas, como momentos de sus biografías que enlazan, encadenan pero también anclan o convierten en bisagras, los diferentes momentos de las trayectorias profesionales.

He recurrido a la idea de *experiencia* porque al escucharlas, era frecuente el recurso a contar una “experiencia” como modo de transmitir el por qué de ciertas elecciones o sentimientos que de haber requerido una explicación hubieran producido un derroche de palabras sin efecto. La experiencia, en el sentido de los actores del campo, es un suceso que habla por sí mismo, que enseña, y que también, habla de la persona -o las personas- que lo protagonizan. Al decir de otra joven médica entrevistada, la doctora Liz:

“en todas las áreas de la medicina, yo creo que todos, y no tenemos una, yo creo que tenemos muchas, muchas experiencias negativas, pero... pues yo creo que también depende tú cómo lo veas, y a lo mejor lo agarras como experiencia, para que no vuelva a sucederte nuevamente lo mismo”

A continuación, entonces, iré hilvanando diferentes experiencias que me han sido narradas para poder expresar los momentos más importantes de las trayectorias de las mujeres en la medicina.

Época de Estudiantes: en clase.

La Doctora María Violeta, médica generalista del hospital de Inguarán, salió del tono monocorde de la mayor parte de la entrevista –debido, según explicó, al cansancio, pues la noche anterior había estado de guardia- y se puso a rememorar con mezcla de humor y nostalgia, los tiempos en que -en la década de los sesentas- decidió cambiarse de la Escuela de Medicina del Politécnico a la Universidad (la UNAM):

“Entonces, ese año tenía una compañera que su papá era maestro del Poli, de medicina, y nos metió así (el Dr. Chávez) entramos tres ¿sí? La Dra. Chávez, otra amiga Josefina y yo. Hicimos el examen, lo pasamos y ya estábamos adentro, pero pues nosotras veníamos de un colegio de monjas y entonces para mí fue muy impresionante porque, yo no tengo que hablar del Politécnico, es una excelente escuela, tiene muy buena enseñanza, pero la gente que estaba ahí eran casi puros alumnos que eran del norte, norteros ¿sí? Entonces, pues lo molestaban a uno. Había uno, que me acuerdo que me impresionó muchísimo, porque llegaba así, con sus chamarras de cuero de Tamaulipas y su sombrero, y llegaba y se sentaba junto a mí, y empezaba a limpiar su pistola, entonces yo así ¿no?, junto, yo ya quería que se acabara la clase porque él estaba limpiando su pistola. O se sentaba atrás y empezaba a golpearme la banca (**MP**: ¿molestaban a todos o nada más a ustedes las mujeres?) no, a nosotros, a las mujeres ¿sí? Y más o menos... pues estaba la Dra. Paquita, estaba la Dra. Lety ¿no? entonces sí nos molestaban mucho ¿no? Entonces, claro que había otros que nos cuidaban ¿no? pero había de todo. Entonces a mí no me gustó el ambiente que había porque no podías platicar de... pues de cultura, de otra cosa más que de... te platicaban que el rancho que no sé qué y que allá, y que las marranas y que... entonces todo eso hizo que yo no estuviera a gusto, estudié—me eché ahí pues hasta el cuarto, quinto año de medicina (**MP**: muchísimo) ¿sí? Entonces yo hice mi examen para la Universidad y me cambié, pero empecé desde abajo, o sea no revalidé materias, empecé primer año de medicina, que me pareció fabuloso, se me hizo fácil, ya venía yo preparada de acá... era otra cosa totalmente: la Facultad, otra cosa los compañeros, otra cosa ¿no? entonces a mí la Universidad me encantó, como que cuando goza uno esa época de estudiante, cuando te echan a volar como que no te quieres ir, dices “¿ahora qué hago? ¿Qué voy hacer?” ¿No? porque ahora es ir a buscar un trabajo, ir a ver qué haces con tu carrera ¿no? pero la vida de estudiante de la UNAM es preciosa, preciosa ¿sí? Es una época que hay que vivirla porque no vas a volver a vivir otra vez.”

En gran parte de los relatos de las doctoras que estudiaron en la universidad hace más de dos décadas, hay nostalgia por un momento de la vida asociado a la juventud. Y las anécdotas que denotan muchas veces, como veremos más adelante, discriminación y misoginia, son recordadas con humor y cariño, como parte de una ingenuidad perdida. El “compañero nortero” que les pegaba a las mujeres en el banco, pero también el profesor que obligaba a las mujeres a asistir a sus clases con falda (como narró la Doctora Margot) o el que les preguntaba que por qué estaban en su clase en lugar de estar en su casa, atendiendo a sus padres y hermanos (entrevistas a las Doctoras Ivana y Sandra), son lugares comunes en estos relatos. Sin embargo, nunca son descritos como sucesos discriminatorios, sino divertidos, anécdotas de época, notas de color. Algo diferente ocurre cuando el relato de los tiempos de estudiante es más reciente. En esos casos, el relato de la experiencia es más crítico y menos idealizado.

Así, la Doctora Olga, que estudió en la UAM- Xochimilco, a finales de la década de los noventa, en una pausa de su trabajo de médica en la asociación donde trabaja sobre la salud de los transportistas (la mayoría hombres), en las cercanías del metro Etiopía, me contaba de un profesor con el que había tenido un problema en la presentación de un trabajo. El profesor la reprobó, pero ella se dio cuenta que él no estaba actualizado, pidió una revisión y con la intervención de otros profesores, pudo aprobar el trabajo y la materia. El primer profesor —que la

reprobó-, y muchos otros, no le perdonaron nunca que ella, con su actitud, se saltara las jerarquías:

“para mí eso fue lo más complicado porque sí me enfrenté con profesores de los que dicen que “yo soy Dios y los demás pueden aspirar a ser cualquier cosa...**MP:** ¿Hay muchos, hay muchos de esos profesores? **O:** Sí, y son gentes que están a niveles directivos institucionales que una cuestión colateral es dar clase que, o sea, a mí sí me parece que no tienen mucha vocación docente. Y se creen Dios”

La mala experiencia con ese profesor fue la que le hizo vivir “en carne propia” ese elemento que ella percibía, pero no podía llegar a expresar antes, y era la cuestión de la jerarquía, de la que aún hoy reniega y critica en la profesión que sin embargo, ejerce a diario.

Entre el recuerdo de los tiempos dorados de la universidad y la crítica a los docentes por creerse que son “Dios” hay notables diferencias, donde el paso del tiempo es un elemento clave. Otra cuestión que me resulta interesante mencionar -algo que, si bien no trataremos en profundidad, en estudios posteriores quizá deba ser atendida- es la referida a los distintos estilos dados por las diferentes escuelas de Medicina¹²⁷. En el relato de la Doctora María Violeta, se hace referencia al tipo de gente que estudiaba en el Politécnico y en la UNAM-. En la actualidad, y según los relatos de nuestros entrevistados, las diferencias más importantes se dan en el tipo de enseñanza entre la UNAM (el modelo más clásico, donde las materias troncales son las clásicas Anatomía, Fisiología, Patología, Farmacología, etcétera) y el de la UAM-Xochimilco, de tipo modular y con mayor contenido social¹²⁸.

Estas diferencias se vuelven centrales en un hecho que en la mayoría de los relatos de los tiempos de estudio está narrado como un momento fundamental y bisagra del entrenamiento médico: la clase de anatomía frente a un cadáver. Mientras que en la mayoría de las escuelas de medicina esto es un paso obligado en los primeros años, escuelas como las de Xochimilco nunca exponen al estudiante ante el cadáver, insistiendo más bien en la idea de que el proceso salud enfermedad es un proceso biológico y social, por lo que es más importante ver al sujeto vivo e inmerso en su medio social, que aprender las partes del cuerpo con un cadáver.

¹²⁷ Para más, véase: (Domingo Vázquez, 1992)

¹²⁸ También se hicieron menciones a las diferencias de calidad en la enseñanza, donde sigue siendo notorio el prestigio de las escuelas públicas de medicina vs. las privadas; aunque dentro de estas, La Salle y Anáhuac son consideradas buenas (todo esto en base a los dichos de nuestras entrevistadas) Para más sobre esta cuestión véase Nigenda y Ruiz (2010).

El relato de la Dra. Vicky, quien estudió en la UNAM a finales de los sesenta, es un buen ejemplo de la experiencia del cadáver como divisorio de agua, como especie de bautizo de fuego de los “sirven para ser médicos”:

“ [...]entonces bueno, yo me pegué con mis amigos, nos fuimos a la Facultad de Medicina. Debo de reconocer de que ¡bueno! Yo llevaba una taquicardia, porque además ese concepto mágico era casi, casi, si no te desmayabas al ver el muerto servías para ser médico, pues imagínese. Entonces pues ahí vamos muy chicos todos a la Facultad, y pues cuando llegamos al área de anatomía y empezamos a ver a los cadáveres, además pues si es impactante porque están refrigerados, por el color que tenían, porque sabíamos que habían sido humanos ¿verdad? De repente pues ya no lo ves, nunca en mi vida había visto un muerto, nunca, nadie de nosotros, entonces casi estábamos esperando a ver si nos desmayábamos o quién se nos desmayaba de los amigos ¿no? Por fortuna, ninguno nos desmayamos, irónicamente salimos muy contentos de ahí porque dijimos “¡ah sí! Si servimos para médicos”.

Quisiera detenerme un poco en esta cuestión porque me parece importante por varias razones. En primer lugar, la experiencia ante el cadáver puede ser considerado como un rito de iniciación o de paso, más que en el ciclo vital, en la carrera. Si los ritos de paso tienen como objetivo marcar o modificar la condición social del sujeto iniciado, en este caso se trata de marcar su entrada al mundo de la medicina. Ya no es un niño/niña, ni un estudiante cualquiera, es uno especial, pertenece –aunque no del todo aún- a una comunidad distinguida por el atributo de su acostumbamiento-cotidianeidad-manejo de la enfermedad y la muerte. El símbolo del ritual aquí es el cadáver, que representa a la muerte. Visualizar, enfrentarse, manipular el cadáver sin desmayarse es mostrar que se pertenece a un grupo que es diferente al resto, por eso, este tipo de experiencia puede entenderse como rito de paso o una novatada, bautizo de fuego o hecho dramático que expresa la iniciación a un nuevo mundo (Anta Félez, 1997; Turner, 1988).

En segundo lugar, que se trate de un cadáver no es una cuestión menor. De modo muy crítico, la doctora Olga decía que ella creía que esa costumbre del cadáver es parte de una formación que todo el tiempo enseña a “cuadrar las emociones”. En este sentido, me parece interesante contrastar lo que decía la Doctora Vicky sobre el momento en que vio por primera vez un cadáver, a otro momento en el ex manicomio de La Castañeda¹²⁹, en que se enfrentó al “dolor humano”:

“o sea yo no me desmayé viendo a un cadáver, pero me impactó tanto, tanto ese dolor humano ese... que dije “no, no voy servir para ser médico” y me impactó tanto que además siempre me dije en mi carrera: algo que me queda muy claro es que yo no voy a ser psiquiatra... terrible”

¹²⁹ La Castañeda era un hospital psiquiátrico fundado por Porfirio Díaz, que funcionó en la colonia de Mixcoac hasta 1968. Para ver más sobre su historia, son muy recomendables los trabajos de Cristina Rivera Garza (2002) y Cristina Sacristán (2002).

El contraste me parece sugerente porque deja abierto el interrogante: ¿qué es lo que sirve para definir si uno sirve para médico o no? ¿No desmayarse ante un cadáver o enfrentar el dolor humano?

El Internado.

Otro de los momentos cruciales de la formación médica (en su tipo clásico) es el internado de pregrado. El internado es una parte de la formación práctica del estudiante de medicina, que se da en hospitales y centros de salud¹³⁰.

La Doctora Lía¹³¹, una médica que se dedica a la ginecología desde un trabajo de mucho contacto con la comunidad y las ONG's de derechos sexuales, recuerda con hastío uno de los, según ella, muchos malos momentos que pasó durante el internado en una clínica del IMSS, donde todo el tiempo se ejercía el poder contra el “eslabón más débil”, que eran, según ella, los internos – a quienes llamaban los “saca chambas”. Además del cansancio y las presiones, ella sufrió dos guardias de castigo y una de ellas se la aplicaron por llegar tarde:

“yo estaba en pediatría, me toco quedar *ambú*¹³²—no había ventilador entonces el bebé estaba recién nacido, estaba entubado y le estaban dando el *ambú* a determinada presión y a determinados tiempos. Yo ya llevaba una hora, ya tenía los brazos acalambados, no llegaba la ambulancia de terapia intensiva, cuando llegan, trasladan al bebé a La Raza¹³³, me voy a La Raza y allá me dejan ¡o sea, me dejan, yo sin dinero! —o sea, como la ambulancia era de ahí pues no me podían regresar ¡nadie! O sea, yo estando en La Raza. Ya era cambio de turno (era como las 6, 7 de la mañana), porque aparte, tuve que entregar a la paciente, dar el reporte. Terminó, lo entuban—afortunadamente todo estaba bien- pero yo me quedo sola. Voy con el director así como “¿Qué hago?” ¿No? Como sea, me dieron dinero. Me regreso, llegué como a medio día (porque era mucho trayecto) y me castigan. Me castigan (**MP**: ¿por qué?) pues porque no estaba en mi turno, así de absurdo, me castigaron. Así, ahorita yo digo “¡cómo fue! ¡Cómo me dejé!” Era estudiante y no tenías derecho a nada”.

Mientras que en muchos casos, en el internado se define la elección de la especialidad a seguir –por las rotaciones entre los diferentes servicios hospitalarios- en otros casos la experiencia es tan traumática que -como en el caso de Lía- re orienta la trayectoria profesional hacia lugares

¹³⁰ Según el Programa Académico Teórico Práctico 2013, para el quinto año de la Facultad de medicina de la UNAM: “El Internado Médico, es una etapa eminentemente práctica en la que el alumno es parte del equipo de salud de la institución, con los derechos y obligaciones que esto implica. Durante este año integra todos los conocimientos adquiridos y los aplica al ser responsable del cuidado del enfermo bajo la asesoría, supervisión y evaluación de sus profesores en áreas de hospitalización, consulta externa y comunidad.” (P. 9)

¹³¹ Para cada momento de las trayectorias elegí uno o dos relatos que eran lo que me parecían más consistentes a la hora de fundar el argumento. Esto quiere decir que el caso de Lía aquí no es excepcional, sino el que mejor se ajustaba a lo que mi análisis quiere demostrar.

¹³² Balón de goma que sirve para pasar oxígeno.

¹³³ La Raza es un importante hospital de alta complejidad del IMSS.

en principio considerados no tradicionales en el ejercicio de la medicina: práctica fuera de la clínica –laboratorio, investigación, educación, gestión- o fuera del ámbito hospitalario.

El servicio social.

El servicio social es un programa obligatorio que todos los egresado/estudiantes de las carreras universitarias deben cumplimentar. Se trata de una estancia en una institución realizando prácticas profesionales pero que al mismo tiempo se conciben como una forma de compromiso social y retribución a la sociedad por los estudios recibidos.

En el caso de los graduados en Escuelas de Medicina, por lo general consiste en una estancia en un servicio de salud de una zona periférica y/o marginal, con escasos prestadores de salud¹³⁴. Para aquellos que habiendo vivido toda su vida en la Ciudad de México, muchas veces se trata de la primera experiencia fuera del hogar, fuera de la ciudad y en contacto con situaciones sociales que la mayoría de los hijos de la clase media que concurre a la universidad, no suelen frecuentar. Por ello, en muchos de los relatos, la época del servicio social es narrada como un parte aguas, un tiempo y lugar donde se vivieron experiencias conmovedoras o que cambiaron, de algún modo, la trayectoria profesional.

La Doctora Romina cuenta su experiencia como parte de una campaña de vacunación en el pueblo de San Miguel Canoa¹³⁵, en Puebla. Dados los antecedentes del pueblo, ella y sus compañeros iban con mucho miedo y por eso, se tardaban muchísimo en explicarle a la gente los beneficios de la vacunación. Allí, se contagió de un virus que la tuvo mal mucho tiempo –entre otras cosas, perdió el pelo- pero, como satisfacción, cuenta que se pudo recuperar de todo eso, del miedo, de la enfermedad y que todas estas experiencias la hicieron “más fuerte” y no lograron sacarla de su meta de convertirse en médica.

El servicio social también fue toda una experiencia para la doctora Olga, quien en Chiapas empieza a:

¹³⁴ En el caso de egresados de otras carreras, el servicio social es más que nada un requisito burocrático que implica trabajar un tiempo en alguna dependencia estatal o privada, en la ciudad.

¹³⁵ El pueblo es trágicamente conocido porque la noche del 14 de septiembre de 1968, y tras las advertencias del cura del pueblo, 5 personas de la Universidad de Puebla, que se encontraban parando allí, fueron señalados como un peligro comunista y linchados. Los sucesos se inmortalizaron unos años después, con la película *Canoa*, de Felipe Cazals.

“abordar la parte de la salud desde la cultura y eso es también muy interesante. Entonces empiezo a enfocarme en el trabajo con grupos indígenas y a entender cómo la cosmovisión, la cultura... y después cuando regreso a la ciudad, al trabajo donde estoy ahorita con hombres, pues traigo todo ese bagaje, qué pasa con el género, qué pasa con la cultura, qué pasa con la percepción de la salud, del cuerpo”

Esta experiencia hizo que ella eligiera no realizar ni el internado ni la residencia y en su lugar, estudiar una maestría en “Desarrollo Rural”:

“Entonces cuando a mí me plantean—yo fui la última generación de la Universidad que tenía de opción hacer o no el internado- cuando me dicen “¿Quieres hacer el internado?” yo dije no, no, no, yo no quiero a mí no me gusta, no lo voy a soportar ¿no?”.

En muchas de las entrevistas, yo les pedía al final que me contaran alguna experiencia profesional que recordaran con cariño, como muy gratificante (y otra que fuera una experiencia dolorosa y de las que uno espera no volver a vivir). La doctora Olga, compenetrada en el relato de su experiencia en Chiapas, contó:

“Fue en Chiapas, un lugar que hablaban tzeltal y comunicarme con la mujeres para mí era así muy difícil ¿no? [...] Entonces llega un día una señora y se pone a hablar, le digo: “Espéreme, espéreme, espéreme ¿no?” Entonces voy así por un señor que él sí hablaba español y hablaba tzeltal, entonces voy “Por favor ayúdame, ¿no?” ya va, entra, como era su compadre de la señora no había bronca ¿no? Entonces ella se pone a hablar: se echó tres horas hablando y yo así sin entender nada ¿no? de repente le digo: “Pero qué dijo” me dice: “Es que le duele la cabeza” y yo así “¿Qué!? Pero cómo si te habló tres horas, no puede ser que sólo le duela la cabeza -le digo- pero qué te dijo ¿no? Cuéntame ¿no?” Entonces ya me empieza a contar y entonces ya descubro que en realidad la señora tiene un problema y que a raíz de ese problema no duerme, no come bien y entonces por eso le duele la cabeza ¿no? y la señora no se espera a que yo le diga nada, se para muy contenta, da las gracias y se va ¿no? y yo así de “Pero entonces a qué vino ¿no?” “No pues es que ella lo que quería era hablar y yo así de ¡ay! ¿no? Entonces es como muy... llega un momento entre desesperación y entre entender al otro porque era bien complicado porque dices, bueno, finalmente como mujeres luego te pasan tantas cosas que no puedes decir y el espacio de la salud, el espacio de, sí ahí era el consultorio, es como un lugar en donde puedes decir todo. A ella no le importaba que yo le dijera nada...”

Otra vez se hace presente este aspecto del *caring* que ya mencionamos y es, por lo que cuentan las doctoras que he entrevistado, tan frecuente en su práctica profesional: “el escuchar”. En las palabras de Olga, su aporte principal a la mujer tzeltal que la visitó en la consulta, parece haber sido ése: escuchar, prestar atención, estar allí. Si ella rememoraba esa experiencia como gratificante y de gran contenido pedagógico para su futuro laboral, la experiencia de la Doctora Paula, sintetiza su experiencia en el servicio social en Huichapán, Hidalgo, como la “más triste y grata que recuerdo en mi práctica como ginecóloga”:

“Ahí conocí a Julieta, una mujer soltera de 20 años, con un embarazo gemelar. Le cuidé todo el embarazo pero desde la semana 30 comenzó a subirle la presión arterial, por lo que tuve que tenerla en estrecho monitoreo y viéndola frecuentemente en consulta. Cuando se desarrolló una preeclampsia tuve que referirla a Pachuca porque yo no contaba en Huichapan con terapia intensiva ni de adultos ni de neonatos y al ser una preeclampsia severa de un embarazo prematuro requería de ambas terapias. La referí. Me

informaron que todo había salido "bien". Varias semanas después se presentó en mi consultorio su mamá, quién siempre la llevaba a consulta, traía en los brazos a dos bebés, dos mujeres, las hijas de Julieta, me miró y con los ojos llenos de lágrimas me dijo "Doctora: Julieta murió en Pachuca por complicaciones de la preeclampsia, le traigo a sus hijas, se llaman Julieta y Paula... Paula, como yo, imagínate...".

La residencia o "los años del cautiverio".

Después del servicio social, la trayectoria más frecuente continúa con la residencia. La residencia se convierte en el entrenamiento obligatorio para aquel que quiere seguir una especialidad clínica. Demanda muchos años –entre tres y seis-, se entra por un examen nacional (ENARM¹³⁶) e implica una serie de años de trabajo duro, bajo un régimen que muchos no dudan en caracterizar como militar. Los residentes reciben una paga escasa por el trabajo que desempeñan (no es salario sino beca), trabajan en jornadas excesivas y están expuestos a una rígida jerarquía – el eslabón más bajo es el R1 (residente de primer año)- donde la explotación laboral y los maltratos están a la orden del día (tanto para hombres como para mujeres, aunque luego veremos esto con mayor detenimiento). Sin embargo, todo esto no es en términos generales, problematizado por los profesionistas, sino considerado como normal y necesario para “templar el carácter” y hacer buenos médicos. El nivel de exigencia de la residencia tiene que ver en gran medida con la especialidad elegida, siendo que, para el caso de los que eligieron alguna especialidad más vinculada a las cirugías, las experiencias de la residencia son más duras y traumáticas. Pero siempre, la residencia es una “experiencia” en el sentido de cómo venimos considerando el término.

Es interesante pensar el lugar de los residentes como un lugar *liminar*. Este término ha sido utilizado por Víctor Turner (1988) para describir uno de los momentos del proceso ritual, momento en el cual, luego de la separación del grupo o estatus que tenía antes de comenzar el ritual, el individuo se encuentra en un estado de ambigüedad: ya no posee los atributos del pasado, pero tampoco los que va a tener al final del ritual. Turner precisa, además, que en el momento *liminal*, el individuo tiene un comportamiento pasivo, humilde y obediente. La *liminalidad* de la residencia médica estaría en el estatus de ambigüedad: ya no se es un estudiante, pero tampoco se es completamente un médico, no se está aquí ni allá y para pasar al nivel más

¹³⁶ El ENARM es el examen nacional de aspirantes a residencias médicas, que se aplica desde 1977 y es llevado a cabo por la Comisión Interinstitucional de Recursos Humanos de la salud (CIFRHS), es para 24 especialidades de entrada directa -o troncales-, llamadas así porque su acreditación abre las puertas a otras 59 subespecialidades no troncales. Ver: www.cifrhs.salud.gob.mx

alto –a médico especialista- se deben soportar todas las pruebas y se deben aceptar los castigos sin queja, para así estar listos para el próximo paso: la incorporación a la comunidad de los médicos.

Tener en mente algunas de estas descripciones nos ayudará, creo yo, a comprender muchos de los relatos sobre esta etapa de la vida de las mujeres que he entrevistado. Porque, a pesar de las críticas y de que es conocido por todos la rudeza a la que, en muchos casos, se ven sometidos los residentes, en su gran mayoría, los recién graduados quieren hacer una residencia¹³⁷ (es como un paso casi obligado). Como decía la Doctora Suza, para muchos, la residencia es recordada como “los años del cautiverio”.

Ruda y traumática es la experiencia de la Doctora Kía, cirujana ortopedista, quien dice que puede “ahora” contar todo eso gracias a que realizó terapia porque “antes”, era algo que no podía ni si quiera mencionar sin ponerse a llorar. Aún hoy, ya feliz, recién casada y realizada a nivel profesional a sus 32 años, se le llenan los ojos de lágrimas. Si todas las experiencias narradas hasta aquí son parte de itinerarios corporales -porque todas involucran sentimientos, adiestramientos, cambios en la trayectoria vital, sensibilidad, etcétera- en el caso de Kía esto se vuelve más explícito, porque ella encadena sus experiencias con el sufrimiento corporal. A continuación transcribo parte de la entrevista donde cuenta su muy mala experiencia como residente de cirugía ortopédica en el Instituto Nacional de Rehabilitación durante los primeros años de la década de 2000.

“... Una vez que uno de los doctores (me acuerdo perfecto) que se llama [...]”¹³⁸ estábamos en quirófano y ya tenía el paciente listo, listo para operarlo y todo, ya había lavado, ya estaba todo perfecto...y me empujó, me dijo que era una estúpida y que me saliera de su quirófano y lo único podía hacer era no contaminar y que me fuera. Entonces, eran gritos, ofensas, eran desprecios y... o sea, te humillaban en cualquiera de los ámbitos [...] Sí, fueron—el primer año fue muy complicado, muy difícil—. Obviamente todo el mundo piensa que porque eres mujer pueden... a lo mejor jugar con tu integridad física, o sea te hacen sentir—dicen—bueno pues, si haces algo bien “¡ah! Es que seguro andas con él y por eso, te está dando chance de operar” o si hiciste algo bien “¡ah! seguro lo copiaste de otro lado” o sea, no te dan el crédito por tu esfuerzo y por tu dedicación ¿no? Entonces, el primer año me enfermé, me dio un trombo, me fue muy mal, estuve fuera del hospital dos semanas y todo el mundo decía que “nunca iba a regresar” porque aparte de que me habían tratado pésimo—fue el primer mes—porque no dormía nada, estaba todo el tiempo parada, entonces me *trombocé*¹³⁹. Entonces ya regresé al trabajo, ya como sacaba muy buenas calificaciones en los exámenes y eso pues les dolía a todos, porque en las calificaciones, en los exámenes a nadie pueden ayudar ¿no? porque

¹³⁷ Si bien es cierto que muchos y muchas eligen no hacer la residencia y se entrenan y especializan por otros medios (maestrías, por ejemplo), para aquel que se quiere dedicar a determinadas especialidades – como las quirúrgicas-, la residencia es un paso más, obligatorio, en la formación.

¹³⁸ Si bien la doctora dio los datos completos de esta persona, preferimos omitirlo para el relato.

¹³⁹ Modo coloquial de decir que sufrió una trombosis.

en la UNAM te califican objetivo. Entonces, empezaron a ver pues que no podían, que tenían que aguantarme a pesar de los pesares y que no me iba a echar para atrás.”

Es necesario aclarar que este tipo de experiencias en la residencia, de este nivel de violencia, tiene mucho que ver con la especialidad: aquí, la Doctora Kía se estaba internando en una especialidad muy masculinizada como lo es la ortopedia y ella misma fue la primera residente mujer en el INR. Algo similar ocurrió con dos residentes de neurocirugía en el Hospital de La Raza que “fueron sometidas a agotamiento laboral, humillaciones, burlas e insultos para hacerlas renunciar, sólo por ser mujeres”, según informa el periódico *La Jornada* en su edición del 12 de diciembre de 2012¹⁴⁰. Alberto Guerrero, quien fuera durante seis años director jurídico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y quien representó como abogado a las dos mujeres en su presentación ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, expresó: “Desde siempre ha habido un trato tremendo contra los residentes, pero además hay especialidades exclusivamente acotadas para los hombres, como neurocirugía, cirugía plástica o urología” y “por tradición o por vicios arraigados, los neurocirujanos o los cirujanos plásticos no quieren que ellas destaquen. Son hombres chapados a la antigua y no quieren que les ‘invadan’ una actividad tan difícil y tan bien vista socialmente” (“Residentes expulsadas de la Raza denuncian misoginia ante la CDNH,” 2012)

Sin embargo, es necesario decir que no sucede lo mismo en todas las residencias. Sí es uno de los momentos más duros de las trayectorias profesionales, por el nivel de exigencia y el escasísimo tiempo de descanso, algo que todos los que hicieron residencia mencionan: por ejemplo, la doctora Ivana contaba cómo aprendió a dormir unos minutos de pie, minutos que le servían para reponerse al menos, para dos horas más de trabajo. Para el caso de la cirugía, como plantea Casell (1998) la residencia es el momento donde se forja la identidad del cirujano como el *iron surgeon*¹⁴¹. Es decir, se trata de la etapa donde se termina de formar esa identidad de médico de sangre fría, deshumanizado, pero capaz. Si algo está claro es el esquema jerárquico que tiene la residencia, que en muchos casos se asimila al de la socialización militar. Sin embargo también es notable que en muchos de los relatos, lo cruel y autoritario se termina minimizando, por efecto de su naturalización y se recuerdan el sueño y cansancio persistente y los hechos de violencia y acoso -muy frecuentes- como algo inevitable, pero “normal”. Esto puede ser interpretado como el

¹⁴⁰ La nota puede verse on line: <http://www.jornada.unam.mx/2012/12/12/sociedad/039n2soc>

¹⁴¹ Iron Surgeon: poderoso, invulnerable, incansable, que batalla contra la muerte, extermina la enfermedad y declara la guerra a la blandura, la pereza y el error, describe la autora (Casell, 1998, p. 100).

éxito total en la interiorización del *habitus* hegemónico en la profesión médica.

Otras experiencias de la vida profesional

Como vimos con el caso del cadáver en la mesa de disección en las clases de Anatomía, en la vida profesional de un médico o médica es ineludible la relación y cercanía con la sangre y la muerte -elementos y procesos del cuerpo altamente simbolizados (Douglas, 2007). Las diversas culturas humanas siempre han llenado de significado los encuentros con la sangre¹⁴² y la muerte¹⁴³ y que muchos de estos símbolos – al igual que los conocimientos adquiridos en la formación médica- están presentes y median, de manera consciente e inconsciente, el encuentro médico con estos elementos.

Si a primera vista podemos pensar que estos contactos y relaciones se rutinizan y naturalizan, también es cierto que en muchos de los relatos, el primer contacto queda grabado como un momento importante en la trayectoria de las mujeres médicas que he entrevistado. La muerte de un paciente siempre es recordada y darle cabida a los sentimientos que esto genera, es para muchas, lo que diferencia a la mujer médica del hombre –así lo han expresado la doctora Olga, Vicky, Paquita y Lía-. Si estos encuentros no producen en la mayoría de los casos, cambios o giros sustantivos en las trayectorias profesionales, sí quedan “inscritos” con una densidad emocional que muestra hasta dónde, trayectorias vitales, itinerarios corporales, memoria personal y carrera son una misma cosa en los relatos de “experiencias”.

La doctora Rosa, una cirujana pediátrica, de voz gruesa y estilo muy desenvuelto, nos cuenta en su confortable consultorio de Médica Sur, mientras afuera una tormenta azota la ciudad:

“un paciente que operaron en la mañana (yo no lo operé) pero se complicó y yo lo tuve que re intervenir y cuando entré estaba de veras muy mal: o sea, tuvo paro cardíaco, se nos desangró, le tuvimos que quitar la mitad del hígado, estuvimos a punto de quitar-¡no! le quitamos- le quitamos el bazo, le quitamos la mitad

¹⁴² La cuestión de la sangre ha sido bien estudiada desde la antropología del parentesco, los rituales de sacrificio y purificación, la pureza racial, la venganza, y también, su relación con las enfermedades (Barfield, 2000, p. 459). Esta última cuestión, de la relación de la sangre con la enfermedad, ha tomado un lugar central desde la aparición del VIH, tal como lo ha mostrado (Farmer, 2003) para sus trabajos sobre el Sida en Haití.

¹⁴³ Desde el clásico libro de Thomas Louis-Vincent, hasta las reflexiones sobre la ausencia del tema de la muerte en la cultura occidental de la actualidad tematizados por Marc Augé y Jean Baudrillard, la mayor parte de los trabajos se basan en las creencias en la vida y la muerte y los ritos funerarios. En la actualidad, es un tema que toca a la antropología médica y la bioética, como disciplinas principales (García Orellán, 2003).

del hígado y se desangró, se paró. Entonces eso nunca lo quiero volver a vivir. Porque un niño que había llegado por una cirugía no tan grave, una cirugía que les hacemos a los niños que refluyen—es una cirugía que tú los operas y en dos días se van a casa—y entonces terminando la cirugía le dijeron a los papás “no, pues fue un éxito, mañana come” entonces de repente en la mañana decirle “oye tu paciente, tu bebe está muy grave” y como a la media hora que entré a quirófano tuve que salir a decirle que se había parado el corazón y que probablemente moría... Fue muy desagradable la situación y el paciente estuvo en terapia[...] tuve que ir e investigar qué había pasado porque me quedé con la zozobra del paciente ¿no? Entonces, sí, nunca más quisiera volver a experimentar esa zozobra.”

El relato describe otra de las situaciones que muchas de las entrevistadas dijeron hacer mejor que sus pares varones, situación que nadie quiere hacer porque además nadie los prepara para ello y es la de comunicar: una muerte, una agravamiento, un diagnóstico, lo que sea. Y además, deja planteado el tema de la muerte, la probabilidad de la muerte que está siempre cercana, sobre todo al trabajo de un cirujano, y que sin embargo, asusta y genera “zozobra”.

Otra de las experiencias narradas muestra la estupefacción ante la sangre, estupefacción que uno supone, un médico o médica no tiene o debe tener. La “anécdota” es de una médica que por lo años setentas trabajaba algunas tardes, para “fogearse”, en la Cruz Roja:

“Entonces, iba en las tardes, nunca me quedé de veladas, pero iba en las tardes, y la primera vez que voy (ya de médico) a la Cruz Roja para presentarme con el jefe de guardia va llegando una persona que se había querido suicidar entonces se cortó las venas, quería cortarse yo creo las carótidas o la yugular o algo, pero bueno, el caso es que no se murió por lo que se cortó, y se clavó un puñal en el corazón (un pica hielos) que tampoco se murió, entonces iba bañada en sangre (una mujer) y con el picahielos que se movía con el corazón. Entonces, pasa frente a mí y bueno, ahí sí casi me desmayo, o sea, no me desmayé tampoco pero bueno yo dije “y ahora qué hay que hacer con esto” o sea ¡era impactante! Y además era todos corriendo y todo mundo y así ¿no? Me quedé pasmada, paralizada, en ese momento dije “no sé qué hacer, no sé, no sé”

Ante la sangre y la muerte, no son sólo las ideas, símbolos, impresiones y sentimientos que hacen surgir, sino no tener “zozobra” y “saber que hacer”, lo que hace a la relación con estos elementos bastante diferente: la relación no es sólo de contemplación, sino de manipulación y acción. La suposición de saber cómo actuar ante la sangre y la muerte, entonces, es parte de la identidad de la profesión y la certeza de saber hacerlo, es un momento, como vimos, clave en la trayectoria de las mujeres médicas que hemos entrevistado.

El Final

En la mayoría de las trayectorias convencionales, la vida profesional comienza después de la residencia, en el momento de la incorporación efectiva a la comunidad médica —la incorporación, es el último momento del proceso ritual, según Turner—. Se supone que comienza aquí la vida “adulta”, estable, de un profesional de la medicina y en el caso de los que hacen privado, del crecimiento económico. La continuidad de esta etapa, por lo general, llega hasta el

momento del retiro. Pero como en el caso de muchas otras profesiones, retirarse o jubilarse no implica “dejar de ser”. Así, una de nuestra entrevistadas, ya cerca de la edad del retiro, nos decía que “hay que saber retirarse a tiempo” para dejar el paso a las nuevas generaciones y tener el tiempo de hacer cosas que se han postergado por el trabajo; remarca lo importante de “hacerlo a tiempo”, también para que cuando te vayas digan “que lástima que se fue” y no “qué bueno que ya se largó”.

Sin embargo, para muchas de nuestras entrevistadas, a cierta edad el trabajo lo es todo y muchas, aún en edad de jubilarse, no quieren hacerlo porque no sabrían qué hacer. Alegan que trabajar de “médico” es algo que las mantiene viva, como se trasluce a continuación: “yo seguiré trabajando todo el tiempo que pueda, y aunque estoy próxima a la tercera edad, o a la cuarta más bien, me siento pujante, así que todas aquí, seguiremos trabajando”; así cerró con humor una prestigiosa médica e investigadora de la UNAM en una mesa redonda de homenaje a las mujeres en la ciencia, realizada en esa casa de estudios con motivo del día internacional de la mujer.

Dejar o no dejar, la trayectoria profesional concluye con la jubilación pero no así la identidad de mujer médica, como veremos en el próximo capítulo, sobre todo a través de los desayunos de la FAMMAC, donde la mayoría de las asistentes, médicas de más de 60 años, se reencuentran mes a mes, se siguen llamando entre sí “doctoras” y se muestran muy interesadas en las presentaciones académicas que amenizan el encuentro, ya que para ellas, es importante seguir “actualizándose”.

4.3-Sociabilidad: las mujeres médicas y sus relaciones con los otros en el mundo laboral.

Al plantear el concepto de configuración como una red de interdependencias recíprocas que en su entrelazamiento componen un determinado orden, en nuestro caso de relaciones de género, se da una importancia fundamental a la reciprocidad de las acciones. Las asociaciones humanas son acciones recíprocas, mutuamente orientadas, tal como lo plantea el sociólogo alemán Georg Simmel. Para éste, estas asociaciones humanas están acompañadas de un sentimiento y una satisfacción por el puro hecho de asociarse, más allá de los “intereses” y “necesidades” que funden esas asociaciones. La “pura sociabilidad” es eso, el impulso que valora el proceso asociativo en sí (Simmel, 2002), “la forma lúdica de la asociación”, es decir, aquella que no está basada en un contenido, sino en el impulso lúdico de relacionarse.

Siguiendo esta idea de sociabilidad, en este apartado me interesa dar cuenta de la red de relaciones cotidianas que dan vida a la configuración de género en la cual se desarrolla la práctica profesional de las médicas. Es decir, me interesa mostrar no sólo el tejido asociativo, sino las formas que adquiere y las valoraciones que las mismas protagonistas hacen de dichas relaciones.

Así, la vida cotidiana de una médica en ejercicio de su profesión está por lo general configurada en torno de las relaciones con: los pacientes; los enfermeros/as y otros profesionistas y técnicos del campo de la salud; los residentes (o discípulos); colegas- pares; maestros, jefes o profesionistas considerados como “superiores”. Algunas de estas relaciones pueden ser consideradas a priori como asimétricas, dadas por un proceso de ordenación y subordinación (por ejemplo, ordenación respecto a un jefe, subordinación de un residente). Como toda relación social, se encuentra generizada, de modo que es necesario para comprenderlas, ver la “forma lúdica” que asumen, en tanto sociabilidad enmarcada en una configuración de género específica.

Relación médico-paciente

Si sobre algo ha trabajado la antropología médica ha sido sobre esta relación, considerada en general como una relación jerárquica, donde la autoridad está del lado del médico y el paciente (tal como su nombre lo indica) acepta esa autoridad y obedece. Poco a poco, desde la década de los sesenta -en parte gracias a la sociología médica- comenzó a dársele otra importancia a lo que se denominó el “punto de vista del enfermo”, esto es, sus saberes, su mirada sobre el padecimiento y la enfermedad (Herzlich y Pierret, 1988). Mucho más recientemente, comenzó a plantearse no sólo la complejidad de esta relación en términos de clase y etnia (Freyermuth & Sesia, 2006), sino también de género; así la relación cambia cuando uno o ambos de los términos del par (o el médico o el paciente) es una mujer (Bronfman y Castro, 1993).

Así, si bien lo más estudiado han sido los condicionantes de género en el proceso de salud enfermedad –exposición diferencial a los riesgos, factores psicosociales- también se ha puesto de relieve los prejuicios sexistas de los médicos, por ejemplo, mostrando cómo en sus diagnósticos tienden a sobrevalorar el aspecto de “fragilidad” de sus pacientes mujeres. A su vez, desde el estudio de la interacción cara a cara entre médico y paciente, se ha estudiado la forma diferencial en que se presenta el padecimiento y los síntomas a los médicos de parte de las mujeres. Y también, qué es lo que sucede cuando el médico es una mujer. Revisando la literatura que ha trabajado sobre el tema, Bronfman y Castro plantean que las mujeres se construyen como las

“otras”: cuando se habla de profesionales médicos, se asume que se habla de doctores- hombres. Si este supuesto no se cumple, es necesario especificar que se habla de doctoras- mujeres. Las “otras”, las diferentes a lo implicado en el punto de vista normalmente asumido, son las mujeres. (Bronfman y Castro, 1993, p. 390).

A la hora de analizar la sociabilidad de las médicas con sus pacientes, considero esta última cuestión como central. Al mismo tiempo, es importante no olvidar que esta interacción cara a cara entre médicos y pacientes está inmersa y mediada por múltiples determinaciones de los diferentes actores e instituciones que intervienen en el proceso salud-enfermedad -atención¹⁴⁴.

Por último, quisiera agregar antes de ir a los testimonios, que tanto con los pacientes como con los otros significativos que tejen la sociabilidad de las mujeres en la medicina, en la gran mayoría de los casos, la evidencia se reduce a lo dicho durante las entrevistas. Es decir, no hemos podido observar estas interacciones, los datos se reducen a lo que ellas dicen sobre las mismas. Esto no implica quitarles valor a los datos, pero sí tratarlos como discursos y representaciones en torno de esas relaciones e interacciones.

Si en nuestro caso trabajamos sobre la relación de médicas mujeres con sus pacientes –es decir, el género se torna relevante- también es necesario decir que el género nunca va solo y se mezcla con la clase¹⁴⁵, lo cual se hace más notorio en las diferentes miradas que las doctoras tienen sobre sus pacientes –lo que obvio, cambia el tipo de relación- si trabajan en la salud pública y/ o en la medicina privada, donde una de las diferencias más remarcadas fue, justamente, la clase de los pacientes.

Así, una doctora que a lo largo de su carrera trabajó en ambos ámbitos decía que siempre los pacientes le habían demostrado agradecimiento, pero mientras los del consultorio en Polanco lo hacían regalándole un perfume, los del hospital de Inguarán (Hospital público del gobierno de DF), le llevaban fruta. Otra diferencia entre público y privado está dada por la cantidad de

¹⁴⁴ Como plantean algunos autores “la representación médica tiende a enfatizar las características subjetivas del saber médico, acentuando los rasgos diferenciales y opacando la estructura institucional de sus prácticas y representaciones” (Menéndez y Di Pardo, 1996, p. 15). Con la relación médica paciente sucede algo similar, a lo que han contribuido las aproximaciones de la psicología social, que reducen a un encuentro aislado entre médico y paciente, opacando todas las mediaciones sociales que los condicionan; este encuentro que en su versión aislada, es una ficción social.

¹⁴⁵ Si bien la clase no ha sido una de las dimensiones más trabajada por la antropología, creo que es sustancial. Para más sobre la relación entre antropología y clase, recomiendo: Claudia Fonseca (2005).

pacientes, siendo que en los hospitales son muchos más. Esto es lo que decía la Doctora María Violeta:

“cuando estoy en urgencias veo un promedio de 80 pacientes, has de cuenta la cola de las tortillas: nunca acaba uno ¿no? Y como los hospitales son para gente que no tiene recursos pues obviamente se ven de casos que no: son pacientes que no están controladas, o sea, llegan pacientes graves porque no van al doctor, o son pacientes mal alimentadas, de clase baja ¿no? que no se han bañado, mal comidas, frecuentemente con preeclampsia, ese tipo de pacientes ¿no? [...] y a veces he tenido que ver pacientes que le dices “bueno, sabes qué, todavía no te voy a internar porque todavía te falta, todavía no va a ser, ven mañana” “pero es que “mire, lo que tenía yo me vine en un taxi y ya no tengo para irme” y he sacado de mi bolsa para darles para un taxi ¿sí? Entonces, yo creo que ahí hay un poco de humanidad ¿no?”

Aquí la relación con el paciente también está dada por una asimetría de clase, donde el médico además de hacer su trabajo “ayuda” y “da un trato humano” al paciente que no le alcanza el dinero para volver a su casa. Se denota esto en la idea de que las pacientes están mal alimentadas, no se han bañado; lo cual también introduce como legítimo el interrogante de cómo son tratadas esas pacientes –aunque sean “ayudadas para el taxi”-. El prejuicio de clase y el posible “regaño” por no haberse controlado se sospechan en este relato, regaño que ha sido muy trabajado como parte de la incompreensión de parte del médico de la situación del paciente, y que se traducen en subestimación e infantilización en el trato. Me parece importante aclarar aquí que de todas las médicas entrevistadas, solamente dos se preocuparon por no llamar “paciente” a las personas que atendían. Una de ellas, que hacía referencia a las “usuarias”, me explicaba que si bien el trato a los varones usuarios tampoco es igualitario, a ellos nunca se los llama “papasito, reinito” y a las mujeres sí.

Las jerarquías no están dadas nada más que por la clase. En el siguiente relato tenemos el ejemplo de una joven médica militar, que hace referencia al modo en que las jerarquías formales de la institución se infiltran en la relación médico paciente. En su caso, que trabajaba en un plantel de “materiales de guerra” -sus pacientes eran los que vigilaban que el armamento estuviera en buenas condiciones-, remarcaba que ni ellos ni sus derechohabientes tenían el mismo rango que una egresada de la Escuela Médico Militar:

“Probablemente al trato, a que tendemos a no ser, probablemente, tan prepotentes porque como médico militar pues tú sales así sintiéndote como un dios pues; a lo mejor ya después te vas ubicando, pero cuando sales sí eres... es una escuela aquí de mucho prestigio, te sientes así como que... Entonces, probablemente a eso, a una falta de tacto al tratar a los pacientes o a que piensas que porque muchos de tus pacientes son militares tienen que aguantarte todo lo que tú quieras porque tú tienes mucho más grado que ellos ¿no?” (Doctora Elsi).

Ahora bien, interesa remarcar cómo los prejuicios en la relación médico-paciente no vienen sólo de parte del médico. La doctora Rosa narraba así ciertas actitudes de los padres de sus pacientes:

“la gente todavía tiene muy estereotipado ir con un cirujano. O sea, cuando tú le dices “soy cirujana” piensan que eres ginecóloga de niños, o la pediatra consentidora ¿Si me entiendes? Pero no te visualizan como cirujano, sobre todo cuando vas a operar penes ¿no? Penes, testículos, es así de “¡ah mira! Es que yo prefiero a un hombre” cuando ya tienes tiempo en la carrera, yo ya tengo haciendo medicina privada seis años ya tengo gente que me conoce y que envía sus pacientes [...] Pero de repente el papá pone cara es cuando “¿!Lo va a operar una mujer?!” o sea es así de “perame (espérame) le va a ver el pene la doctora” eso si todavía es muy marcado en cirugía pediátrica”.

Si, como veremos en el capítulo 6, había ciertas cuestiones de pudor en los orígenes de la ginecología respecto al cuerpo desnudo de la mujer (pudores que según muchos de los entrevistados persisten), también es cierto que existe cierta legitimidad en que un hombre pueda ver, manipular e intervenir, el cuerpo desnudo de una mujer. En su historia sobre los exámenes médicos, la autora sueca Karin Johaninsson (2006) muestra cómo, desde el nacimiento de la mirada clínica, el médico, amparado en la objetividad y cientificidad de su mirada, hace un ritual de la lectura del cuerpo. Esto implica una mirada indiscreta que da lugar -sobre todo si se trata de un consultorio privado- a un encuentro íntimo “donde dos cuerpos se juntan en un campo de tensión común” (Johaninsson, 2006, p. 17). Desde la forma en que el médico (siempre un hombre) tomaba el pulso de una mujer pálida y desfalleciente, hasta la naturalización del hecho de que el médico pueda pedir que alguien se desvista, la autora nos muestra cómo, hasta las primeras décadas del siglo XX, el médico varón, como un detective en busca de una pista, podía mirar y manipular los cuerpos desnudos de sus pacientes mujeres¹⁴⁶.

Por eso, es interesante preguntarse qué sucede cuando esa mirada indiscreta no parte de un varón sino de una mujer. Invertiendo los roles, la cuestión es diferente. En el relato de la Doctora Olga se ve cómo estas cuestiones se ponen en evidencia. Aquí, el género se sobrepone a la clase-los transportista que son sus pacientes se supone son de una clase o fracción de clase más baja que la de un universitario.

“Hay distintas actitudes, una sí es la del pudor, otra es... sí hay algunos como que se exhiben ¿no? hay algunos que provocan, hay una situación generalizada de que cualquier mujer es señorita. Entonces ese es,

¹⁴⁶ Para resaltar la dimensión corporal de esos encuentros, la autora muestra cómo fue posible que, de un examen basado en el relato (hasta principios del siglo XIX) se hiciera normal que un médico “Podía apoyar la oreja contra el corazón del paciente, la mano en el vientre, la nariz en el sexo, o introducir el dedo en lugares cargados como la boca, el ano o la vagina. En un sentido estricto, era el encuentro de un cuerpo con otro cuerpo, pero desencantado, decodificado de su significado habitual” (Johaninsson, 2006, p. 67).

pues algunas no les afecta ¿no? pero hay otras que dicen: “Ay, pero por qué me dice señorita si yo soy licenciada y no sé qué y no sé qué”, pero hay otros que dicen ¡ahh! ¿no?, y hay otras que sí ¡doctora!, ¿no? A mí por ejemplo al principio me encendía mucho que llegaran, que me dijeran “reinita”, “güerita” y yo así de “¡uy! Señor soy la doctora Díaz ¿no?”

Las cuestiones más relacionadas con el pudor en torno del cuerpo, especialmente la cuestión del cuerpo femenino, serán tratadas con más profundidad en el capítulo 6, pero baste mencionar aquí que, la relación de las y los médicos con sus pacientes siempre está mediada por un juicio moral -más evidente en el caso de la ginecología que trata de modo directo sobre la vida sexual-. Así, una ginecóloga narraba un poco horrorizada las respuestas que una joven paciente del seguro social le había dado a su interrogatorio médico:

“Así que me mandaron una vez una paciente que dice cuántas parejas sexuales ha tenido “más de 100” “¡ah bueno!” o la otra que le digo a mis papás—ayer les estoy platicando...Es que llevo otra paciente me dice—le digo “¿número de parejas sexuales?” “¿hombres o mujeres?” me responde”¹⁴⁷.

En la misma línea, un médico ginecólogo al que entrevistamos relataba que había acompañado a su padre a una consulta –sin decirle a la doctora que él mismo era médico-. Ante las preguntas de rigor, el padre responde que padece alcoholismo, y ahí la actitud de la mujer médica cambió totalmente, regañando, juzgando, maltratando, cosa que al hijo –nuestro entrevistado- le pareció humillante. Lo que él quiso transmitir, es que una mujer médica, puede ser igual o tan cruel – o prejuiciosa- en el trato, tanto frente a una paciente mujer como a un paciente varón.

En el caso de las especialidades médicas más feminizadas, como es el caso de la pediatría y sus subespecialidades, una cuestión frecuente en el sentido común de los médicos y médicas es la idea de que las doctoras tienden a ser más empática, más “maternales” con sus pacientes. En este sentido, me interesa el testimonio de la doctora Soledad, especialista en neuro-desarrollo, que si bien hizo mención a la empatía, también la matizó dando cuenta de ciertas tensiones típicas en la relación médico-paciente respecto a las responsabilidades de éste en la adhesión al tratamiento, y en líneas más generales, respecto a la obediencia a la autoridad médica.

“neurofisiología es un poco complicado porque hay que desvelar a los niños— para mí es muy comprensible el que para una mamá que tiene además otros tantos hijos y más cosas que hacer y muchas de ellas alguna ocupación extra en el hogar *pus (pues)* sí... “ahora desvévalo” *Entons (entonces)* pues sí es tarea

¹⁴⁷ Quisiera remarcar aquí cómo la cuestión moral de la medicina -y especialmente de la ginecología- se pone en evidencia, por ejemplo, en el escaso interés y prácticamente invisibilización que se le ha dado a la salud sexual de las mujeres que tienen sexo con mujeres. Para más sobre el tema véanse (Marrazo, 2004; Sorenson, 1999).

monumental. *Entons (entonces)* en ese sentido yo creo que sí tratamos mucho de empatizarnos: “órale yo te entiendo”, pero también entiendo que hay un cierto punto en el cual no te puedes estar pasando, que si tú te comprometiste a venir es porque tú eras consciente de las reglas, que te podemos entender, que te podemos dar chance, que te podemos recetar y recetar cuantas veces tú lo necesites, no hay problema, pero que sí tienes que entender que hay reglas y si tú juntaste tres, cuatro faltas sin justificar y sin dar señal de vida, pues como en cualquier lugar *pus (pues)* te podemos querer mucho, pero ahí te vas”

La cuestión del trato con el paciente es un tema central para la medicina, pero que ha sido principalmente tematizado por otras disciplinas- la psicología, la antropología y la sociología médica (Freyermuth & Sesia, 2006). En las palabras de los médicos y médicas, esta cuestión en los últimos tiempos ha sido atravesada por lógicas de mercado (los que trabajan en privado saben de esto y muchas veces el tipo de trato tiene que ver con una cuestión de mercadotecnia) y otras veces, por saberes e ideologías que son críticas del Modelo Médico Hegemónico. Estas nociones enmarcan y atraviesan los discursos y representaciones en torno de la relación con los pacientes.

Muchas de las mujeres entrevistadas hicieron referencia al buen trato dado a sus pacientes, lo cual queda de manifiesto en la estima y agradecimiento que estos le han demostrado. Así, la doctora Vicky me enseñó las fotos que tenía en su despacho de sus pacientes. Se paró, buscó una en especial y me la mostró. Era la foto de casamiento, de un muchacho de unos 20 años, con una malformación en su cuerpo, vestido de traje junto a su novia vestida de blanco. La doctora me contó que a ese paciente lo atendió desde pequeño y que hacía poco había fallecido; entonces su mamá y esposa (la novia de la foto) le habían llevado la foto de recuerdo, felices de la calidad de vida que había podido tener a pesar de todo -tanto que hasta contra todos los pronósticos, había podido casarse. Esa misma doctora, durante la entrevista me confesó un tanto ofendida que acababa de salir de una junta con autoridades del hospital:

“Nos acaban de decir “la identificación del paciente es con su nombre y con su registro, no numero de cama ni padecimiento” A mí no tenían que habérmelo dicho ¡jamás! Jamás... era yo llegar y era “Don Juan, Doña Lupe, Don Pedro” y si era a los niños “Juanito, Lolita” ¿sí? Yo no era el “paciente de la cama 5” o el “paciente de la 8” Jamás, jamás”.

Así, si bien no hemos podido observar la práctica médica, a través de los relatos de las y los médicos entrevistados hemos podido dar cuenta de una tensión que la atraviesa y es la tensión entre el proceso de des-personalización que sufren los residentes y que se manifiesta en la despersonalización dada a los pacientes (proceso que algunas de las doctoras connotan como masculino), por un lado; y por otro lado, la apelación a un trato más humano, sensible y empático del que, supuestamente, las mujeres en la medicina serían las portadoras. Me interesa dejar aquí planteada esta tensión –que se da en el discurso sobre la práctica- para luego trabajarla en el próximo capítulo.

Relación con los otros trabajadores de la salud.

Los médicos y médicas trabajan rodeados y en contacto permanente con otras personas: estas otras personas representan un amplio abanico de trabajadores administrativos, técnicos, otros profesionistas de la salud, y en algunos casos, miembros de las comunidades de base donde se desarrolla la actividad sanitaria. Todos estos son “otros” significativos de la cotidianeidad de los médicos y médicas. Sin embargo, dada la posición hegemónica de los profesionistas de la medicina en el campo de la salud (y/o de las actividades sanitarias), las relaciones que mantienen con estos otros muchas veces están regidas, condicionadas, mediadas por las estructuras jerárquicas, formales o informales, dadas por el poder, la autoridad y el prestigio¹⁴⁸. Esto es, la red de relaciones que conforman la sociabilidad de los médicos y médicas esté tejida por relaciones simétricas y relaciones asimétricas, que actualizan las distancias sociales (Lomnitz, 1987)¹⁴⁹.

Si la medicina es el saber hegemónico del campo, sus profesionistas tienen una posición hegemónica en el mismo, posición que subordina las posiciones de otros miembros del campo con igual situación de clase y formación universitaria -como pueden ser odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, etcétera-. Pero, donde más clara queda la posición hegemónica y más patentes se hacen las relaciones asimétricas, es con aquellas profesiones y saberes vinculados a los cuidados de la salud, que la medicina científica, en su desarrollo, se propuso desplazar –como la partería tradicional- o que, que en su estructuración histórica, se insertaron en el campo de manera subordinada –por ejemplo, la enfermería (Carrillo, 1998, 1999; Ríos Everardo, 2001).

Un ejemplo muy estudiado es la relación entre médicos y enfermeras, relación de subordinación dada desde el modelo *Nightingale* (Eirenreich y English, 1981), donde se hace patente el modo en que la socialización de género “patriarcal” se encarna en las instituciones sociales, reproduciendo, en el caso de la enfermería, los roles tradicionales donde lo femenino –

¹⁴⁸ Quisiera aclarar que si bien tomamos el concepto de sociabilidad de Simmel, aquí introducimos una diferencia clave: para Simmel, la sociabilidad se basa en una estructura democrática, de reciprocidad y simetría total, lo que consideramos que en las sociedades clasistas es una ficción. Por lo tanto, en nuestro análisis sociabilidad puede y va a ir de la mano de relaciones asimétricas.

¹⁴⁹ La idea es que, más allá de la sanción de la igualdad entre las personas, en las diferentes instituciones se producen redes de parentesco, amistad, patronazgo, que propician la resolución de problemas, la asignación diferencial de recursos, etcétera. Es decir, si bien existe reciprocidad, también existen relaciones ordenadas y subordinadas por distintos principios -formales e informales- como el prestigio profesional y la posición de poder en la asignación de recursos, lo cual hace pensar a algunos (Hobert, 2012; Soprano, 2007) que todas las instituciones pueden ser entendidas como sistemas de prestaciones totales donde se generan intercambios de bienes materiales y simbólicos que tornan legibles compromisos que moldean decisiones.

vinculado a lo doméstico- se relaciona de manera subordinada a lo masculino –vinculado al poder- (Ríos Everardo, 2001). Esta relación de subordinación supone que el médico es varón y la enfermera mujer¹⁵⁰, lo que produce, a su vez, otras cuestiones: la invisibilización de la masculinización creciente de la enfermería (Róvere, 2006) y de la feminización de la medicina.

Por todo esto es importante detenerse a re analizar estas relaciones cuando se trata de médicas mujeres, algo sobre lo que presté especial atención después de que en una investigación previa realizada en Argentina sobre médicos y parteros, la presidenta de una asociación provincial de obstétricas me dijera con total naturalidad que ellas –las obstétricas- no querían ni que hubiera muchas médicas obstetras, ni que tampoco entraran muchos varones a su profesión, así se mantenía “el equilibrio natural y la complementariedad” entre el médico y la obstétrica. El médico varón siente que no compite y gusta de verse apoyado por la obstétrica mujer, que no lo pone nervioso, lo ayuda, respeta y obedece. Veamos ahora cuáles son las visiones de las médicas mexicanas al respecto.

Una doctora graduada del “Poli”¹⁵¹, la doctora Paquita, me contaba que en los años setentas trabajó en la Cruz Roja y que una vez, el médico con el que solía trabajar, la instó a que en sus ausencias ella operara -y tanto le insistió- que entonces ella decidió entrar al quirófano. Y lo que más la asombró no fue su colega, que la felicitó, sino las caras de las enfermeras, que miraban con ojos redondos de asombro a la “doctorcita” que se había metido al quirófano. “A ellas –las enfermeras- era a quienes más les llamaba la atención que yo operara”.

Sin embargo, es cierto que como observa Róvere (2006) en la medida que la medicina se ha feminizado, es de suponer que las enfermeras se han ido acostumbrando a ver médicas en el quirófano. Como mera observadora –paciente, desde una silla en la sala de espera de una clínica del IMSS mientras esperaba a que me atendieran- le presté atención a las interacciones entre médicos-médicas y enfermeras (y otros administrativos y auxiliares), que en su forma lúdica (o en su “pura forma”, al decir de Simmel) no sólo actualizan un trato asimétrico -donde clase y género siguen teniendo un factor muy importante- sino que pueden ser pensadas bajo la misma forma que la relación patrón-empleado –en su específica versión patrona-empleadas doméstica. Así, por

¹⁵⁰ Y hace, como señala Casell por lo menos para el caso norteamericano, que las jóvenes enfermeras sueñen con casarse con los jóvenes médicos a los que asisten en rituales como el del vestuario previo a la cirugía, donde se pone en acto esta situación de subordinación-devoción (Casell, 1998)

¹⁵¹ “Poli” es una manera habitual y afectuosa de referirse al Instituto Politécnico Nacional.

ejemplo, la médica suele tratar de “Tú” a la enfermera, mientras que ésta nunca la tutea y siempre la llama “doctora”.

Es necesario decir que se dan casos en que la enfermera -quien se encarga del trabajo más duro y emocional del trato cuerpo a cuerpo con el paciente- es quien puede juzgar ciertas habilidades de los médicos que otros no pueden y en este sentido, se ubican desde otro lugar en la relación, que no es exactamente, un lugar de subordinación. En la siguiente anécdota de una joven médica muy crítica de su formación, la “aprobación” de la enfermera tiene un lugar muy importante:

“alguna vez íbamos en comitiva ¿ya sabes? todos de blanco, siguiendo al Jefe de Servicio, y así... en el Hospital General. Y había una paciente que no quería comer, y decían que no quería comer y así, ya sabes, como la inquisición “póngale sonda nasogástrica” y yo la vi, y era una mujer que estaba paralizada por un derrame cerebral, y yo dije “es que no es que no quiera comer, es que no puede comer” ¿no? y me acuerdo que me acerqué y le di de comer en la boca, y la señora me veía así con cara de agradecimiento, que incluso una enfermera se quedó así con cara de “usted va a ser muy buena doctora”.

En otro relato se describe el lugar de las enfermeras como las portadoras del “chisme”, en el sentido del chisme como una información que se da, se negocia, otorga un lugar de poder que subvierte la opresión y además, constituye las redes cotidianas de la sociabilidad (Fassano, 2006). En este sentido, las enfermeras son las que arman el entramado cotidiano del chisme, mostrando que la relación con los médicos -que se supone de subordinación- no lo es siempre. En el ejemplo, se ve cómo la enfermera se burla, pero a la vez, brinda información a otros médicos, que da sentido y ordena las experiencias, por lo que se pone en un lugar no digo de poder, pero por lo menos, no de subordinación:

“Me acuerdo de una doctora ya grande y ella decía “es que los besos son asquerosos, son bacterias” ¿no? y así...y luego, se la pasaba atacando ¿no? todo lo que fuera producto de la sexualidad, todo—y me acuerdo mucho que hubo una enfermera que decía “es que la doctora es señorita, todavía...” se burlaba, y todo mundo “¡ah! ahora entiendo” ¿no?” (Doctora Lía)

Las relaciones no simétricas con los otros no se acaban, claro está, con las enfermeras – aunque esta relación haya sido una de las más estudiadas. Como veremos en el capítulo 6, otra de las relaciones conflictivas es la de médicos y médicas con parteros y parteras empíricas. Pero también, es importante ver la relación con los asistentes y otros oficios y profesiones técnicas con las que los médicos deben convivir en su quehacer cotidiano.

Un ginecólogo obstetra hablaba así de una instrumentista con la que había trabajado:

“la chica que me ayudaba hasta hace año y medio...era una chica casada, una chica extremadamente responsable—entonces, yo no tenía empacho en hablarle a las 3:00 am; no tenía problema en decirle “oye, necesito que le vayas a pasar visita porque la paciente tiene dolor” y ella era bien responsable y estaba siempre al tanto de mi paciente. Por ello, demoré operando mucho tiempo con ella, desafortunadamente el marido se la llevó a Aguascalientes¹⁵² a vivir (me la quitó) pero yo trabajaba muy a gusto con ella”

“La chica” que “el marido le quitó” era instrumentista. Pero su valor, según el mismo médico, era la docilidad, algo que supuestamente vuelve armoniosa las relaciones de trabajo cuando el superior es un hombre y el subordinado una mujer y claro, no al revés:

“Yo me siento muy a gusto trabajando con mujeres, trabajo igualmente con hombres, pero con mujeres me siento como—y no quiero que lo veas como una cuestión de género así que de forma peyorativa porque al contrario- es una virtud, la mujer es un ser más dócil. Es decir, por ejemplo, si tú le dices “hay que ir a pasarle visita a mi paciente a las 19:00” no te pone tanta objeción como a veces pudiera serlo un hombre. Entonces, esa docilidad te permite que se haga un equipo perfecto” (Doctor Oscar)

Esta última idea es muy expresiva de cierta configuración de género, que también tiene sus tensiones y complejidades, y dan lugar a otras relaciones, que no son siempre asimétricas. Así lo muestra, por ejemplo, el caso de una renombrada médica del Hospital General, jefa de un importante servicio, reconocía con admiración y como la parte más placentera de su trabajo, la que realizaba gracias a una trabajadora social adscrita a su servicio:

“conocí a una trabajadora social que logró hacer una lista de muchas fundaciones y ONG's y entonces va a pedir dinero para los pacientes. Entonces, con ella, le conseguimos un par de zapatitos al niño que necesita un par de zapatos ortopédicos, y le conseguimos el tratamiento con hormona de crecimiento para los pequeñitos que todavía pueden crecer. Entonces, eso me ha dado muchas satisfacciones, a lo mejor más que muchos trabajos de investigación y todo eso, porque haces algo por el paciente”

Además de los técnicos y otros profesionistas de la salud, los médicos conviven a diario con el personal administrativo: secretarías de consultorio, institutos y hospitales, que se convierten muchas veces en asistentes personales, donde a pesar del afecto, por lo general, siempre está presente la jerarquía. Así, por lo menos, queda de manifiesto en las palabras de una de las nietas de una prestigiosa médica pediatra a quien en su aniversario luctuoso, se le realizaba un homenaje en el auditorio de la Sociedad Médica del Hospital General. La joven de 23 años, ante el anfiteatro casi colmado de médicos y médicas de distintas edades -muchos de ellos con sus batas de rigor- narró su sorpresa ante la recién descubierta “grandeza” de su abuela el mismo día del velorio, cuando las primeras en llegar y más acongojadas, fueron sus secretarías y asistentes, lo que para la joven, indicaba que su abuela era una persona admirada tanto por sus colegas, como por sus “inferiores” (dixit).

¹⁵² Nótese la expresión “se la llevó”, que implica no considerar a la mujer con voluntad propia y darle un trato de objeto.

En la experiencia de otra importante médica, la doctora Sandra, se describe la relación conflictiva con los trabajadores de la salud organizados de manera colectiva en un sindicato, cosa que altera de modo significativo la asimetría que el relato anterior plasma.

“...si usted va y ve en el auditorio (del Instituto Nacional de Pediatría) están todas las fotografías de los directores generales. Bueno, ahí están todas— va a ver cuántas son y falta uno porque nunca me quiso dar su foto, fue el doctor Frenk, Frenk papá...Silvestre, Silvestre renunció a los tres años porque lo tumbó el sindicato, luego yo y a mí también me tumbó el sindicato, me pidieron mi renuncia porque el sindicato paraba Insurgentes porque la doctora y porque no sé qué y no sé cuánto”

En el relato de esta doctora, la primer mujer en dirigir un Instituto Nacional allá por los inicios de los años 1990, el género no importa, ya que a ella la tumbaron al igual que habían tumbado antes al Doctor Silvestre Frenk¹⁵³. Pero como veremos luego en el último apartado de este capítulo, su condición de género sí influyó en muchos otros aspectos de su corta gestión al frente del INP.

Para terminar este apartado, me interesa transcribir el relato de una doctora que trabajó codo a codo con “la comunidad” para la puesta en orden de un consultorio en una postergadísima y pobre colonia del DF. Lo que me interesa con esto es mostrar que, si bien muchas veces la profesión otorga un estatus que genera asimetrías con los otros -asimetrías fomentadas por los mismos profesionales (ya en el mismo trato de “Doctor, doctora”)-, otras veces los médicos y médicas son capaces de “bajar de ese pedestal” -claro que en esta actitud de “bajarse” género, generación y orientación ideológica no son ajenos-. Esto narraba sobre sus tiempos de recién graduada una médica que reconoce la herencia de sus padres, republicanos españoles exiliados. Fue en la “ciudad perdida” Santa Anita Iztacala: le tocó dar consulta en un lugar que era un cuarto feo, dentro de una casa, con polillas que caían desde el techo; un lugar sucio, en muy malas condiciones. La doctora Vicky se negó a trabajar allí y convocó a la comunidad y a su propia familia, y entre todos, se dispusieron a arreglar el lugar: la madre hizo unas cortinas, el plomero del barrio el lavabo, etcétera.

“Entonces de repente ¡pues ya! Se va a re abrir, ahora sí, pintado, acomodado, no me caía la polilla, lavabo ¿sí? cortinitas, la mesa de exploración con un cojincito y entonces, entran los primeros. Y fíjese que—son de las experiencias bonitas de la carrera—y llegan y se quedan así, les digo “pásenle que ya está abierto” “permítame tantito doctora ahorita regresamos” y se fueron, llegan otros y “ahorita regresamos” y yo “pues, ahora si ¿qué pasó?” Se iban a bañar. La comunidad al ver que se había arreglado, dicen “no es que no doctora, es que ahora está muy bonito, no lo queremos ensuciar” fíjese nada más como cambió la

¹⁵³ Padre de Julio Frenk Mora, prestigioso sanitarista que fue secretario de salud durante el sexenio de Vicente Fox.

mentalidad de los pacientes—entonces bueno fueron—les organicé cursos, les di pláticas, enseñarles a inyectar, curaciones, participaban, cursos para madres, para adolescentes, entonces, fue una experiencia muy bonita”.

Con este testimonio queda claro que, por más intenciones que haya de entablar relaciones simétricas, las jerarquías sociales existen más allá de la voluntad de los sujetos —lo cual se manifiesta en el hecho de “irse a bañar” porque “no querían ensuciar”.

Relaciones con los residentes.

Como se dijo más arriba, la profesión médica es una profesión que establece relaciones de jerarquía con otras profesiones de la salud, pero también, es una profesión muy jerárquica en su interior, lo cual queda de manifiesto claramente en la residencia, donde los escalafones entre los años de formación- R1,R2, R3, R4, residente de primer año y así sucesivamente- implican niveles de obediencia y autoridad que, en palabras de muchos de nuestros entrevistados, asemejan a una estructura militar. Sin embargo, estas asimetrías y jerarquías son temporales, debidas en parte a esa situación *liminal* en que pueden ser considerados los residentes.

Aquí analizaré la relación desde sus múltiples lugares —de arriba hacia abajo y a la inversa-. Lo importante es que, sea en el lugar donde se esté, la relación médico-residente es una relación muy presente en la cotidianeidad de los profesionistas de la medicina.

Desde el lugar de residente, las relaciones son cambiantes año a año, según se va subiendo en la escala jerárquica. La cirujana ortopedista que tan difícil la pasó en su residencia en el Instituto Nacional de Rehabilitación, contaba sobre otras residentes: “compañeras mujeres yo no tuve hasta que me volví R4, o sea ya hasta muy grande, y yo las veía y sentía tanta pena, porque les pasaba lo mismo que a mí aunque, finalmente tú les digas “sabes qué, tranquila, no pasa nada, no te dejes” eventualmente caen en lo mismo, porque es demasiada presión, estás tratando de demostrarle a todos en vez de que te demuestres a ti mismo ¿no? Yo pienso que (La residencia) es un periodo de aceptación, como si fueras adolescente¹⁵⁴”.

La jerarquía y el poder se manifiestan, algunas veces, bajo la forma del acoso a los residentes, tal como lo narraba, desde otra experiencia en un hospital del ISSSTE, una joven médica ginecóloga, la doctora Amalia: “sí se siente, sí lo siente uno, se siente intimidada, digamos,

¹⁵⁴ Lo que avala que la residencia pueda ser pensada como ritual de iniciación, tal como planteaba Godelier (1986) para los rituales de los varones baruya, donde cada ritual era un paso obligado para terminar convirtiéndose en “hombres”.

limitada hacia algunas cosas “o sabes qué, mejor yo no voy ve tú” o “no quiero ir sola, acompáñame” cosas así”. Como muchas de sus colegas han relatado, la Doctora Amalia aclara que ella nunca fue acosada, pero sí tiene constancia de que el acoso en la residencia es algo de todos los días “no pasé por cosas así fuertes, pero quizá las desventajas pueden ser qué pues te vean...bueno, te acosan más ¿no? o ya hay acoso de mujer hacia hombre, inclusive doctoras hacia residentes, pero yo creo que puede ser más el acoso de médicos, y ejercen esta parte de autoridad”.

Así, como residentes, existe una exposición a lo más cruel de un sistema autoritario, con escasa protección formal y también escasa, hay que decirlo, solidaridad grupal, como lo muestra el caso de las residentes de La Raza que interpusieron una denuncia en la Comisión de Derechos Humanos, y que dijeron haber sido maltratadas también por sus compañeros (ver La Jornada, 2012). Esta situación es explicada por la Doctora Ana Carolina, quien se puso a estudiar medicina un poco más grande que el resto de sus compañeras. Ella cuenta que durante el internado, cuando “las chavas” sufrían hostigamiento sexual en el hospital, ella, que las veía así “ de 18- 20 años y yo ya tenía 26, les decía “¡vamos a la Dirección y haces una denuncia!” pero, como también aclara, en la mayoría de los casos, las compañeras se conformaban con su consuelo, porque no querían denunciar los sucesos, que eran vistos como algo “normal”, por la mayoría de los estudiantes internos y residentes.

La cuestión cambia si se modifica el punto de vista. Así, desde el lugar de quienes son los instructores y jefes de los residentes en los servicios donde éstos están formándose, las relaciones con los residentes se valoran desde una perspectiva bien diferente. Una pediatra del IPN interrumpió la entrevista que llevábamos a cabo en su consultorio externo del Instituto, porque un residente entró a pedirle que ella firmara un informe. Ella, sentada frente a mí en el escritorio, leyó de manera paciente el informe mientras el residente permanecía de pie. Luego le dijo: “-te falta poner cómo está, cómo lo viste, si habla bien...”. El residente no respondió y le señaló algo en el informe “Sí, sí” dijo ella “eso es lo que dice el neurólogo, pero tú también debes poner cómo lo viste, si estaba bien o si era medio así...” y aquí hizo un gesto como de alguien tullido. A continuación, habiendo el residente comprendido, ella dijo “ ¿sale? Bien”.

A raíz de este intercambio, la doctora me explicó que una de las cosas buenas de una institución como el INP, donde había residentes, es que ellos “te obligan a saber explicar y a estar actualizada”. En el mismo sentido se expresaron las doctoras Margot, de Rehabilitación -para

quien la docencia también es una parte fundamental de su vida profesional como médica- y la doctora Vicky -para quien, estar con los jóvenes “rejuvenece”.

La nieta y sobrina de las doctoras Beatriz y María Elena Anzures, contaba que tanto para su mamá, como para su abuela, sus residentes eran como “hijos”. En el homenaje en el auditorio Abraham Ayala a tres años de la muerte de la doctora Beatriz, pude comprobar la admiración de sus discípulos: una de ellas, al momento de tomar la palabra, con la voz quebrada por la emoción, llamó a su maestra “Beatriz reina, santa, princesa, mártir, doctora...”.

Sin embargo, vista desde los médicos ya formados, no siempre la relación es afectiva o estimulante, sino todo lo contrario. Una ginecóloga del hospital de Inguarán, hablaba así de los residentes con quienes compartía el servicio, acompañando con tono de enojo sus palabras:

“Ahora, hay algunos que vienen muy prepotentes ¿no? que se quieren sentir los *non plus ultra* y los sabios del mundo ¿no? pero a veces se dan de frentazos ¿no? entonces, quieren hacer todo, creen que lo saben todo y no necesitan que nadie les enseñe ¿no? pero pues a veces uno tiene más experiencia que ellos, porque tiene más años en el hospital y ha visto más cosas ¿no? entonces también se enfrenta uno a eso ¿no?”.

Relaciones con los maestros.

En algunos casos, la relación de los residentes con sus instructores recuerda a la relación maestro-discípulo. Y en muchos casos, he entrevistado a doctoras que reconocen en sus trayectorias el papel central que algunos maestros han tenido, y de quienes se consideran discípulas. Es interesante ver cómo consejos y oportunidades dadas y brindadas por estos sujetos en distintos momentos de las trayectorias de las médicas, han influenciado en las mismas y en su vida. No puedo decir que sea igual para los médicos varones, pero en el caso de las mujeres, sobre todo las más grandes, que comenzaron su vida profesional en tiempos en que las mujeres en la medicina eran muy pocas, el lugar de estos maestros, considerados como padrinos y protectores, es considerado muy importante: puede pensarse como una forma de “ponerse bajo el ala de...” para tener las oportunidades que de otro modo no se hubieran tenido.

Un caso donde el papel del consejo y oportunidad dado por el maestro es muy claro es en el de la doctora Susi K, quien se formaba en pediatría en un hospital de Génova, donde tanto ella, como su maestro, se daban cuenta que por más buenos resultados que obtuviera, lo suyo no era estar frente a los pacientes:

“Este lugar estaba dirigido por un viejo maestro que se llamaba Giovanni de Toni que era un hombre que había por el cual habían pasado cientos de jóvenes pediatras por sus manos y que realmente me orientó mucho [...] y cuando terminé, presenté el examen, me fue muy bien y al día siguiente me llamó este profesor De Toni—yo ya había hecho una tesis sobre aspectos genéticos de ciertas patologías del norte, del sur de Italia y de todo el Mediterráneo—entonces me dijo “y ahora qué vas hacer” dije “bueno, voy a ser pediatra” y él me dijo que de ninguna manera [...] Entonces, me preguntó que si no quería aprender las nuevas técnicas de citogenética que recién habían empezado. Esto te estoy hablando de 1964 [...] La biología molecular estaba muy poco desarrollada y la verdad es que el área me gustó mucho, De Toni me mandó a París y estuve como 11 meses en dos laboratorios muy importantes en Francia”

Lo interesante es que fue en París donde conoció a su esposo, gracias a quien vino a vivir y trabajar a México, donde ella -ya convertida en experta, jefa de servicio en el Hospital General y docente de la facultad de Medicina de la UNAM- se convirtió a su vez en maestra, profesora de discípulas que la reconocen por su aporte a sus respectivas carreras, como es el caso de la Doctora Margot, también genetista. Ella, al terminar la residencia, se divorció y volvió a Torreón, su ciudad natal, porque no tenía en DF oportunidades laborales que le permitieran criar a su beba.

“Entonces, si podía tener un desempeño en la consulta particular, pero a mí me gusta la docencia y me gusta la investigación, o sea, yo ya sabía que en ese momento no iba a poder tener un trabajo seguro, un sueldo seguro, entonces todo tenía que ser consulta privada y olvidarme de lo demás. Entonces, bueno en ese lapso de tiempo—que fue un año difícil, complicado por el divorcio, por todo lo demás- pues dije “¿qué hago?” entonces me ayudaron amigos de aquí de México, te digo la Doctora Susi K y bueno, pues metí un protocolo para hacer una maestría, me aceptaron...pude conseguir beca en la Secretaría de Salud, del CONACYT también y vengo de regreso.”

En el caso de la Doctora Olga, ella dijo que más que maestros o maestras, había “mujerones” a los que admiraba, entre ellas:

“la doctora Mercedes, ella todavía está en pediatría del Instituto Nacional de Pediatría, o sea una mujer muy inteligente, con mucho respeto hacia los estudiantes que motivaba el seguir aprendiendo, con una sensibilidad hacia los niños con los que trabajaba porque otros son así de “El niño tal de neumonía de tres días de evolución con ta, ta, ta, ta, ta” y ni lo voltean a ver y se siguen, ¿no?, y ella se detenía, tenía un rasgo cariñoso con los niños, se sabía los nombres, se sabía todo perfectamente bien y se preocupaba por él y por la familia ¿no? involucraba a la familia; cosa que los doctores no siempre hacen ¿no? ella va involucrando a la familia, a sus residentes les daba—cuando requerían apoyo emocional- los mandaba a que tuvieran apoyo emocional. Era muy disciplinada, pero era muy justa ¿no? “Bueno, a ver tienes tres días de guardia” ¿no? Entonces ella es un muy buen ejemplo.”

En este caso, más que brindar una oportunidad laboral, se trata de un maestro que brinda un ejemplo, una guía, en este caso, de un modelo de profesional, serio, estricto, pero a la vez cálido y comprometido. En el caso de la Doctora Sandra, por el contrario, fue el consejo directo de una “eminencia” quien le abrió el camino a seguir su carrera de medicina y luego, la especialidad. En su quinto año de universidad, recién casada y con una beba de un año, volvió a quedar embarazada. Entonces:

“el doctor Ruy Pérez Tamayo¹⁵⁵, que había sido mi maestro de patología y que me quería mucho, fue mi testigo en la boda y todo eso... Fui a verlo y dije: “Ora (*ahora*) sí me rajo, no sé qué hacer, pero no voy a poder hacer guardias”, me dijo: “¡Está loca! aquí viene, hace su internado y yo le firmo lo que haga, usted no se va a rajar ahorita Sandra, usted tiene talento, siguepa’delante!”

Como se ve en este ejemplo, por lo general este tipo de relaciones están permeadas por la confianza, el cariño, entrecruzadas por relaciones personales, familiares y afectivas. En el caso de la Doctora Fabiana, una neurocirujana seria y de pocas palabras, lo que se denota acerca de la relación con su maestro y mentor es más que nada, admiración y agradecimiento.

“En específico, a lo mejor voy a hablar demasiado del Doctor Martínez, por ejemplo—digo si trabajo con él es obviamente porque no es machista, obviamente ¿no?, y es una persona muy reconocida, de verdad, con él trabaja una gente muy reconocida, en la neurocirugía es una gente muy reconocida. Para mí ha sido un orgullo trabajar con él, evidentemente él no es machista, él era el Jefe de Servicio, él es el que dirige, creo que mucho viene de ahí, yo eso creo, y además era gente educada, gente bien”

Fabiana me explicó entonces que él era su profesor en la residencia, y después, en el último año, a los alumnos buenos “se los llevaba a su equipo”, en el Hospital Ángeles, donde ella actualmente trabaja. Neurocirujana en una especialidad donde las mujeres son muy poquitas todavía, Fabiana siente que pertenecer al equipo del Doctor Martínez la ha ayudado a sentirse protegida y respetada. Gracias a él, viajó a Estados Unidos, donde el personal del hospital “se asombraba” de que “el doctor” operara con una mujer.

Si las relaciones entre maestros y discípulos son relaciones donde se da el cariño, también es cierto que se han convertido en algunos casos, en relaciones amorosas y de pareja. Así es por ejemplo el caso de una doctora que me hablaba muy amorosamente de su mentor, y después me confesó que él era su actual pareja.

El caso de la Doctora Suza es bien diferente. Ella también se convirtió en la pareja del que por entonces -en sus tiempos de residente de Ginecología en el Hospital Gea González- era su jefe. Pero su experiencia fue muy negativa y de alguna manera, los cambios bastante radicales que ella hizo en su trayectoria profesional –como hacer la maestría en estudios de la mujer de la UAM-

¹⁵⁵ Ruy Pérez Tamayo es un prestigioso médico patólogo nacido en Tamaulipas, en 1924. Obtuvo el premio Nacional de Ciencias en 1974, el premio Luis Elizondo y el premio Eduardo Otero en 1979, el premio Aida Weiss en 1986, el premio Rohrer en 1988, el Premio Nacional de Historia y Filosofía de la Medicina en 1995, y la Presea José María Luis Mora en 2002. Es doctor Honoris Causa por varias universidades mexicanas. Es miembro de la ANM, del Colegio Nacional y puede ser considerado él mismo como una “institución” de la ciencia mexicana.

Xochimilco, después de haber terminado la residencia- se relacionan con lo negativo de aquella experiencia. Todo esto me lo contaba teniendo en brazos a su bebé recién nacido, fruto de su nueva pareja, quien “por suerte” no es médico.

“Entonces llegaba yo al R4 y me dice él esta parte y yo así “y ¿tú crees que con eso vamos a ganar el concurso?” Obviamente me gané una regañada “¿Cómo dudas de mí? Si yo te estoy diciendo, ningún residente duda de lo que yo le digo” y yo así “pero yo no nada más soy la residente” ¿no? [...] por supuesto no podía equivocarme, no podía salir mal en un examen, porque era la pareja del jefe y no podía equivocarme. No sólo los ojos del mundo estaban sobre mí, ya tenía bastante con él en casa “¿Te vas a dormir? ¿Qué no vas a estudiar?” Aunque yo llevaba 48 horas sin dormir ¿no? Entonces, cansancio físico, estrés psico afectivo, mucha violencia, sobre todo emocional ¿no?”

Esta sobre-exigencia, que ella explica en parte por una relación violenta con su ex pareja y jefe, cambió radicalmente su trayectoria profesional. De esperar ser “la mujer de...” con una carrera brillante y al amparo de su exigente esposo - “Yo decía “es que no le conviene tener por pareja a una mujer analfabeta, no es que me esté haciendo un favor” ¿no?”- sufrió un *burn-out* y las cosas para ella, comenzaron a cambiar:

“Entonces, embonábamos perfectos él y yo, en ese sentido, porque él era muy exigente y yo era muy capaz de responder a esas demandas académico-laborales ¿no? Te digo, no te miento: fui la mejor, el mejor promedio, ganamos el concurso de investigación, por supuesto que lo ganamos y con bombo y platillo, o sea: entrevistas aquí, entrevistas allá... fue el estrellato, fue la entrada al estrellato para mí. Y bueno, en el último día yo estaba tan cansada, tan fastidiada que me acuerdo que me desperté ese día y me dije “no voy a ir” y el otro así “¿cómo que no vas a ir, si ya nada más vas a recibir la constancia?” “no quiero” “¿cómo que no quieres?” “no voy hacer la maestría” “¿Qué te pasa? ¿Cómo es posible, por qué no?” “quiero ser una ginecóloga mediocre” le dije “quiero ser una ginecóloga *just* normal” y me acuerdo que me dijo “pues, entre García (que era una compañera que era la peor de mi generación) y tú no va haber ninguna diferencia” y dije “pues lo siento, he decidido que quiero ser mediocre”.

Para la doctora Suza, ser mediocre era salirse del espiral de sobre-exigencia y violencia en la que se había visto envuelta durante su residencia, siendo además, la pareja del jefe, en lo que ella denomina “los años del cautiverio”. Su caso nos muestra cómo, aunque sea en negativo, no deja de ser fundamental el lugar de los maestros - aquí como contraejemplo-.

Estos dos últimos casos, en sus diferencias, sin embargo muestran algo bastante importante, que es lo frecuente que es encontrar dentro de la profesión médica parejas y

matrimonios formados por médicos. Para el caso de nuestras entrevistadas, como vimos más arriba, de las 20 que están o estuvieron casadas, 15 lo hicieron con médicos¹⁵⁶.

Relaciones con los pares.

Si hasta aquí estuvimos viendo relaciones asimétricas, mediadas por la jerarquía formal o por el prestigio, ahora es el momento de dar cuenta de las relaciones simétricas, es decir, las establecidas con quienes son considerados pares: los médicos y médicas con las que comparten parte de las rutinas diarias de atención clínica, investigación, enseñanza, etcétera.

El concepto de simetría sugiere reciprocidad y cooperación y sin negar que las haya - analizaremos un caso particular en el próximo capítulo con el ejemplo de FAMMAC- aquí nos detendremos en las relaciones con pares que se vuelven relaciones de competencia, porque así que fue cómo fueron descritas en el marco de las entrevistas individuales. Los relatos sugieren que el apoyo viene de la familia, o de afuera de la profesión. Entre los pares, surge, como vimos, muchas veces, la relación de pareja. En las médicas más grandes, se hacía mención a las compañeras de ruta, las amigas y amigos, pero por lo general, en las más jóvenes, surge una idea contraria: las pares no son las compañeras con las que pueden contar, sino las adversarias/adversarios a los que hay que superar:

“tus pares al principio, como es un grupo muy estrecho y muy cerrado de hombres, o sea se burlan, en vez de que te defiendan, por qué “pues cómo te van a defender, pues absurdo” no te van a defender, eres igual que ellos (se supone ¿no?) y no pides que te defiendan, simple y sencillamente que no le echen más tierra al hoyo ¿no? Entonces, era peculiar, porque nadie se mete, nadie intercede por ti pero eso sí, todos, si haces algo mal “no, es que estuvo muy mal, y yo le dije que estaba mal desde el principio y no me escuchó” y en vez de que pues trataran de componerlo ¿no? si no te ayudan, pues que por lo menos no te echen más tierra al hoyo.”

Esto decía, recordando sus tiempos de residente, la doctora Kía, quien con tono de revancha, luego agregó:

“Entonces me daba tanto gusto que amigos, amigos de mi guardia, compañeros que ahora ya considero mis amigos (pero en ese momento pues era complicado pensarlo) porque esperabas que te dieran la puñalada, en cualquier momento, siempre, cuando preguntaban “¿Quién hizo algo mal?” bueno, te echaban la culpa a ti. Entonces, me acuerdo mucho de dos situaciones en la que me pidieron ayuda y yo lo resolví, y eso que ellos eran más grandes, y más fuertes y ése es finalmente como el premio que te da la vida de que las cosas solitas por su propio peso caen ¿no?”

¹⁵⁶ Seguramente muchos sean los motivos de esta alta “endogamia” dentro del grupo profesional. En el apartado Interacción familia-trabajo, será analizado uno de los motivos que, en el punto de vista de las entrevistadas, explican el fenómeno.

Otra joven doctora recordaba que cuando era residente:

“prefería estar en el quirófano, adentro de quirófano, adentro de mi consultorio y no salir para nada, porque yo sentía que a mis pacientes les ayudaba y me sentía bien haciendo mi trabajo, pero cuando tenía que interaccionar con alguien prefería comer sola, prefería estar sola porque me chocaban los chismes. Así, todos eran chismosos y todos eran “maricones” en el sentido de que no te hablaban de frente, todo mundo te daba la vuelta y a tu espalda hablaban de ti ¿no?”

Si estos relatos pertenecen a la dura época de la residencia, también conviene citar las palabras de la doctora Lola, recordando su época de estudiante, en los primeros años de la década de 1980:

“¿Sabes que dar apuntes en España era un acto de absoluta generosidad?! Es una competencia ¡durísima! Y yo me empiezo a dar cuenta en dónde estoy. Empiezo a darme cuenta de que la Facultad de Medicina, los estudiantes de medicina son los de más alto índice de suicidio, siguiendo los de derecho; que la competitividad es durísima. Yo llego de la manera más ingenua en la Complutense y a ese medio, a ese mundo tan selecto, tan de privilegio [...] Me lleva a mí tiempo hacer los vínculos, me lleva a mí tiempo entender el modelo educativo, me lleva a mí tiempo cerrar—o sea, no cuestionar eso, porque si yo cuestionaba eso ¡no acababa María! ¡No llegaba! - Y, yo hago toda una tarea de vínculo, de entramados para poder lograr que me dieran sus apuntes: eso fue. O sea, me llevó otro año establecer esos vínculos¹⁵⁷ ...”

La doctora Suza, considerada por sus amigas de fuera de la profesión como una “feministoide”, recuerda el modo en que la veían sus compañeras durante la residencia:

“Típico, me veían como la gandalla, la prostituta ¿no?...Obviamente, nunca hubo esta posibilidad de comunicación con mis compañeras porque me veían como su enemiga, a muerte”

Y de sus compañeras en la actualidad, también habla de un modo en que se denota la falta de compañerismo, la mirada crítica, la falta de comprensión: “donde trabajo actualmente, alguna broma hicimos, y algo dije yo de sexo oral ¡bueno, fue un escándalo! ¡Entre las ginecólogas! No faltó quien dijera “¡ay! Cochina ¡Ay! No digas porquerías”

En relación con el humor y los códigos compartidos – o no- la doctora Ana Carolina explica su falta de comunicación y comprensión con sus pares, esta vez, a partir de lo que le ha sucedido en los Congresos de su especialidad –Ginecología:

“pues lo ginecólogos también son—a veces hacen chistes en los congresos y dices “molesta que lo hagan” Pero lo que molesta más es que las médicas que estamos en la reunión le festejemos el chiste, entonces tú ves y dices “que se rían los hombres, pero tú no tendrías por qué reírte” ¿no? ...En este contexto porque no es el momento, pero si al menos—nosotros—a ver: cuando es una mujer la que está de ponente, y hace ese tipo de comentarios, sí hacemos la observación “Doctora, usted hizo un comentarios de esta manera, me

¹⁵⁷ La tendencia a formar “vínculos” como capital social, es otro de los elementos que suele caracterizar la labor de las mujeres profesionistas.

parece que su charla ha sido excelente, los conceptos muy claros, excelente, pero hizo un comentario así y así, y así, o sea, eso no”

La otra cara de la competencia es el sentimiento de soledad, de falta de acompañamiento que muchas doctoras dejaron entrever en sus relatos. Así, la doctora Romina recuerda sus primeros tiempos de la facultad:

“entonces me desconecté de la vida, de amigas, amigos, pareja, todo, todo, música, tuve que dejar de escuchar música para que no tuviera la nostalgia ¿no? dejé de escuchar música, dejé de todo ¿no? y me dediqué a mi hijo, al trabajo y al estudio y encontré que el motivo más fuerte para seguir estudiando era que yo quisiera ser médica”

Un lugar muy frecuente de la crítica sexista es apelar a la “competencia natural” entre las mujeres, algo que las feministas, con la idea de sororidad¹⁵⁸, han querido refutar. Aquí, lo que me interesa es mostrar que la competencia y el aislamiento surgen como efecto de un sistema de formación y trabajo, que alienta culturas segregacionistas –en el sentido nativo de nuestros actores, hemos escuchado mucho la idea del “Club de Tobi”¹⁵⁹-, como lo muestran las palabras de la Doctora Rosa:

“por ejemplo, tú llegas a los vestidores ¿no? Los vestidores aquí si están separados niñas con niños y todo, y hay una sala en común para hombres y mujeres, pero a veces cuando llegas a otros hospitales donde el vestidor es de comuna ¿no? y sí es muy marcado de los cuates estos, aunque no se conozcan anestesiólogos y cirujanos están hablando como el mismo punto ¿no? y tú puedes estar ahí sentada y ni te preguntan tu opinión, nada... te hacen sentir así de bueno... pues la cara ahí que estás viendo nada más que captas. Pero ¡de veras! Ellos pueden entablar una plática en menos de 5 minutos entre ellos (porque aparte son 10 hombres) y tú eres la única mujer que va a operar, entonces eso sí es muy notorio. Ahora, yo no lo siento tanto porque mi anestesióloga es doctora, y mi ayudante es doctora, entonces siempre vamos puras mujeres, entonces yo hice mi “club de Mafalda” ¿no?”

Mostrando la otra cara de la competencia y el aislamiento¹⁶⁰, en lo que en palabras de la doctora Rosa es “el club de Mafalda”: esto es, el compañerismo entre mujeres. También, en un intento por volver más reflexiva esta cuestión, la doctora Olga, planteaba:

“la cuestión de las mujeres... a mí me parece que tendemos a, nuestros lazos solidarios siempre tienen lo emotivo inmerso, entonces tú puedes llegar con tus compañeras “ay es que estoy muy triste, estoy cansada ya no aguanto” o “estoy en mi síndrome premenstrual y estoy así que ya no me la acabo y tengo que hacer tal y tal y tal” y nos echamos la mano, ¿no?”

¹⁵⁸ Sororidad es la versión femenina de fraternidad (soeur, del francés, hermana).

¹⁵⁹ El “Club de Tobi” hace referencia a la historieta “La pequeña Lulú” y era un lugar donde las niñas no tenían permitido el acceso. Véase también capítulo 3.

¹⁶⁰ Mi punto de vista es que las relaciones de competencia y/o cooperación no son exclusivas ni de hombres ni de mujeres, sólo me interesa aquí resaltar cómo ven las relaciones con sus pares como relaciones de competencia y/o cooperación, las propias médicas que he entrevistado.

Y si ella reconoce el espíritu de compañerismo y comprensión con sus pares, también reconoce que “la misma dinámica de la carrera te va separando”:

“Hicimos un estudio de depresión en la carrera y de repente así, bueno, todo el mundo caía en la escala ¿no? qué hacemos ¿no? de qué se trata; o está mal la escala o todos estamos deprimidos o qué ¿no? Y empezamos a indagar y nos dimos cuenta que no nos contábamos nuestras cosas ¿no? o sea de repente ya dejabas al novio, no estabas en las fiestas familiares, tus redes sociales las ibas rompiendo... está también la otra cuestión, la del alcohol ¿no? No sé si hay un estudio, me imagino que debe de haber, el índice de alcoholismo, a lo mejor no de alcoholismo como dependencia, pero sí el uso del alcohol durante la carrera porque es como “ah hoy no tenemos guardia, vámonos de fiesta” y todo el mundo llega ¡Ahh! y todo el mundo se pone a tomar y la súper fiesta y acabas así ¿no? dormido de cansado y el espacio de estar tranquilos, “sale vamos a bailar, pero vamos a tomar” ¿no? [...] De las drogas hasta eso a mí me tocó muy poco saber o conocer de casos, pero los que llegué a conocer era primero empezaron con la Cafiaspirina que es cafeína para estar despierto y después algunos sí, llegué a conocer alguno que sí se metía cocaína y ya. Pero eso era en el espacio de estudiante, en el espacio de internado era salir y marihuana porque era así de “ah ya me quiero relajar” entonces también estaban como esos momentos de fuga para poder soportar todo el estrés ¿no?”.

4.4-Interacción familia-trabajo:

“La problemática con que nos enfrentan las transformaciones mencionadas es: en qué medida la redefinición del lugar de ellas en el afuera ha sido acompañada por una redefinición equivalente del lugar de ellos en el adentro”

Catalina Wainerman(2007).

Hasta aquí se han expuestos las experiencias que jalonan las trayectorias de las médicas entrevistadas, así como la red de relaciones significativas que tejen la cotidianeidad de su práctica. Ahora bien, en todo esto se puso el acento en la vida profesional. La contraparte de la vida profesional es la vida personal, que en este trabajo partimos de considerar como espacios complementarios y en mutua dependencia.

En la vida profesional, en lo relativo a las *experiencias*, es notable cómo éstas han calado en los sentimientos y valores de las entrevistadas; otro tanto ocurre con las *relaciones* y la *sociabilidad*, donde los afectos, los odios, los sentimientos con las otras personas explican la satisfacción o no con el trabajo desarrollado. Ambas, *experiencias* y *sociabilidad*, influyen en las decisiones que han llegado a cambiar esas trayectorias. En especial, en los motivos de elección de la especialidad, se vio claro cómo para algunas era esencial en esta elección una compaginación satisfactoria con la vida personal y familiar. Para darle relevancia en el análisis, a continuación profundizaremos este aspecto –sin que eso signifique considerarlo algo aparte.

Plantear la interacción/compaginación familia-trabajo hace referencia a los modos en que las mujeres resolvieron esta interacción. Sin embargo, es importante decir que la misma refiere teóricamente a dos espacios sociales que consideramos *trabajo*: el trabajo remunerado (en la medicina) y el trabajo no remunerado (la familia). Por trabajo no remunerado (TNR) consideraremos al que se realiza en el espacio doméstico y refiere, en gran medida, a los *trabajos de cuidados*- esto es, las labores de crianza y asistencia que desarrollan los y las *cuidadoras*. Según las especialistas (Orozco Ochoa, 2011), estas labores pueden ser desarrolladas por el Estado, el mercado o las familias, pero “debido a las deficiencias de la oferta pública, la oferta privada –las familias- han representado la principal red de protección social” en lo relacionado con los cuidados (Orozco Ochoa, 2011, p. 21). Como bien han señalado las economistas feministas¹⁶¹ - y como espero demostrar en los casos de nuestras entrevistadas- la posición de la persona en el TNR está íntimamente vinculada con el lugar que la misma ocupa en el trabajo remunerado. Si para muchas mujeres, el trabajo de cuidados muchas veces significa la pérdida de oportunidades de empleo y formación, en el caso de nuestras mujeres doctoras, la cuestión se manifiesta en una “pobreza de tiempo”, lo que disminuye sus posibilidades de crecimiento profesional, económico, etcétera.

Y si bien el TNR -específicamente el de cuidados- no implica exclusivamente a las mujeres, sí ellas son las más afectadas, ya que “a medida que se acrecienta la participación de las mujeres en el trabajo remunerado, se desdibuja la frontera entre las funciones productivas y las reproductivas en la tradicional división sexual del trabajo, porosidad que se da sólo por el lado de las mujeres” (Orozco Ochoa, 2011). Como veremos con nuestras entrevistadas, si bien se trasluce un incremento de la participación del varón en las tareas de cuidado, ellas siguen siendo las principales encargadas¹⁶².

Una vez hechas estas aclaraciones conceptuales, es necesario decir que entonces, en los modos en que las mujeres médicas arreglan, concilian, negocian, la interacción familia-trabajo se hacen visible sus dobles jornadas de trabajo. Estas jornadas, al no ser consideradas como trabajo – sino más bien, como mandato cultural, instinto materno, etcétera- muestran un elemento central

¹⁶¹ Por ejemplo, Rania Antonopoulos en ONU Mujeres (2011).

¹⁶² Así lo demuestra por ejemplo, un estudio realizado en Australia sobre la distribución del tiempo y las responsabilidades en el cuidado de los hijos e hijas entre madres y padres de familias intactas: la autora señala también que la carga del trabajo físico sigue recayendo sobre las mujeres, mientras que los hombres se dedican más a las tareas lúdicas con sus hijos (Craig, 2011)

en la vivencia de las “contradicciones” entre la experiencia de mujer y familia y la experiencia de mujer y medicina, provocando ya sea, el abandono de la profesión, el rechazo a tener una familia y/o el rezago en el desarrollo profesional.

Tipos de arreglo.

Así, lo que me interesa en este apartado es mostrar la diversidad de respuesta encontradas por las entrevistadas a esta interacción. Primero veremos los tipos de arreglos que han llevado a cabo las médicas que han debido compaginar la familia con el trabajo. De estos tipos de arreglos, me detendré en tres: 1- Familia extensa: refiere a los casos de las médicas que contaron con ayudas familiares o familias ampliadas para solucionar las cuestiones vinculadas a los cuidados -que no sólo refieren a los niños, sino también de ancianos o enfermos-; 2-Cuidado de terceros: refiere a las que recurrieron de manera privada y con trabajo de terceros a solucionar estas cuestiones; 3-Equidad de Cuidados: refiere a las que, para el caso de cuidados de hijos de la pareja, llegaron a una solución “equitativa” o reconocen en su pareja un elemento central a la hora de explicar un arreglo familiar “justo” y/ compartido.

Antes de seguir, quisiera dejar en claro un sesgo de género propio que se tornó visible -no en el trabajo de campo- a la hora de realizar este análisis. Si bien mi trabajo se basó principalmente en los puntos de vista de las mujeres médicas, también entrevisté a algunos varones -5 médicos. Sin embargo, a ninguno de ellos le pregunté cómo se arreglaban en su casa -dando por sentado el punto de vista social de que esto no les incumbe a ellos sino a las mujeres-. Solamente en un caso, el del Doctor Eduardo, lo supe -porque también entrevisté a su esposa y juntos los tres compartimos un almuerzo y algunas horas de su trabajo en INATSS¹⁶³ y allí platicamos de la familia.

Familia extensa.

Una forma bastante habitual de resolver el trabajo ligado a la vida doméstica y familiar es contar con una familia extensa, donde madres-padres-abuelos, se encargan de las tareas de

¹⁶³ INATSS: significa Información y Atención en Salud Sexual, y es el consultorio donde los Doctores Lía y Eduardo realizan consultas psicológicas, ginecológicas, sexológicas, talleres de información, etc, con precios accesibles. Se encuentran en la delegación Iztapalapa.

cuidado¹⁶⁴. Así sucedió en el caso de las Doctoras Anzures, hermanas y célebres médicas del Hospital General. Beatriz, la pediatra, se casó, tuvo dos hijos, pero se divorció al poco tiempo, en una época en que esto no era lo habitual –años sesentas-. Con sus hijos pequeños, se fue a vivir a la casa familiar, donde también vivían su hermana María Elena, gastroenteróloga, su mamá – partera profesional que ya no ejercía su oficio- y su papá. En una amplia casona de la Colonia Condesa, todos conformaron una familia que, en palabras de la entonces niña Rocío -hija de Beatriz, sobrina de María Elena- era un “matriarcado”:

“A mí ya me tocó que la casa la mantuvieran económicamente mi mamá y mi tía, mi abuelita ya se había retirado y todo eso, pero era ella la que hacía el pie de casa y demás...”.

En esa casa, las tareas y funciones estaban bien divididas:

“pues entre semana la verdad es que no veíamos mucho ni a mi mamá ni a mi tía, porque no les daba tiempo de ir a comer a la casa, cada quien comía en su consultorio ¿no?... Pero de todas maneras no nos sentíamos desatendidos porque ahí estaban mis abuelitos todo el tiempo, entonces mi abuelito se hacía cargo de todo lo que habitualmente se hubiera hecho cargo un papá: de componer las cosas, de llevarnos aquí, de llevarnos allá, qué se necesitaba para comprar para lo de la escuela, y todo eso. Y mi abuelita era de un sentido del humor y una energía y todo... el caso es que no las veíamos mucho entre semana pero yo, yo no me di cuenta de lo afortunada que era y de lo especial, y único que era mi ambiente familiar”.

Dado que ambas médicas fallecieron, sólo tenemos el relato de Rocío para describir un poco el arreglo familiar que sostenía y hacía posible las carreras de estas dos mujeres que fueron, para su época, excepcionales. Lo interesante del relato de Rocío es que muestra que la modalidad de familia extensa, con madre divorciada y demás, era percibido como algo nada común en la sociedad de su época, pero no para ellos:

“yo creo que hasta la secundaria cuando empecé a salir, que hacer los trabajos a casa de los amigos... Y veía yo otro trato a mis contemporáneos, por un lado me di cuenta que era yo de las muy pocas que tenía una mamá profesionista, que trabajaba... pues la mayoría no habían terminado ni prepa, o sea la mayor parte de las mamás de mis amigas y de mis amigos pues la secundaria y hasta ahí.”

Eso, que era extraño en la década de los sesenta, también fue el arreglo que hizo posible la carrera de la Doctora Romina, quien con un bebé pequeño y divorciada, pudo seguir estudiando gracias al trabajo de toda la familia, haciendo base en su madre:

“Mis hermanos y mis hermanas son muy buenas gentes y siempre hemos tratado de hacer equipo, siempre y entonces de pronto que todos los niños se quedaban en la casa y de pronto fue así como que muchos niños en la casa hijos de todos ¿no? Entre primitos se criaron prácticamente pero mi mamá y yo nos

¹⁶⁴ Lo que es interesante mencionar es que, tal como lo plantea la literatura especializada, cuando se cuenta con estos apoyos, el trabajo de cuidados también es preponderantemente femenino –madres, suegras, hermanas- que por su lado, también realizan trabajo no remunerado (Mujeres, 2011))

dedicábamos a cuidar más a los niños, ya luego yo empecé a trabajar y a estudiar a los dos meses de nacido mi hijo y dije no pues ya, se acabo ¿no? esto ya, hay que pasar la página y ya seguir adelante”

Cuando se divorció, recurrió a su madre, con quien hizo una especie de trato: la madre cuidaba del niño y Romina estudiaba, pero a condición de ser ellas dos “autónomas” y que Romina no tuviera más novios ni distracciones en su carrera. Entonces, ella sacó una beca honorífica para irse a realizar un posgrado a Barcelona:

“Y entonces mi hijo se quedó aquí, yo regresaba y la verdad ya no me quería ir y bueno cuando terminé pues ya di gracias a Dios y todo. Me fue excelente, la gente de allá me trató increíblemente bien, todos, todos, con invitaciones a regresar, con aceptación en la mejor clínica de ginecología en Barcelona y la verdad es que esa sí la rechacé, no la pude aceptar porque no podía dejar más tiempo a mi hijo y llevármelo iba a ser muy complicado”.

Así, en su relato, ella decidió dedicarse a estudiar y trabajar y no tener más que un hijo, pero al mismo tiempo, y a continuación dice:

“Un hijo no te limita para nada, los hijos no te limitan para nada al contrario son los motores que te hacen seguir adelante y luego vienen a ocupar un espacio en tu vida que tú no sabías que existía pero lo sentías, o sea, sentías ese vacío, sentías esas necesidades y la verdad eso fue lo que a mí me hizo estar en la sociedad, insertarme en la sociedad porque yo antes no sé, era como si sintiera un vacío, una desorientación no lo sé, algo raro, que no me sentía ubicada y con mi hijo yo sentía que podía estar en cualquier lugar, que podía lograr lo que sea, que podía hacer lo que sea y gracias a Dios hasta ahorita lo he hecho y gracias a él y a mi mamá”

Es decir, un hijo “no te limita” siempre y cuando haya quien pueda cuidarlo, en este caso, su mamá, para quien son todas palabras de agradecimiento, lo cual muestra las tensiones que atraviesan el trabajo de cuidados, sobre todo cuando lo realizan los familiares. Hay agradecimiento porque ese trabajo es percibido como una ayuda, un favor, un gesto de amor – uno de los elementos centrales del trabajo de cuidados es que está atravesado por la subjetividad y las emociones (Orozco Ochoa, 2011)- lo que dificulta su visión como trabajo -que en lugar de ser agradecido, debiera ser considerado un bien público, tal como plantean los especialistas (Kershaw, 2011).

Otro caso donde la familia extensa tiene un papel importante, es el de la Doctora Lía. En su caso, la familia extensa colabora en la crianza de los hijos. Ella comparte las obligaciones familiares y laborales con su esposo Eduardo, pero ambos –dice ella- siempre contaron con el apoyo de su mamá:

“tengo una fortuna, vivimos en casa de mis papás, soy hija única, entonces, para mis papás es así “mi hija y mis nietos” ¿no?...Somos una familia, le llaman ampliada... Porque está, además, el tío y la tía, hermanos de mi papá. Entonces, todos cooperamos y estamos como en una comuna, todos pagamos ahí gastos ¿no?

....pero con respecto al cuidado de los niños, en la mañana que van a la escuela, mi mamá es quien los recibe y quien les da de comer. Yo llego, y sí efectivamente, me quito la bata y llego con ellos a checar tareas, a comer con ellos, a jugar con ellos.”

Es una “comuna” “una familia ampliada”, todos cooperan, pero para el caso puntual de la crianza de los niños, la abuela es la que cumple un rol fundamental que le ha permitido a Lía y su esposo disponer de tiempo -lo que sostiene la idea que el problema para las mujeres profesionistas que no cuentan con estos apoyos es la “pobreza de tiempo” (Lamas, 2011)- para sus proyectos profesionales.

Claro que la familia ampliada con la que se comparte el techo es, digamos, un extremo de un continuo que contempla tipos de arreglos combinados, donde hay contratación de terceros para el trabajo de cuidados, con ayudas parciales de padres, suegros, etcétera, tal como lo explicaron las doctoras Susana K, Margot, María Violeta y Amalia.

Es importante dejar aclarar que los trabajos de cuidados no refieren exclusivamente a los niños. En el caso de la Doctora Soledad, ella se independizó de su familia, se fue a vivir sola, pero luego, al enfermarse su padre con una enfermedad degenerativa que requiere cuidados permanentes, volvió a la casa familiar para ayudar a la madre. Trabaja en el sur de la ciudad y vive en Azcapotzalco¹⁶⁵, por lo que para poder llevar a cabo semejante “maratón diaria” hizo una serie de arreglos:

“ya tenemos todo un arreglo estratégico, *entons (entonces)* en las mañanas yo, se supone que yo aquí debería de llegar siete y media, ocho. La doctora Sánchez, que en cierta forma sigue siendo mi jefe sabe toda la problemática *entons (entonces)* yo tengo autorización de parte de ellos de llegar a las nueve, entonces pues *ora (ahora)* sí que mi mamá que también sigue trabajando porque, bueno, parte que ella quiere seguir trabajando, parte que por lo mismo de tener un enfermo crónico en casa para mí no se me hace nada sencillo y menos que se tuviera que enfrascar en eso, *entons (entonces)* yo prefiero que siga también afuera. Entonces ella también entra a las nueve de la mañana, pero ella está a cinco minutos, entonces pues tempranito nos levantamos nosotras, lo levantamos, él ya se queda”.

Soledad dice que “es cansado” pero que “se puede”. Claro que, no es fácil, más en comparación con su hermano: él no colabora con los cuidados del padre enfermo, porque supuestamente tiene su propia familia –con esposa e hijos- pero la esposa es la que cuida de esos niños y a veces, hasta Soledad –en calidad de tía- y su mamá. Lo que muestra cómo los roles de cuidado siguen cayendo para los elementos femeninos de las familias. Soledad, sin embargo, mezcla estos roles pues se describe a sí misma como “cuidadora, proveedora profesionistas y hasta niñera”.

¹⁶⁵ Azcapotzalco es una delegación del norte de la ciudad de México.

Cuidados de terceros.

En muchos otros casos, los arreglos familiares que sostienen las trayectorias profesionales de las mujeres en la medicina se solucionan en el mercado, es decir, a través de la contratación de servicios a terceros para la realización de las tareas domésticas y de cuidados.

La Doctora Vicky me contó con lujo de detalles cómo “le había salvado la vida” un comedor económico: en un momento de mucho trabajo, con su esposo y sus tres hijos -el más pequeño iba a una guardería privada- consiguió cerca de la casa un comedor, que según sus palabras no era tan económico, pero era casi como un “chef personal” y su esposo y sus hijos comían allí y ella a veces hasta los alcanzaba, lo mismo los fines de semana y para cenas y eventos especiales: la doctora recuerda “le decía Pepe, prepárame esto y aquello” y según sus propias palabras, Pepe fue esencial para su vida familiar hasta que falleció -cuando sus hijos iban a la Universidad- Sin embargo, todavía lo echan de menos.

El tema de las guarderías infantiles es un tema crucial, sobre todo para las que tienen niños pequeños, ya que es la edad en que todavía no van a la escuela y si uno no tiene con quién dejarlos, la única opción son estas guarderías que en muchos casos, para un estudiante o residentes, son caras. Así nos lo expresaron las Doctoras Margot y Sisí: la primera, que con su primer bebé y siendo residente, no podía permitirse el lujo de una guardería privada, tuvo que volver a su ciudad natal; la segunda, que agradecía el hecho de que se hubiera logrado que la Guardería del ISSSTE cercana al Instituto de Pediatría también recibiera a los hijos de las médicas.

Esta situación también se logró en el Hospital General, gracias entre otras personas a la Doctora Susi K, que tenía entre sus residentes médicas con hijitos pequeños, quienes le agradecieron el apoyo.

Estas reivindicaciones laborales, que tienen que ver con el sostén colectivo y social para las tareas de crianza y reproducción – como las licencias por maternidad y paternidad- son vistas como “ayudas”, como “suerte” que se tuvo de disponer tal o cual servicio, en lugar de verlo como una cuestión de derechos adquiridos o por adquirir –los cuidados como obligación ciudadana (Kershaw, 2011)-. Y, es de remarcar, que en todos los casos que se logró por ejemplo, el servicio de guarderías – Hospital General, Pediatría- quien lo garantiza es el Estado. Lo mismo ocurre para el caso del Ejército, según lo contaba la Doctora Elsi, médica general en el Hospital Militar y madre

de una pequeña de 5 años, acerca de las prestaciones laborales como salud y vivienda para las mujeres del ejército como ella:

“Antes solamente si eras hombre podías afiliarse a la esposa, a la concubina ¿ajá?... Y ya debe de tener como unos seis años, cinco, seis años que ya las mujeres también pueden afiliarse: estés casada o no estés casada. Si vives en unión libre con alguien, pero lo puedes comprobar, puedes afiliarte, y antes las mujeres solamente podían afiliarse hijos, hijos sí ¿no? pero así como al esposo darle seguridad social, es decir, médico, etcétera no, no se podía y ahora ya se puede. Eso en algunas cosas, por ejemplo, en las unidades habitacionales era lo mismo, tenías que estar casado, casado así con acta propia— formalmente— para poder tener derecho a pedir una vivienda, ¿ajá? Y ahora, igual muy reciente, tal vez como unos 3 años, ya pueden pedir vivienda las mamás solteras, no necesariamente ya tienes que estar a fuerza casado ¿no?”

Si bien en muchos casos existe la opción de las prestaciones laborales, también es cierto que ni bien las médicas están en condiciones de pagar a sus propios empleados y escuelas privadas, lo hacen. Veamos el relato de la Doctora Ivana:

“lo que yo hacía fue, o sea, nunca dejé de trabajar, nunca dejé de trabajar, eso sí. Desde que entré a dar clases de ecología, hasta la fecha nunca he dejado de trabajar, pero en aquel entonces trabajaba medio tiempo a pesar de ser jefa del departamento yo venía en las mañanas y—porque fui jefa embarazada ¿no?— y yo me iba a medio día y en las tardes, yo me organizaba de tal forma de poder trabajar cosas en la casa, para no venir y estar con los chicos... tenía mucha infraestructura, desde el punto de vista de apoyos ¿no? no sé, había una persona que me ayudaba muchísimo con los niños, la otra persona que me ayudaba con la casa, y otra persona que era chofer, que no era mi chofer, pero bueno, era el chofer de mi ex marido. Entonces, eso pues me facilitó la vida, te lo digo sinceramente, porque sí yo hubiera tenido que ir al súper, cocinar, cuidar niños, y además trabajar... quién sabe si hubiera podido ¿no?”

El caso anterior muestra cómo poder disponer de toda la reproducción de lo doméstico de manera “privada”, provee a las profesionistas de “tiempo”, brindando con ello la posibilidad de desarrollar una carrera importante, que en este caso, posibilita que la doctora sea la jefa de un departamento de la Facultad de Medicina de la UNAM y ha sido mencionada, en varias ocasiones, como “candidata” a ocupar el cargo de directora de esa facultad.

Sin embargo, también es necesario mencionar que no todas las entrevistadas, aún pudiendo, eligen esta opción. Es el caso de la Doctora Alma, a quien visité en su casa, una casa muy amplia y confortable en la Colonia Campestre Churubusco. Ella decía:

“inmediatamente que me caso me embarazo y me doy cuenta que te absorbe totalmente un hijo todas las posibilidades del mundo. No teniendo a mi mamá, porque la perdí yo a los 8 años de edad, mi familia ya todos casados, no es fácil y tener una nana normalmente te das cuenta de que ni hacen lo que deben hacer y siempre te vas con el concepto de “¿qué le irán hacer a mi hijo?”

Los prejuicios, los mandatos familiares y sociales, la maternidad vista como una vocación de tiempo completo, como un instinto, como un destino (Palomar Vereza, 2004) explican que esta doctora, madre de cuatro hijos, decidiera no tener el apoyo de empleados y criar sola a sus hijos,

teniendo un trabajo de medio tiempo. Tanto es así que, aún hoy, cuando sus hijos son profesionistas y ella ha decidido comenzar a tener una vida profesional y pública más activa¹⁶⁶, dice que le pesan los reclamos de sus hijos por estar tanto tiempo ocupada y “tan pendiente del teléfono”.

Sus palabras sintetizan en la frase “dejaba la bata y agarraba el delantal”, la doble jornada de trabajo de las mujeres, aunque expresado en un discurso donde el trabajo es el de afuera y lo de adentro, del hogar, es parte de la tarea maternal que se hace por amor:

“mis hijos, que siempre fueron mi prioridad y hasta la fecha los siguen siendo, ya no los cobijo como los cobijaba antes, pero yo sí fui una persona que no me pude dedicar mucho a hacer esa gran especialidad que yo hubiera deseado, porque yo sí era “de mi trabajo a mi casa”: Dejaba la bata y agarraba el delantal, dejaba el delantal y agarraba el pizarrón y me pasaba las tardes completas, todos los días—no sé otras madres—porque me dicen que hay que dejar que los hijos sean autosuficientes: yo nunca”

Equidad de Cuidados.

Con equidad de cuidados se hace referencia a los modos equitativos de resolver estas tareas, al interior de las familias. Es un término relativamente nuevo y hace referencia a las políticas laborales y sociales que alientan la equidad de género, partiendo del diagnóstico de que una de las barreras más difíciles de sortear para la igualdad entre varones y mujeres, se da al interior del hogar. Las propuestas de políticas públicas a este respecto, buscan intervenir en la división sexual del trabajo en la familia, estimulando que los varones se hagan cada vez más responsables de los cuidados. Entre los modelos de los países escandinavos y el canadiense, la búsqueda de la equidad es considerada como una cuestión de cambio en el modelo de ciudadanía donde, de generizar al proveedor - como masculino y varón- y al cuidador –como femenino y mujer-, se pasaría a un modelo de proveedor de cuidados universal (Fraser, 1997) que “permite a los hombres parecerse más a las mujeres, principalmente en el trabajo de cuidados” convirtiendo en norma los patrones de vida de ellas (Orozco Ochoa, 2011, p. 28).

Trasladando este concepto a las realidades de las mujeres que hemos entrevistado, refiere a los arreglos más equitativos realizados al interior de la pareja y la familia. Ya que, si bien en países como México, la equidad de cuidados no ha sido alentada desde las políticas públicas, sí los avances de la sociedad han propiciado que las parejas comiencen a establecer relaciones familiares cada vez más equitativas. Claro que, como todo proceso cultural, los cambios no se

¹⁶⁶ Al momento en que la entrevisté era presidenta de la Federación de Asociaciones de Médicas Mexicanas, A.C. y partidaria activa de la por entonces candidata a presidenta Josefina Vázquez Mota (PAN).

producen de la noche a la mañana. Así lo ponía de manifiesto la Doctora Alma, madre de cuatro hijos, hoy profesionistas:

“mi esposo es neurocirujano, pero si tú me preguntas cuántas veces habrá dado él alguna cucharada, claro, aparte de que tenía cuatro trabajos y hasta guardias, pero los momentos que tenía tiempo para poder atender a los hijos médicamente: creo que nunca se hizo cargo. La que me hice cargo fui yo, y sí, lo veo en muchas compañeras de mi época: las de ahora ya no. Ahora, el papel del hombre médico—concursando en su casa con la mujer se ha adoptado muchísimo, ha sido algo muy bello, ha sido un boom en donde la participación del hombre dentro del hogar, como la participación de la mujer dentro del hogar y si los dos son médicos: ahora si concursan mucho en que “te toca cuidar al niño” y todo. A mí no me tocó ni les tocó ni a muchas compañeras mías médicas, más bien éramos nosotras”.

Lo que me interesa remarcar en este apartado es que, la flexibilidad del marido-compañero-esposo para acompañar y compartir las responsabilidades hogareñas y con ello, respaldar el desarrollo profesional —aunque no haya estricta equidad de cuidados— es señalado como un aspecto central en las narrativas de las médicas. Parte de lo que ellas consideran “fortuna” en la vida, tiene que ver con los rasgos de la pareja elegida.

El apoyo del compañero es señalado en primer lugar desde la comprensión, tal como lo señala la Doctora María Violeta. Estábamos sentadas las dos en la sala de su casa, con el ruido de la calle Bucarelli entrando por el ventanal, cuando llegó su hijo, un adolescente de “prepa” con la playera del equipo de fútbol del Barcelona. La doctora me dijo “él quiere ser médico y mi esposo también es médico” Y entonces, con un suspiro, hablándome a mí pero también como hablándole al hijo, que después de acercarse a saludar se quedó pendiente de nuestra charla, reflexionó:

“Así es más fácil, porque entienden...digo, antes salía yo a las 02:00, 03:00 de la mañana a atender un parto como si nada, pero si en esta época ahorita me dices que vaya a las 03:00 ya no voy eh, y ya no voy sola, porque yo iba sola y no me pasaba nada, pero ahorita como está el país con la inseguridad y cómo está, es otra cosa, es otra cosa ya”

La doctora Vicky me contó cómo en uno de los momentos más difíciles de su vida, evaluó dejar la carrera. Su hijo más pequeño estaba muy enfermo y con su esposo evaluaron todas las posibilidades. Así, de mutuo acuerdo, ella abandonó el trabajo por un tiempo, pero ni bien su hijo se recuperó, alentada por su esposo, retomó la profesión. Evocando el apoyo de éste, dice:

“yo si podría decirle sin no hubiera tenido el apoyo de mi esposo, el apoyo como lo he tenido siempre, siempre ¿sí? Para seguir adelante, para seguir preparándome para... he sido presidente de la Asociación de Genética, Presidente de Consejo. Son compromisos, además no había la computadora de ahorita que te puedes conectar, entonces, era de “comunicate por correo, maquinita, teléfono” Ir personalmente a muchos lados porque no tenías esas facilidades quizá que ahora, y quizá hubiera sido muy difícil ¿sí? Y porque no, a lo mejor ni seguiríamos casados. Porque llega un momento que tú si quieres cierto equilibrio ¿sí? en la vida, y traté de darlo.”

Para la doctora Susi K, su esposo también fue fundamental a nivel de la comprensión pero también del acompañamiento, ya que ambos se conocieron en París y luego siguieron formándose como médicos en Escocia y los Estados Unidos. Ella, claro, no hace referencia a los cuidados equitativos, pero, con mucho amor –su esposo falleció hace pocos años- dice:

“tuve una gran, gran (*piensa, busca la palabra*)... solidaridad de mi esposo. No solidaridad, sino que había...era la aceptación mutua de lo que teníamos que hacer ¿no? Él era una gente muy especial, muy encerrada en sí mismo que (*silencio*) que asumía muchas cosas y cuando yo tenía que trabajar o tenía que hacer, él a veces las asumía”

Después de decirme esto, cambió el tono del relato y con humor comenzó a contarme que, aún con el apoyo de su esposo, de sus suegros, y de empleadas que la acompañaron toda la vida¹⁶⁷, su hijo “siempre me reclamó que en esta casa se comía muy mal”. Me interesa remarcar esta frase, porque varios meses más tarde, en ocasión de un homenaje que se hacía a la Dra. Susi K y otras eminentes médicas investigadoras de la Facultad de Medicina de la UNAM, ante la pregunta de una persona del público sobre cuáles sentían que habían sido “las cosas que dejaron de lado” en pos de su carrera, la Dra. Susi K contó lo mismo –“que su hijo siempre le reclamó que en su casa se comía muy mal”-. Me parece interesante porque la repetición de la frase sugiere una respuesta preparada para algo que es frecuentemente preguntado. Es decir, las mujeres con carreras “exitosas” son puestas “en el banquillo” sobre su vida personal y familiar. Con esa respuesta, la Doctora Susi K responde a esta demanda - ¿una demanda de su hijo o una demanda social?- sale del paso con humor y a la vez, demuestra que si ése es el reclamo, es un asunto menor - lo que de algún modo, minimiza el asunto de la “ausencia” de la madre en la casa como un aspecto fatal en el desarrollo personal de los niños, tan propio de cierto discurso familiarista del sentido común.

Es importante decir que en todos estos casos, el esposo que acompaña y entiende, es un colega¹⁶⁸. Digo esto porque eso hace más fácil que además de compañeros en la vida, sean compañeros en la profesión, como el caso de Lía y Eduardo. Los dos son médicos ginecólogos, ambos trabajaron juntos en la asociación Mex Fam y desde hace poco tiempo, emprendieron

¹⁶⁷ Cuando dejaron de ser sus empleadas, aclara, fue porque se retiraron de viejitas: en 45 años tuvo dos empleadas, y la que ahora tiene, que fue quien me abrió la puerta de la casa.

¹⁶⁸ No quiero decir con esto que siempre que el esposo o pareja sea médico es una ventaja – hay ejemplos, como el de la Doctora Suza, que demuestran lo contrario-. Pero, dado el alto número de médicas casadas con médicos, dentro de las explicaciones debe encontrarse alguna que tenga que ver con las ventajas – económicas, profesionales, familiares, etcétera- de tal unión.

juntos un nuevo proyecto -en INATSS, donde hacen asesoría y consulta ginecológica, ILE¹⁶⁹, asesoría sexológica y terapéutica (Eduardo también es psicólogo)-. Ambos forman una especie de sociedad, donde decidieron seguir viviendo con los padres de Lía entre otras cosas para no tener gastos de vivienda y con eso poder financiar una actividad profesional que no es demasiado lucrativa y ellos viven como una forma de activismo:

“Te soy bien honesta: el estar en este espacio, en el que pagamos renta y todo, el costo es accesible. El costo por consulta es de 100¹⁷⁰ pesos. Honestamente, sí va saliendo para los gastos, los sueldos, la renta y no más”

Un caso similar es el de la Doctora Ana Carolina, quien con su esposo, después de dejar de trabajar en la institución donde estaban (un hospital público del gobierno del DF), se decidieron por abrir y llevar adelante dos clínicas donde, en la actualidad, realizan asesorías e ILE -una en el sur de Coyoacán y la otra en Xochimilco-:

“Empezamos a trabajar, afortunadamente pues yo tengo una pareja que—que siempre me ha acompañado en todas las decisiones que yo he tomado en mi vida como profesionista, y de alguna manera, pues en ese sentido me siento afortunada. Porque, porque no habido ningún conflicto ¿no? luego para muchas compañeras que yo conozco las parejas no las dejan—no les permiten desarrollarse ¿no? siempre está la limitante “que mi esposo y” – ¡ay!- Yo no tengo eso, o sea, yo diría que los dos nos potenciamos ¿no? En sentido que hemos afortunadamente coincidido en la forma de ver el mundo, de enfrentar los problemas. Él es médico cirujano-incluso dejó la cirugía-, y ahora actualmente es un médico que presta servicios—digo, no la dejó del 100, pero se salió de la institución de donde era médico cirujano y actualmente tenemos dos clínicas: ésta y donde está él—Que prestamos servicio de interrupción y trabajamos toda el área de salud sexual y reproductiva.”

Estos casos permiten empezar a plantear que la elección de la pareja es un elemento central en las trayectorias de las mujeres en la medicina. El último testimonio plantea algo que dijimos más arriba y es la percepción de haber sido “afortunadas” en la elección de la pareja. En muchos de los relatos hemos escuchado la mención a la “fortuna” que creo, puede ser entendida como una lectura personal de los constreñimientos a los que las mujeres se ven enfrentadas: se tiene fortuna si uno puede superar situaciones que no todas pueden y apelar a la fortuna es una forma sutil, humilde, de hablar de los méritos propios como algo que se obtiene por la suerte y no por el esfuerzo. De alguna manera, es un dispositivo discursivo que se opone al de la *abeja reina*

¹⁶⁹ ILE: interrupción legal del embarazo.

¹⁷⁰ El costo de una consulta ginecológica de forma privada en México varía, pero no baja de los \$500, llegando en algunos casos –con todo un “pack” de estudios incluidos, como pap, ultrasonido, etcétera- a los \$1,800 (poco menos de 150 dólares americanos).

¹⁷¹(Tanenbaum, 2002), pero que deja sin hacer ver la situación de disparidad de género que aún hoy, las mujeres profesionistas deben enfrentar.

Al mismo tiempo, la centralidad de las cualidades de la pareja dejan entrever, por un lado, los cambios que están comenzando a esbozarse en las identidades masculinas –o nuevas formas de masculinidad (Connell, 2003) donde se valora el desarrollo de la pareja al mismo tiempo que se participa en las labores de crianza y cuidados- ; y por otro lado, que las mujeres “eligen” esas parejas no de forma aleatoria. Sería muy audaz plantear estrategias matrimoniales –sobre todo en nuestras sociedades donde la búsqueda de la pareja se asocia a la libertad y la realización del amor romántico (Giddens, 2004)- pero sí está claro que algunas mujeres profesionistas no buscan un varón proveedor, sino un compañero, alejado del modelo “machista” del hombre mexicano¹⁷²(Melhuss, 2007).

La doctora Ivana, quien actualmente vive con su tercera pareja, reflexionaba al respecto:

“Y ahora, bueno estoy con una persona de mi edad, con una visión completamente distinta, pero claro, no es mexicano, pues creo que también los europeos tiene una visión muy diferente (de esta generación) de las relaciones hombre -mujer ¿no? y del equilibrio que hay como pareja, y el apoyo y el respeto. Pues son esas sensaciones que los compañeros... es que luego lo que hacíamos las mujeres no era tan importante como lo que hacían ellos ¿no? Todo ese esfuerzo de demostrarle que eres tan inteligente, que eres tan capaz, que eres tan... no sé, sí lo viví mucho”

Más que estrategias, podríamos hacer referencia a disposiciones -como tendencias a actuar según una determinada posición¹⁷³-, que entonces nos estarían mostrando cambios en los *habitus* de género de hombres y mujeres, un rasgo fundamental en el ordenamiento de los elementos que hacen a una nueva configuración entre los géneros, en la profesión médica y en la sociedad en general .

¹⁷¹ Por cuanto la *abeja reina* es la que no sólo no ve los constreñimientos individuales, sino que sólo ve sus propios méritos individuales –una *abeja reina* nunca le adjudicaría su éxito a la “fortuna”-

¹⁷² Haciendo referencia a los estereotipos de género en la cultura mexicana, la autora plantea que “El término “machismo”, derivado del genérico “macho”, es usado como sinónimo de masculinidad; implica sobre todo, la capacidad de penetrar y está asociado con ser activo, cerrado y tenaz.[...] El estereotipo del macho es el marido violento, a menudo borracho e infiel, o el joven que es fuerte bebedor, agresivo y que afirma explícitamente su sexualidad” (Melhuus, 2007: 234 y 235)

¹⁷³ Así, si el campo es una estructura de relaciones objetivas entre posiciones de fuerza (Wacquant & Bourdieu, 2005) y el *habitus* es un sistema de esquemas de producción de prácticas y esquemas de percepción y apreciación (Bourdieu, 2004), las disposiciones son las prácticas, percepciones y apreciaciones derivadas de la posición del sujeto en las relaciones de fuerza de su campo. En términos de Bourdieu, esta disposición – a tener una pareja con ciertas características- se convertiría en un capital –social- de estas mujeres respecto a otras, ya que las posiciona mejor en las relaciones de fuerza y les permite mayor capacidad de acción –versus, a ser meras reproductoras de las relaciones de fuerza del campo.

Tener que elegir.

Está claro que si bien en la mayoría de los casos que hemos trabajado, las mujeres han podido “conciliar” “compaginar” o establecer algún tipo de arreglo que haga posible la interacción entre la familia y el trabajo; también es cierto que en algunos casos, las mujeres sintieron que tenían que elegir entre uno y otro: o el trabajo o la familia. Veamos a continuación esos casos.

Las que dejaron.

La doctora Paquita me contó que su padre era médico, pero murió cuando ella estaba en la preparatoria. La doctora le adjudica a esa muerte temprana, el haberse casado muy joven. Comenzó estudiando química, algo que la familia y su esposo veían con buenos ojos. Pero luego, sin decirle nada a nadie, se cambió a medicina. Hasta graduarse, se lo ocultó al marido y al resto de la familia. Cuando lo anunció, les dijo que su padre así lo hubiera querido y que de no haber muerto, todo hubiera sido distinto. Para ampararse del enojo esperable, sobre todo del marido, ella apeló a la imagen protectora de su padre. Si el ocultamiento puede parecer un tanto extremo –y digamos, por qué no, hasta improbable- es cierto que a veces las oposiciones, la falta de ayuda y el medio social, hicieron que muchas mujeres no pudieran conciliar “familia y trabajo” y tuvieran que elegir por una u otra.

La doctora Paquita no tuvo que dejar la carrera, al igual que todas las otras doctoras que he entrevistado. Sin embargo, las que dejan, según algunos datos, no son pocas: un estudio sobre planificación estratégica de recursos humanos de la salud, señalaba que en 2008, de las 27,192 mujeres médicas sin empleo en toda la República Mexicana, 51% declaró estar dedicadas a las tareas del hogar, mientras que sólo un 8% buscaba empleo y no lo encontraba (Nigenda y Ruiz, 2010). Como mostramos en el capítulo anterior, este hecho, es considerado por los especialistas como un “desperdicio de recursos”: “Al diferenciar este indicador por sexo, en los tres años señalados, la tasa de desperdicio entre las mujeres que estudiaron medicina fue mucho mayor que la de los hombres”. Y luego, agrega: “El problema es que en 2008 había cerca de 37,000 mujeres que por diferentes razones –algunas personales y otras relacionadas con el mercado– no se encontraban aplicando los conocimientos adquiridos durante la carrera, pese a haber atravesado todos los filtros que se presentan. Sin duda es un desperdicio no sólo laboral sino económico y

social en lo que respecta a la inversión de tiempo y recursos públicos y privados no aprovechados” (Nigenda y Ruiz, 2010, p.205). ¿Llama la atención que se considere un “desperdicio” sin ahondar en las razones que lo provocan?

Buscando en las mediciones más exactas, las razones de tal “desperdicio”, los autores indican que: “Los resultados permitieron identificar como los principales determinantes del desperdicio, los siguientes: • Tener tres o más hijos • Ser cónyuges del jefe del hogar • Ser mujer.” (Nigenda y Ruiz, 2010, p. 205)

Mencionar estos datos me parece muy importante porque: primero, nos permite acercarnos a la magnitud de un fenómeno que de otro modo no hubiésemos podido detectar; segundo, que existe una connotación negativa sobre las mujeres que habiendo estudiado una carrera universitaria lo dejan todo por la familia –lo cual se manifiesta en el término nada inocente de “desperdicio”, pero también en el tono usado por algunas de nuestras entrevistadas respecto a las que “dejaron”-; tercero, que las razones sean “tener más de tres hijos, ser cónyuges o ser mujeres” no hacen más que seguir opacando la inequidad en el trabajo de cuidados que se da al interior de las familias. Esto último indica la fortaleza de una configuración de género tradicional, que adjudica al “ser mujer” estas obligaciones; y además, dado que esas serían las razones por ellas mismas esgrimidas, nos muestran los modos sutiles pero eficientes en que el orden de género habla a través de los sujetos que oprime –lo que ciertos autores denominan *violencia simbólica* (Wacquant & Bourdieu, 2005).

Ahora bien, para continuar con nuestro análisis, es importante decir que no obtuvimos datos directos sobre las mujeres que abandonaron la carrera y/o la profesión en pos de dedicarse a la familia, por lo que me basaré en los relatos de las doctoras que refieren a colegas y amigas que sí lo hicieron.

La doctora Ivana, en su despacho de la Facultad de Medicina desde donde se contempla un hermoso paisaje de la ciudad universitaria, recordaba a sus compañeras, por momentos mostrándose comprensiva, por momentos no.

“de mi generación que fuimos 7 mil o 5 mil, 6 mil, quién sabe cuántos, terminamos una minoría, no sé cuántos. De los que teníamos los más altos promedios, que escogíamos plazas y que nos conocíamos todos así—los que andábamos así juntos, habíamos muchas mujeres, pero resulta que todas esas mujeres de buen promedio dejaron la carrera o escogieron oftalmología (*dicho con un dejo de desprecio o subestimación*) o especialidades muy cómodas, que a la larga nunca ejercieron. Una compañera de 10, la mejor, una patóloga

excelente... se dedicó a tener hijos y ahora ya medio hace cositas ¿no? *(también dicho con tono de subestimación)* Entonces, por la familia... ya ves”

Si el relato anterior señala a las compañeras que estudiaron en la década de los setentas, no hay que pensar que la elección por la familia es algo que ya no existe. Al respecto, la doctora Olga, médica general de 38 años, decía sobre sus compañeras:

“la cuestión ésta de los matrimonios también todavía le pega a las chavas, se casan y se van aquí... en la ciudad también... Las hay que aún casadas o aún con hijos siguen, pero es extraño porque necesitas un apoyo de la pareja que quién sabe si esté dispuesto a dar ¿no? o un apoyo a la familia completa”

La doctora Alma me contaba, como síntesis de sus diálogos con las colegas de la FAMMAC en todo el país:

“ahora que nosotros hemos salido a las fuentes de trabajo, que somos proveedoras, me doy cuenta que es un fenómeno mundial, no nada más de aquí de México: el alto índice de divorcios –nuestros papás no se divorciaban... por aguante a lo mejor, por tradición “porque no me queda de otra, porque tengo que aguantar a tu papá” No sé por qué, sería una historia muy larga, pero esta salida de la mujer a las áreas de trabajo y a las profesiones nos aleja un poco más del acercamiento hacia los hijos–y el fenómeno que yo veo ahorita también es que nosotros, 22, 23, 26 años ya te estabas casando, nos casábamos muy jóvenes, y ahora ya, esta nueva generación donde un gran porcentaje de mujeres somos profesionistas, yo he visto que—si lo platico con mis compañeros tanto de preparatoria (que tienen todo tipo de carrera) como medicina, la mayoría de nuestros hijos –que están en treinta años y más- no se han casado”

Me interesa ese relato porque muestra toda la cuestión como una preocupación -el que los hijos no se casen- y a la vez, muestra cómo para una generación, que fue joven en la década de los setentas, es una generación de transición, los padres no se divorciaban pero ellos sí, fueron las primeras en salir a trabajar y ahora tienen sus hijos –nacidos en los setentas y ochentas- que no se casan. Sobre esta percepción de ser una generación de cambios, la doctora Ivana comentaba:

“Esas mujeres de mi generación, que fue como el parte aguas, tenemos un perfil muy especial ¿no? De mucha exigencia. Y los hombres, pues yo lo siento más tranquilos, como que hacen lo que—como para lo que estaban diseñados ¿no?”

Estas son las mujeres que comenzaron a estudiar en los momentos de expansión de la matrícula femenina en la universidad, las que tuvieron que enfrentar a las familias que sólo querían verlas casadas y con hijos, la generación de mujeres de las cuáles muchas, después de la universidad, efectivamente se casaron y tuvieron sus hijos y abandonaron la vida profesional; y de las que, pudiendo conciliar, tuvieron sus hijos que hoy deciden no casarse y seguir viviendo bajo el ala protectora del techo familiar.

Las “solteronas”.

Si para las mujeres, la elección de no casarse en la actualidad es un poco más frecuente, hace unas décadas era algo fuera de lo común. Tal fue el caso de la Doctora María Elena, graduada en 1953 y quien, en una entrevista a la revista *Médicos de México*¹⁷⁴, después de hablar de sus tiempos de estudiante en el Palacio de Santo Domingo, de su “pionerismo” en la gastroenterología mexicana y en la Academia de Medicina, afirma:

“Nunca me casé –rie-no tenía tiempo, mis respeto y mi admiración para las mujeres médicos que son casadas, que tienen sus hijos y que siguen con sus carreras. Yo me casé con la medicina y tuve la libertad absoluta de disponer de mi tiempo como quise y no me arrepiento”.

Me parece interesante este relato porque afirma que no se casó con un hombre sino con la medicina –una expresión similar a la utilizada por las monjas, que se casan con Dios, como si el destino de las mujeres fuera ser esposas de alguien o de algo (Lagarde, 2005)- y da a entender que eligió su libertad para la profesión en lugar de las ocupaciones de una ama de casa. Pero, si relacionamos estas palabras con el relato de la vida familiar dado por su sobrina, es interesante ver que la doctora María Elena sí tenía una familia, sólo que no una familia donde ella ocupara un lugar tradicional –de esposa, madre, cuidadora- sino una familia donde ella era una de las principales proveedoras. Es decir, es posible pensar que lo que se denomina “conciliación” familia trabajo aluda a la familia y al lugar de las mujeres dentro de ella, desde un punto de vista tradicional –sin percatarse de que existen otras formas de “conciliación”.

No está de más agregar que, tal como lo confesara su sobrina Rocío, se trata de una verdadera elección, ya que “candidatos no les faltaban” (ni a su madre divorciada, ni a su tía), lo que me parece relevante por el hecho de que se suele pensar que la mujer que decidió no tener pareja es porque “se quedó solterona” (o para “vestir santos”, otra expresión popular para referirse a las mujeres que no se casaron).

Así, por ejemplo, una pediatra aludió a sus compañeras que, a diferencia de ella, no se casaron ni tuvieron hijos. Entonces, para que yo pudiera también tener sus relatos, me dio el contacto de una de sus compañeras “solteronas”, que por eso mismo, me dio a entender, era una reconocida profesional. Como la antropóloga es en este caso parte de la sociedad de sus informantes, fui hasta Médica Sur en Tlalpan a entrevistar a una “solterona”, a quien imaginaba como una mujer seca, amarga, seria y poco atractiva -y demás preconociones sobre la “solterona” que uno comparte por pertenecer a la misma cultura-. Sin embargo, me encontré con una mujer

¹⁷⁴ (“María Elena Anzures. La primera en hacer una esofagoplastia con colon en México,” 2003)

unos pocos años mayor que yo, muy desenvuelta, sonriente, de voz gruesa y trato amigable. Claro que ella no se definió a sí misma como “solterona”:

“para mí trabajar pero no es mi prioridad, o sea mi prioridad siempre ha sido mi familia, no soy casada pero mi familia, mis hermanos, mi mamá, convivir con mi familia para mí, es prioridad... Entonces, sí trabajo bastante diría yo, pero porque disfruto trabajar, pero en el momento que el trabajo intercede con mi vida familiar, dejo el trabajo y me voy por la vida familiar”

Y luego, ante mi pregunta sobre si su familia comprendía y la apoyaba en su profesión, me respondió que:

“pues ni digamos que apoyo ni nada, o sea no se meten, yo salgo en la madrugada a operar y “¡ah bueno! Salió a operar” “no regreso, está seguro trabajando” a veces ni estoy trabajando, me fui de juerga pero no llegué pero “no, está trabajando” siempre visualizan que cuando yo salgo, estoy trabajando, o sea no, ni me apoyan ni me ponen trabas, me dejan libre.”

Por un lado, está claro que quien dice esto no encaja con la imagen y el estereotipo de la “solterona”. Por otro lado, esto nos muestra que lo que decía más arriba la doctora Alma sobre los hijos de las mujeres de su generación, se cumple para este caso: Rosa no se percibe como “solterona” entre otras cosas también porque las mujeres (y los hombres) en la actualidad no sienten que tienen que casarse pronto para tener hijos. Y que no tenga pareja y viva con su familia, por lo menos en esta etapa de la vida, no lo ve como el producto de su dedicación a una carrera exigente y demandante, que ni siquiera considera su prioridad.

Diferente es el caso de la doctora Fabiana, que sí siente que su soltería es parte de la decisión de haber seguido una especialidad demandante y complicada como la neurocirugía:

“soy soltera, y es lo que le decía, yo creo que también por eso—pediatría es muy fácil, pediatría son 3 años, 4 años, ya no sé cuántos, uno tiene un trabajo de tal horario y ya—... pero yo...que un hombre en México acepte que una mujer salga en la madrugada... sí, yo salgo a la una de la mañana o a las 2 y tengo que operar, ya me quedé toda la noche a fuera, y a lo mejor el marido se queda en la casa si tiene otro trabajo ¿no? eso no es fácil, ¿cuidar un hijo? ¡cómo! yo trabajo aquí de sol a sol, digamos, llego a las 7, 8 de la mañana, me voy 9, 10, 11, del diario, de lunes a viernes, sábado y domingo tengo que venir a hacer visita y las urgencias, pero así de lunes a viernes, todo el día... **MP:** y cuando elegiste la especialidad sabías que iba a ser así...**DF:** no exactamente—uno no lo piensa, uno se va dando cuenta al final, pero si uno decide seguir está bien, uno es feliz así, yo soy feliz así, a mí no me hizo falta casarme o tener hijos... Y si soy buena, es que decidí poner 100% de mí a esto, claro si no, no hubiera podido dar tanto a la neurocirugía”

Queda claro en el diálogo que mantuvimos en la cafetería del Hospital Ángeles del Pedregal (cafetería que ella apenas conocía, ya que, según me explicó, cuando está en el hospital no tiene tiempo de bajar y “ponerse a platicar”; come en el servicio y casi no baja) que en su caso, sí se percibía como necesaria la elección entre una familia y una especialidad exigente tanto en su ritmo de trabajo como por necesidad de la continua formación y actualización teórico -práctica.

Además de sus palabras elocuentes, me parece interesante describir a la doctora Fabiana: menuda, de pelo cortado al ras, casi como un varón, sin maquillaje, una bata que le cubría todo el cuerpo y no permitía ver rasgos del mismo, sin accesorios de ningún tipo –ni aretes, anillos, pañuelo, prendedor-, un modo de hablar muy concentrado y escueto, algo tímida y formal, en general, alguien que no se podría describir como “no femenina” según los estereotipos, sino más bien como andrógina, donde no hay aspectos muy marcados de lo femenino, pero tampoco de lo masculino.

Si hasta aquí mostramos los casos de las mujeres que eligieron sus familias (de manera indirecta, por referencia de sus colegas) y de las que no tuvieron familia – en su formato tradicional¹⁷⁵-, también es preciso decir que están los casos de las mujeres que habiéndose casado y armado una familia, luego se divorciaron. Estos casos nos muestran, respecto a las divorciadas, lo que decía Bourdieu sobre el modo en que se examina y valora el éxito de una mujer: si es “exitosa” en su profesión, se pone el acento en su vida privada, y si está divorciada, el divorcio es considerado como parte del “fracaso” de su vida privada y familiar, esto es, el esperable y justo precio de su éxito profesional (Bourdieu, 2000, p. 53).

Por último, si al principio de este apartado dijimos que al hacer referencia a la interacción familia-trabajo consideraríamos al primer término en relación al trabajo no remunerado y cuidados, también es cierto que “familia”¹⁷⁶ es aquí un tipo de arreglo afectivo y doméstico que no implica necesariamente una vida de pareja al estilo tradicional (esposo-esposa, hijos) sino otros arreglos, donde la mujer es proveedora y hasta jefa de familia.

Esto es importante porque si decíamos que la pareja elegida por las médicas es un aspecto fundamental a la hora de considerar sus experiencias y trayectoria profesional, la ausencia de una pareja según el estilo y norma hetero-normativo y monogámico de nuestra sociedad, también es un elemento importante a la hora de considerar la idea de “familia” -como arreglo afectivo y doméstico y contraparte de la vida profesional-.

¹⁷⁵ Familia en su formato tradicional refiere al modelo patriarcal de proveedor único y varón, donde “El modelo de proveedor único responde a una división rígida entre un esposo/padre que aporta su trabajo productivo al sustento económico y una esposa/madre que aporta su trabajo reproductivo al mantenimiento del hogar y el cuidado de los hijos” (Wainerman, 2007: 182)

¹⁷⁶ Wainerman (2007) describe entre los nuevos tipos de familias: “la multiplicación de parejas que eligieron no tener hijos; de mujeres solteras que, en cambio, eligieron tenerlos y criarlos solas; de familias formadas por una madre y sus hijos, sin padre conviviente; de otras formadas por padres separados, que comparten la tenencia de sus hijos y conviven con ellos en sus respectivos domicilios la mitad de la semana; de hogares formados (muchos menos) por un padre y sus hijos; de hogares ensamblados o reconstituídos; de hogares encabezados por mujeres que son las principales proveedoras económicas; de hogares formados por parejas homosexuales sin hijos, o de otras que adoptaron uno o dos hijos” (Wainerman, 2007: 181)

En el mismo homenaje donde la Dra. Susi K contaba a modo de chiste los reclamos de su hijo sobre la calidad de la comida en su infancia, y ante la misma pregunta del público, una prestigiosísima parasitóloga, hija de emigrados polacos, una mujer de unos sesenta y pocos años, muy sonriente y apasionada por su trabajo, respondió también con humor:

“Tengo hijas y cuando eran chicas, chofereaba para todos lados y ellas, mis hijas, me decían “mamá, tu mente no te deja estar con nosotras –risas- porque yo siempre andaba pensando en algo... ¿en qué? En ciencia, toda mi vida -*dicho con solemnidad y pasión*-... En la actualidad, ya son independientes mis hijas, pero volviendo a la pregunta, la otra cosa es que estoy divorciada y tengo el mejor amante del mundo – *hizo un silencio como para remarcar el misterio, sin perder la seriedad en el relato*- ... se llama Laptop Mac –risas de todo el auditorio- y va conmigo a todas partes, cuando lo quiero la abro y cuando no, la cierro...”

El relato nos muestra, primero, que se trata de una mujer con familia, pero apasionada por su trabajo, una mujer que dice que se puede ser feliz con la ciencia y sin marido. Porque lo que muchos de los testimonios muestran es que el problema a veces no es tener una familia o hijos, sino tener un esposo. La joven médica militar, madre de una pequeña y divorciada hacía muy poco tiempo, lo explicaba así, en términos generales, sin referir a su caso particular, lo que se entiende en parte porque la entrevisté mientras comíamos con su pequeña hijita de 5 años:

“A veces es muy difícil conciliar esposo, hijos, trabajo— y es un rol, por lo menos, en nuestro país que todavía hay muchos hombres que siguen considerando que la mamá juega un papel, que lo que hace la mamá no lo puede hacer el papá... Sí, o sea, que nadie más lo va a suplir y hay gente que incluso lo sigue viendo mal ¿no? como que, como si no te importara tu familia y prefirieras tomar el rol del trabajo estrictamente. Y entonces en ese sentido yo sí he visto que tenemos mucha...bueno, creo que es una de las razones poderosas para el alto índice de divorcios, de cuestiones así ¿no? Porque no es tan sencillo conjugar las dos cosas, o a veces si te dedicas mucho a una abandonas un poco lo otro; y por lo menos dentro de nosotros sí hay un alto porcentaje de mujeres médicos militares que somos divorciadas, es alto el porcentaje, es alto...”

En búsqueda del equilibrio.

Está claro que los relatos nos llevan a la necesidad de redefinir la idea de familia y trabajo, aunque de lo que se trata en síntesis es de la articulación armoniosa entre dos esferas de la vida que, en nuestras sociedades, insisten de presentarse como espacios sociales separados y diferentes. Lo que muestran los esfuerzos de estas mujeres y sus elecciones, es justamente que son espacios sociales en continua relación, que uno no se entiende sin otro y que la máxima aspiración es lograr, entre ambos, un equilibrio. Y, como bien afirma la Doctora Margot, no se trata sólo de algo de las mujeres en la medicina:

“no solamente con las mujeres médicos, sino con mujeres en otras profesiones, ya ahorita la media de edad que tienen el primer hijo ya nada tiene que ver con lo que era hace 10 años o 20 años, así anteponen intereses totalmente diferentes. Yo, ahorita, después de esta experiencia vivida que diría: que no vale la

pena postergar la maternidad porque todo tiene un momento, un momento biológico, yo lo viví, o sea entre mis dos hijos y mi hija mayor y el de en medio se llevan 11 años, y no es la misma energía, no es nada, podrían ser mejores circunstancias económicas, pero si tú te pones a planear las circunstancias económicas ideales quien sabe si eso llega... yo creo que no. Entonces yo creo que todo tiene su momento, y si se puede, todo depende que tú realmente tengas el objetivo y estés dispuesto a sacrificar, o sea, no puedes obtener mucha de estas cosas sin un sacrificio”

Si, como dijimos, es necesario redefinir los dos pares de la tensión familia-trabajo, también es cierto que lo que prima, en las expresiones de estas mujeres, es la tensión: la búsqueda de esa conciliación que parece tan difícil, el equilibrio que nunca se logra de manera armoniosa, el sacrificio, el costo que hay que asumir. Si el modo en que esta tensión redefine la idea de trabajo y éxito profesional, la trataremos en el próximo capítulo, baste decir aquí que la cuestión de cómo las elecciones que priorizan la familia en lugar del trabajo –el 51% de las mujeres de la encuesta que manejan Nigenda y Ruiz en su trabajo (2010)- es algo que “igual a las médicas con el resto de las trabajadoras” según dice la Doctora Margot-, también hay que decir que no son elecciones enteramente libres. Por el lado de la profesión, explican parte de la segregación horizontal -de predominio femenino en especialidades “más cómodas” para armonizar con las tareas de madre y esposa- y la segregación vertical, de escasez femenina en las cúpulas -dedicarse a la familia y no aspirar a ascender en la jerarquía de poder y prestigio profesional-. Por el lado “privado”, la tensión nos habla de cómo, aún hoy, la mujer sigue teniendo la carga de la gestión de los cuidados, sobre todo cuando los hijos son menores, aún en los casos más “amigables” donde el marido “ayuda”- y no co-gestiona, que sería realmente equidad de cuidados.

Esta tensión, que cruza la experiencia de todas –las casadas, las solteras, las más grandes, las más jóvenes- es vivida a veces como un conflicto entre dos identidades – la de médicas y la de mujeres- (Delgado & Ortiz Gómez, 2003), un conflicto en torno al uso del tiempo (ONU Mujeres, 2011) pero también en torno a los mandatos y expectativas sociales. Esta situación, que ha sido constatada en otros trabajos sobre mujeres en la medicina (en España, en Estados Unidos) refleja lo que para muchas autoras es uno de los elementos que, a pesar de los avances, impiden el exceso de optimismo. Si, como lo muestran las médicas que entrevistamos, la interacción puede resolverse como “conciliación” y a pesar de los conflictos y “sacrificios”, se continúa en el empeño, se da lo que Ellen More (1999) ha llamado “*restoring the balance*”, que no es más que la búsqueda constante por lograr un balance entre “ser médica” y “ser mujer”.

Esta “restauración del balance” es una búsqueda –constante, inconclusa, inestable- en pos de la equidad. Implica, como vimos hasta ahora, un proceso inacabado de transformaciones en el hogar (la búsqueda por lograr la paridad universal de cuidados), pero también, como señala More, la resistencia de las mujeres a una visión única sobre la profesión. Y aquí hay que decir que el conflicto, la contradicción entre esas dos identidades –ser médica, ser mujer- se ancla en el orden de género, produciendo lo que se ha dado en conocer como el dilema de la diferencia¹⁷⁷: Si ser médicas implica dejar de ser mujeres o, si reivindicar la diferencia, ser mujer, aleja la posibilidad de ser exitosa, profesional, etcétera. La salida al dilema está, para More, en trascender la diferencia. Y ese trascender no es más que buscar transformar la idea de medicina, la idea de mujer -y por ende, la de varón-. Esto es, des dicotomizar lo masculino y lo femenino, mostrando que la medicina puede ser otra cosa, y que las mujeres y los varones pueden ser otras cosas –lejos de los estereotipos.

Esto nos mete de lleno en el modo en que, en las configuraciones de género de la profesión médica, se connotan, viven, valoran y resignifican, las nociones de femenino y masculino.

4.5- Reflexiones Finales del capítulo:

Este capítulo se llama configuraciones de género y en él, comenzamos a ver algunas de las dimensiones de la configuración de género en la profesión médica. Así, consideramos que las trayectorias profesionales de las mujeres en la medicina y sus experiencias, eran buenas formas de acercarnos a ciertos aspectos de esa configuración: quiénes son estas mujeres, cómo experimentaron las diferentes etapas de su vida profesional, cuáles de ellas fueron, desde su punto de vista, centrales; por qué eligieron la medicina y la especialidad médica que ejercen, cómo son las relaciones que mantienen con los otros significativos de su cotidiano laboral, son algunas de las preguntas que, desde sus propias palabras, guiaron nuestra descripción.

Como planteamos en el capítulo anterior, la medicina mexicana se está feminizando y esto es parte de un fenómeno más amplio que implica la feminización de la educación superior y de los mercados de trabajo. En este capítulo abordamos también el modo en que estas mujeres

¹⁷⁷ Término acuñado por la jurista estadounidense Martha Minow (1991), y que hace referencia a que un tratamiento especial para los diferentes, en el reconocimiento de la diferencia, contribuye a perpetuarla, a veces como estigma.

sostienen, armonizan, negocian con su familia la vida laboral, esto es, la interacción familia y trabajo. Un tema que resulta crucial para las mujeres que trabajan, pero quisimos abordar en específico para las médicas, en tanto que su pertenencia de clase y su categoría profesional, imprime lógicas específicas a esta interacción. Pero también, porque en la misma se juega una tensión central en el seno de sus identidades –mujeres y “médicos”-, por lo que, como reverso de la vida profesional y contracara necesaria, la tensión entre familia y trabajo se volvió un aspecto central para dar cuenta de la configuración de género en la medicina mexicana.

Así, habiendo marcado el largo plazo de estas transformaciones –el aspecto diacrónico del cambio en la configuración-; en este capítulo enfoqué en el trabajo de campo realizado con los testimonio de algunas mujeres que ejercen la medicina en la actualidad. En el capítulo que sigue, seguiremos con sus puntos de vista, pero ya profundizando en algo que hemos dejado planteado y que se vuelve central en el análisis de la configuración de género: las múltiples significaciones de lo femenino y lo masculino en la profesión médica y en la experiencia de nuestra doctoras, para ver cómo, en la actualización constante de estos términos, se empieza a vislumbrar una forma específica de “trascender la diferencia”. Algo incipiente y minúsculo, pero que no deja de ser perturbador y por ello, quizá, se trate del principal cambio que las mujeres traen consigo a las profesiones y de manera singular, a la medicina.

5. Configuraciones de género en la profesión médica II.

“Bueno, a lo mejor ellos en su mundo pequeño no entienden que esto no es cuestión de género sino, pues a lo mejor de vocación ¿no?” Entrevista a la Doctora Kía.

“Muchos, sino todos, de los rasgos de personalidad que llamamos femeninos o masculinos, se hayan tan débilmente unidos al sexo como lo está la vestimenta, las maneras y las formas del peinado que se asigna a cada sexo según la sociedad y la época” Margaret Mead (2006, p.261)

En este capítulo voy a seguir trabajando sobre las configuraciones de género. Si en el capítulo anterior, la operacionalización de dicho concepto se hizo a través de las dimensiones de las trayectorias, experiencias y sociabilidad de las mujeres en la medicina, aquí voy a trabajar sobre otras dimensiones. A saber, en primer lugar, sobre las narrativas y representaciones que las mujeres tienen sobre el lugar de la medicina en su vida: al respecto, surgen del trabajo de campo nociones tales como “reto”, “desafío” y cuestiones que obligan a una reflexión en torno de la noción de “éxito profesional”. También, indagaré en los modos en que evalúan la situación actual de la medicina, donde predomina un diagnóstico que, siguiendo sus puntos de vista, denomino de “des-humanización”. En segundo lugar, trabajaré sobre los modos en que se construyen distintas nociones de identidad de “mujer” en la medicina, a partir de espacios de sociabilidad bien diferentes: una asociación de “mujeres médicas”, la Academia Nacional de Medicina y el seminario de Salud y Género de la Facultad de Medicina de la UNAM. En especial, se reflexionará sobre el aporte de lo femenino en la profesión, en el saber y la práctica médica, a través de las reacciones que genera la entrada de la “perspectiva de género” en la medicina y los servicios de salud. Por último, a partir de los testimonios de los médicos y médicas entrevistados, me dedicaré al análisis de las nociones de masculino y femenino, del aporte dado por el género al saber y práctica profesional, las ventajas y desventajas percibidas al respecto.

5.1-Narrativas sobre la profesión: entre la idea de “reto” y las nuevas nociones sobre el logro profesional.

En el capítulo anterior propusimos que una de las vías de entrada al análisis de las configuraciones iba a ser el relato de las “experiencias” de las mujeres en la medicina, siguiendo principalmente la definición de experiencia de Joan Scott (Scott, 2001). Según esta definición, la experiencia construye la subjetividad y tiene un carácter discursivo. Entonces, un modo de aprehender esas experiencias es a través del discurso.

En este apartado, lo que me interesa resaltar de esos discursos es la emergencia de ciertas narrativas que considero como actualizaciones de algunas representaciones o imágenes¹⁷⁸ que circulan entre los actores del campo. Por narrativas entenderé las maneras específicas del discurso que incorporan valores culturales y subjetividades personales (Ospina y Botero Gómez, 2007) y que sirven para interpretar personificaciones, tramas de relaciones y metáforas. Como lo planteó Ricouer (1995), las narrativas combinan elementos dispersos para actualizar la realidad. Con la idea de narrativa quiero dar cuenta del modo en que estas “maneras específicas” del discurso de las entrevistadas, combinan de manera emergente ciertas representaciones e imágenes sociales y dan sentido a la profesión en una trayectoria profesional y vital.

Reto, desafío, pasión: el lugar de la medicina en la vida de las doctoras.

Como vimos en la introducción, dentro de la sociología y los estudios sobre profesiones uno de los aspectos menos desarrollados ha sido las nociones que tienen sobre su quehacer los propios profesionales. La idea que la entrada de mujeres puede cambiar en algo esa experiencia profesional me ha llevado a indagar en cómo, según nuestras entrevistadas, la profesión es vivida y connotada. Es por ello que a continuación analizaré las narrativas que plantean la idea de la profesión médica como un “desafío” o un “reto”.

Así lo expresaba la doctora Paquita, dando una caracterización general de las mujeres de su generación y su experiencia en el Instituto Politécnico Nacional a finales de la década de los sesentas:

¹⁷⁸ Las representaciones (Doise, Clémence, Lorenzi-Cioldi, 2005) son visiones del mundo compartidas que los individuos utilizan para actuar y tomar decisiones y que por ende dan sentido a la experiencia. El concepto más tradicional de representación social, da cuenta de un aspecto colectivo. Y el concepto de imágenes (Melhus y Stolen, 2007), como fijación y naturalización de visiones culturales en la conciencia social, también. Por eso, he preferido la idea de narrativa ya que lo que surge en el relato de las entrevistadas son versiones particulares –no necesariamente compartidas por todo el grupo- que dan cuenta de ciertas ideas emergentes compartidas por algunos miembros del grupo. Es decir, las narrativas de las entrevistadas vemos combinaciones y actualizaciones específicas de ciertas representaciones e imágenes.

“había que ser las niñas tremendas, que no nos achicábamos ante ningún desafío. Todo nos lo tomábamos como un reto, mientras más difícil, mejor... había que probarse que una podía”

En esa misma sintonía, la Doctora Susi K narraba lo difícil que fue para ella “sin conocer a nadie y siendo mujer”, abrir el campo de su especialidad -la genética- en el México de los primeros años de 1960:

“Al principio fue difícil pero así como un reto que sí se podía ¿no? que si en otras instituciones se podía, nosotros también podíamos”.

Si estos dos relatos hacen alusión a los comienzos de la trayectoria profesional, la Doctora Vicky plantea la cuestión del “desafío” como una constante:

“cada 5 años prácticamente te cambian la mitad de la medicina, 50% de los conocimientos, entonces tú tienes que estar muy actualizada..., las certificaciones son cada 5 años, tienes que presentar tu currículum, depende de lo que te pidan de acuerdo al área, pero sí se requiere esa actualización constante. Entonces tú dejas de trabajar mucho tiempo y te enfrentas a un mundo que ya es totalmente diferente a lo que tú viste, a lo que viviste entonces tienes que estar siempre... eso también es apasionante y un reto ¿no? ”

En otros relatos, el “reto” pasa por estar a la altura de las propias exigencias y las de los otros, por demostrar ante entornos adversos, que se está a la altura del “desafío”. Así lo traslucen los dichos de la doctora Kía, primera en entrar a la residencia de Cirugía Ortopédica en el INR:

“yo soy la primera mujer, la única, la que tiene que chambearle muchísimo y soy parte de una guardia donde son puros hombres, entonces, pues tenía que hacer esfuerzos extra para que me dejaran hacer cosas, porque “pues no, tú eres mujer, tú no puedes” “¡ay! Estás muy débil tú no vas a poder reducir” “no, esta es una actividad de hombres ¿por qué te metes tú?”.

Ese ambiente adverso, que multiplica las exigencias, vuelve toda tarea un “desafío”, ya que no sólo se juegan las oportunidades personales, sino algo más, como si ella tuviera que demostrar algo en nombre de todas las mujeres:

“eso finalmente me hizo ser mujer, porque gracias a eso yo soy el único médico de mi especialidad, de mi generación que soy jefe de servicio: tengo 32 años. No tengo una edad de ser jefe de servicio”

El ser “pionera” en algún aspecto de la profesión también es motivo de “orgullo”, así lo dejan ver las palabras de la Doctora Fabiana, quien ocupa un cargo en la comisión directiva de la Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica. Cuando le pregunté cómo había sido su elección allí, me respondió en su estilo escueto:

“dijeron “ella puede ser”, el presidente que es actualmente... sí, no es porque sea mujer, o sea ¿no? Ahora claro, es un orgullo que una mujer tenga ese cargo, que no es el más alto...”

MP: ¿lo sientes como un orgullo? ¿Te sientes pionera en alguna medida?

DF: claro, claro porque ese cargo nunca se le había dado a una mujer, claro, sí.”

Los “retos” y la superación de los mismos, van de la mano en los relatos con el “orgullo” y la “satisfacción”. La misma doctora orgullosa de haber llegado a jefa de servicio a los 32 años, decía:

“Porque el hecho que respeten tu opinión ¡que te pregunten tu opinión! Bueno, es maravilloso. Que digas “ok, y tú qué opinas, tú qué le harías” entonces, bueno, es maravilloso, me sentía como realizada”.

Plantear a la profesión como un ámbito de realización personal y satisfacción tiene que ver con una idea de logro profesional diferente al tradicional -donde se supone el éxito es llegar a la cúspide-. Veamos, por ejemplo, lo que dice con humor la doctora Sisí, una médica pediatra que trabaja medio tiempo en un consultorio externo del Instituto Nacional de Pediatría –un lugar que ciertamente no puede ser designado como la “cúspide”:

“Sí, yo creo que las mujeres no, las mujeres lo hacen porque les gusta, porque les gusta y es parte de ellas y bueno ¡chingaos! Que te digan doctora no está nada mal ¿no? yo creo que eso es lo que pasa”.

El agradecimiento de los otros como recompensa y signo del logro profesional es otro aspecto muy presente en las narrativas de las doctoras, como se muestra en el siguiente relato de la Doctora María Violeta, que tiene más de 30 años de trayectoria profesional en la atención clínica:

“yo creo que el “gracias doctor” es algo que nadie nos puede quitar, es algo muy bonito ¿no? yo creo que es la recompensa del ser médico ¿no? el recibir las “gracias doctor” porque es algo que es muy bonito ¿no? –yo por ejemplo he vivido dos medios muy diferentes- porque cuando trabajaba con el Doctor Díaz, pues era un medio muy alto, veíamos a gente de mucho dinero ¿sí? Y entonces pues la gente me agradecía, me llevaba muy bien con las pacientes, pero me agradecían de forma muy diferente ¿no? –porque que me llevaban que el perfume buenísimo (me llenaban de perfumes) me llenaban de botellas de armañac, de botellas buenas ¿no? –y del otro lado ¿no? pues era el agradecimiento de llevar un chocolate, una fruta ¿no? son dos medios totalmente diferentes, pero el resultado es el mismo ¿no?”

Ante los pacientes, la idea de “reto” se actualiza cada vez, por ejemplo para la doctora Fabiana:

“cuando te ven los pacientes, claro, claro están muy acostumbrados a un neurocirujano y entro yo, pero, no es desventaja, al contrario, es lo que le decía, es como un reto, les demuestro que sí sé hacer las cosas y luego le dan la confianza a uno, eso vale mucho”

“Orgullo”, “satisfacción”, “agradecimiento”, “confianza”, son términos que tienen que ver con el reconocimiento de los pacientes, pero también de los pares, como lo decía la doctora Kía:

“¿Sabes qué? No te puedo atender yo, pero te voy a mandar con alguien” “no, no, no: te espero” y entonces eso finalmente te hace sentir bien, de que te tienen confianza de que lo estás haciendo bien y eso vale

mucho. El hecho de que—yo creo que lo mejor y la sensación más—de que estás por el buen camino es: cuando alguien de tus compañeros te refiere a un paciente”.

Esa misma sensación de orgullo por la referencia de los colegas, si se han vivido las situaciones que la Doctora Kía tuvo que vivir –de maltrato-, se convierte en una especie de venganza, de sentir que el “desafío” valió la pena para dar lugar a lo que, según sus propias palabras, “se sirve en plato frío”:

“No sabes, la—no sé si es venganza o simplemente que la vida da vueltas ¿no?- Pero por ahí dicen que se sirve en platos fríos ¿no? y es tan bonito decir “es que no eres competente” y les preguntas (MP: por ejemplo tus ex compañeros te) ¡sí, sí, sí! ¡Claro! Así, los que eran más grandes que yo y que me maltrataban. Así de “¡ay hijole! Discúlpame pero tu currículum no cumple el perfil” Bueno, era ¡wow! ¡Así! Le di gracias a Dios por darme la satisfacción, ni siquiera de decir que no, sino simple y sencillamente de poder ponerme a un tú por tú en el sentido de competencia ¿no? De “tú que tanto me hiciste y me pusiste en dedo encima cada vez que podías, ahora te demuestro—ni siquiera es personal, o sea- te estoy demostrando que no eres competente” entonces, no sabes...yo pienso que Dios me lo mandó para hacerme sentir un poco más fuerte tal vez... no lo sé. Y ahorita tengo a mi cargo a nueve ortopedistas: ocho hombres y una mujer.”

La idea del “orgullo”, también vinculada con la de “desafío” -en tanto el orgullo se da por haberlos superado-, es algo muy referido, y como veremos en el caso de la doctora Rosa, tiene que ver con la superación de desafíos muy puntuales, que implican la adquisición de habilidades y talentos y de tener la oportunidad de demostrarlos:

“fíjate que nosotros los cirujanos pediatras nuestro *moon* para operar son las malformaciones de recién nacidos, esas todos las queremos hacer. Entonces hay una en particular que todos queremos hacer que es la *atresia* del esófago, cuando el esófago no se forma de manera adecuada y entonces tú lo tienes que operar al paciente dentro de las primeras 24 horas de vida. Yo creo que eso ha sido lo más gratificante en mi vida porque nosotros teníamos un rol como residentes, entonces conforme iban llegando le tocaba a cada uno una cirugía ¿no? Pero por una u otra circunstancia, cuando a mí me tocaba el paciente no se operaba o no llegaba y entonces así habían pasado ya 5 meses de residencia, y ya mis amigos habían operado cada uno una y yo no había operado nada. Entonces, cuando operé la primera *atresia* de esófago -que además sí le fue bien al paciente- para mí fue muy muy así... estuve inflada como una semana, dos semanas: muy orgullosa porque eso, no debería ser pero es, la cirugía congénita es la que te hace sentir cirujano pediatra”

Si en este relato el “orgullo” es haber superado un desafío vinculado a lo que podríamos denominar la técnica, en otros casos el desafío en cuestión tiene que ver con superar miedos y enfrentar situaciones difíciles con valentía, como lo muestra el relato de la Doctora María Violeta:

“Yo me fui hacer a Chiapas el servicio social, a un Centro de Salud que tenía hospitalización, consultorios, entonces de la Secretaria de Salud. Y llegué ahí y me encontré pues de que los médicos que estaban ahí en el Centro de Salud pues ocupaban el Centro de Salud ¡para dar su consulta particular! Entonces no hacían la labor de un Centro de Salud, entonces, pues me fui a Chiapas a donde estaba la Dirección General y pues los denuncié ¿no? porque ésa no era la función del Centro de Salud: ahí operaban sus pacientes -haga de cuenta que era un hospital privado ¿no?- entonces, pues yo llegué como una simple... a hacer mi servicio social ahí ¿no? y me empecé a manejar a los internos ¿no? -ahí me tocó hacer mi primera cesárea de un gemelar ¿no? -y me ayudaron los internos y la sacamos afortunadamente bien ¿no? Pero me tocó un doctor

que estaba ya en los últimos días de su servicio social y se enfrentó conmigo ¿no? a decirme que “yo no me metiera, que por qué me metía”. Entonces, yo llevaba un coche Renault y me lo rayó todo con una moneda alrededor, de coraje porque pues yo había ido a denunciar allá ¿no? Luego pues me dijo “vives sola, esto y el otro, y vas a ver cómo te va ir” entonces, yo fui y le levanté un acta.”

Si en todos estos relatos se destaca lo positivo de ver a la profesión como un “reto” y un “desafío”, también -como lo muestran las palabras de la Doctora Ana Carolina- la trayectoria profesional como una superación de retos puede dar lugar a perfiles que en su caso, no considera deseables:

“tenemos (desafortunadamente) un porcentaje de mujeres médicas que vienen a tener la actitud de los hombres ¿no? que diríamos que tienen un poder, que ellas pueden ahí hacer uso de él y entonces son las “más chingonas” de la película y no pueden ver a las mujeres como iguales ¿no?”

Aquí ser “la más chingona” y tener “actitud de hombres” puede interpretarse como lo que algunas analistas han denominado el *síndrome de la abeja reina* (Tanenbaum, 2002). Esta idea se ha utilizado para describir el comportamiento de las mujeres que, en el seno de instituciones que siguen un modelo de competencia -como las militares, las deportivas, las empresariales- a medida que suben en la jerarquía necesitan “bajar” a sus congéneres, para no perder su sentido de unicidad¹⁷⁹ (Brooks y Brooks, 1997). Lo que me parece interesante aquí es que la *abeja reina*, “la más chingona”, tiene en la narrativa de la doctora Ana Carolina “actitudes de hombre”.

Otra de las imágenes que articula y guía las narrativas de las doctoras sobre lo que es la profesión médica en sus vidas, es la de la “pasión”. La doctora Fabiana lo decía de este modo:

“no es un trabajo, sí es mi trabajo por supuesto, de ahí vivo, pero, me gusta venir todos los días, de verdad, de verdad, no es *choro* (*cuento, mentira*) todos los días me levanto y digo “me da gusto ir al hospital”, digo a veces me hablan a las 2 de la mañana *pa’(para)* venir y sí me cuesta trabajo, claro... pero vengo y lo hice y ya lo estudié al paciente, ya le resolví algo, y me voy, tranquila, me voy con esa satisfacción. Y es una pasión, yo creo que es mi pasión, yo dejo de hacer cosas por quedarme en el hospital, yo dejo de ir a fiestas por quedarme, claro, y no me pesa, no.”

Si ponemos en relación esta narrativa con lo expuesto en el capítulo anterior sobre familia y trabajo, el caso de la doctora Fabiana es uno de los pocos donde ella afirma –explícitamente- que eligió no tener familia para dedicarse de lleno a una especialidad muy demandante como la neurocirugía. En ese contexto, hablar de “pasión”- y no sólo de trabajo- cobra otro significado.

¹⁷⁹ La palabra utilizada por estas autoras es “Uniqueness”, pienso que la traducción pierde algo de la especificidad del concepto.

Siguiendo en esa lógica, otra de las doctoras que no tiene pareja ni hijos, la doctora Mecha, hablaba así de su profesión:

“a mí me encanta mi chamba (*trabajo*) me pagan por hacerla, lo disfruto, me divierto mucho y sobre todo tengo la oportunidad de hacer algo por lo demás... la carrera por sí sola es muy sacrificada, es muy demandante pero te decía, es muy noble y al final de cuentas el hecho de seguir perseverando en tu objetivo y no perder el enfoque de lo que vas creo que es lo que te marca la pauta para seguir adelante. Y motivar obviamente a las que vienen detrás de ti ¿no? las mujeres que estamos trabajando y estamos desempeñándonos en algo que nos agrada, estamos dejando huella, estamos trascendiendo, y esa trascendencia es una especie de motivación—al menos bajo mi perspectiva, de forma de verlo, es como motivar a las que vienen atrás de ti ¿no? llámense estudiantes de medicina, psicología, cualquiera -es más, cualquier carrera, no nada más a nivel medicina ¿no?- cualquier mujer puede tener la pauta para seguir adelante y no estancarse”

En una retórica muy empapada del *coaching*¹⁸⁰, la doctora menciona el “disfrute”, la “trascendencia”, el “dejar huella”, y luego remata con una respuesta contundente cuando le pregunto qué es la medicina en su vida, certera y entre risas, dice: “mi vida. Así de simple, creo que te lo digo en una sola palabra ¿no? La psiquiatría, la medicina es mi vida y me encanta mi profesión, ésa es la verdad”.

Si para algunas es “la vida”, para otras esta idea debe ser matizada, como lo muestra la doctora Sisí en su relato:

“es muy chistoso porque cuando yo estaba en el internado estaba haciendo guardias AB y no salía para nada, y estaba en el hospital y bueno... Un día mi mamá me sentó y me dijo “oye a ver, qué te pasa ¿no? primero, pues no vas a conseguir a nadie si no circulas ¿no? (me dijo) y no te has puesto a pensar que la medicina es parte de tu vida pero no es tu vida” ¿no? sí tuve una plática así... como sería porque yo pues vivía ¿no? -36 horas, dormía 12, 36, dormía 12-. Y, dije “sí, es cierto” y aquí muchas mujeres eso les pasa y siempre les digo “es que acuérdense que la medicina es parte de tu vida”... Es una parte muy importante, es una parte de quién soy, es clarísimo eso, sin la medicina yo no sería Sisí, la misma Sisí de ahora, pero no, no es mi vida, hay mil cosas más, mis hijos son número uno, yo soy numero uno ¿no? o sea, sí yo no estoy bien, nada funciona ¿no? Eso con la edad a lo mejor lo he aprendido ¿no? “si yo estoy bien todos los demás también, si yo estoy jodida, no sirve nada”. Pero sí, tengo que darme un espacio muy grande para mi yo médica, o sea, si ocupa una gran parte, pero no es mi vida, es “parte de”.

Algo similar sobre matizar la importancia de la profesión en relación con otras experiencias (o a partir de malas experiencias), lo muestra también el relato de la doctora Kía, quien después de haber tenido una residencia llena de maltrato y malos momentos, considera que la idea de profesión como la “vida” puede y debe transformarse:

“hace unos años te hubiera contestado que era mi vida porque me la pasaba operando o me la pasaba viendo pacientes, o salía de aquí, o solamente tenía eso en mi cabeza. Ahora pienso que es mi medio de

¹⁸⁰ Es un anglicismo que proviene del verbo to coach, entrenar. Se trata de un método, muy utilizado en la arena empresarial, para dirigir a una persona o grupo para conseguir metas o habilidades específicas.

vida...que no... tal vez si dejara de hacer medicina yo creo que sí me enfermaría o algo me pasaría (porque yo nací para hacer esto) pero, pero también sé que si me voy de vacaciones una semana no me va a pasar nada y no estoy pensando en “¿Qué tienes?” y “¿Cómo te fue?” porque eso es algo muy común ¿no? en todos lados que vas y saben que eres médico y que eres ortopedista te preguntan “oye ¿y los pies planos? Oye ¿y la columna?” o sea... pero ya no lo veo como una carga, como una necesidad de estar 100, al 100% actualizado “el último artículo”...no, ya no, es así de “¿Sabes qué? No lo sé ahorita y no estoy trabajando, estoy tomándome un café y lo siento, no te puede atender”. Ya puedo decir que no, antes no podía, ya puedo decir “¿Sabes qué? No puedo hacerlo.”

Así, vamos dando entrada a otras narrativas que complementan la idea del “reto”. La “pasión” - como lo que moviliza- también es parte de los relatos, no sólo para el caso de las mujeres que han elegido dedicarse enteramente a la profesión y no tener hijos y/o familia. Por ejemplo, así lo deja plasmado el relato de la doctora Ana Carolina, casada y con una hija:

“yo vengo de un origen de muy bajos recursos, entonces, mis papás sufrieron las consecuencias de la pobreza enormemente, pero, afortunadamente mi papá y mi mamá eran personas muy inteligentes que supieron sacarnos adelante. De diez hijos, siete somos profesionistas....

MP: ¿y entonces usted cree que ese origen la ayudó para generar empatía con los otros?

AMC: Sí, sí, por lo menos comprensión de la situación y pues ahí en la institución, como veía, el 80% de mi consulta era con mujeres, pues fui yendo a prepararme un poco más hacia las mujeres ¿no? pues empecé a estudiar pues todo lo que tenía que ver con ellas, no sólo desde la parte médica sino también un poquito desde la parte social, emocional y ahí me fui identificando como que... eso me satisfacía ¿no? Siempre es como una parte -yo necesito en mi personalidad necesito tener pasión ¿no?- Me gusta apasionarme con las cosas sin ser pasional ¿sabes? Pero necesito conectarme con lo que hago porque si no, no me sirve, no me sirve”

Vemos entonces cómo, para estas mujeres, la medicina puede ser “la vida”, una “pasión” o “una parte” muy importante de la vida. La doctora Elsi lo caracterizaba así:

“otra manera de vivir, partiendo de que originalmente la idea de ser médico era como que poder ayudar a los demás ¿no? desde ahí tienes una función social importante y no puedes así como que dejarla *namás (nada más)* en el consultorio, sino que generalmente la llevas a tu vida común ¿no? y te comprometes a realizar muchas veces dos funciones, incluso fuera de lo que son tus horas de trabajo. Enton (*entonces*) yo creo que se convierte como en una manera de vivir, no nada más de un ratito pues o exclusivamente de algo que te proporcione el sustento ¿no? Sino también como en parte de algo que pasa a ser parte de tu personalidad o de tu manera de vivir”

La misma idea la abona la doctora Alma respecto de sus colegas mayores de la Federación de Asociaciones de Mujeres Médicas (FAMMAC):

“yo les comentaba a las doctoras mayores que luego no se quieren inscribir a los cursos de actualización “ya para qué, ya no necesito re certificarme, ya estoy jubilada, ya estoy viejita, tengo 70, 80 años” Lo único que se me ocurrió decirles “por ti misma ¿no tienes derecho por lo menos a diagnosticarte nada más a ti misma, de seguir en contacto con la medicina, actualizándote? Porque ser médica, tienes la obligación y la gente cree en ti, en el salón de belleza, en el mercado, en donde sea” “¡ay! Usted doctora” y te hacen una pregunta – y dices “caray, creo que ya no tengo ni idea de lo que estoy hablando”.

“Ser médico” puede ser la vida o parte de la vida, pero es una profesión que “se sigue siendo”, a pesar de estar jubilada: se es médico para los vecinos, los familiares, hasta en el salón de belleza. Este nunca acabar y siempre “seguir siendo” es parte de una idea donde la profesión es un camino. Así lo expresaba la doctora Margot, quien lleva veinte años de trayectoria profesional:

“O sea, es el camino que yo decidí, es el que yo ya tenía visualizado. Hay muchas cosas... por ejemplo, desde la secundaria o preparatoria, pues como que ya tienes un poquito más de noción de lo que quieres hacer después. Para mí siempre fue la única opción de camino, es “El” camino”

Por eso, por ejemplo, la doctora Soledad, ante mi pregunta de qué era la medicina en su vida, si sólo una profesión o algo más, me repreguntó:

“¿Qué sería sólo profesión? Que yo viniera y cumpliera con lo que tengo que hacer en mi horario que lo tengo que hacer y la realidad es que no, que yo puedo estar en la casa y sigo pensando cómo solucionar las cosas de aquí, planeando cosas que podríamos implementar aquí no sólo de trabajo, cómo animar a los chicos de servicio social a que también tengan ánimo de seguir creciendo ya sea en lo personal, en lo profesional...”

Aquí vemos entonces algo que ya otros autores plantearon como características de las profesiones: no sólo es un trabajo, sino una identidad, un modo de vida, una ética y un compromiso altruista (Dubar, 1999; Real Villarreal, 2004).

Logro profesional y la búsqueda del reconocimiento.

Los relatos de las doctoras y su apelación a conceptos como los de “orgullo”, “realización”, “pasión”, sugieren otra idea, diferente a la convencional, de lo que es el éxito o logro profesional. Quienes han trabajado sobre la idea de logro profesional (Delgado et al., 2010) lo definen como la consecución de metas previas que una persona se propone alcanzar. Se señala una diferencia de lo que constituye el logro profesional para hombres y mujeres; y si el logro es una categoría multidimensional, el trabajo citado se basa en dos dimensiones principales: la de la percepción subjetiva –la apreciación personal- y la objetiva –basada en criterios sociales compartidos.

Mientras que los hombres valoran sus logros en base a los criterios objetivos -entre ellos, el mérito traducido en buen salario- las mujeres lo hacen desde la dimensión subjetiva, considerando “logro” el alcanzar un buen balance entre sus actividades profesionales y personales. Las y los autores del trabajo, basándose en literatura especializada del tema, proponen que esta diferenciación se basa en los roles de género tradicionales, donde el varón debe ser el proveedor y la mujer la cuidadora. Comparto esta mirada, pero con un matiz, ya que si

bien en principio esto contribuye a la reproducción de los roles tradicionales de género, también, de modo muy sutil, comienza a modificar la misma idea de profesión médica: dedicarse a una profesión para tener méritos sociales objetivos como un buen salario, prestigio a nivel científico, académico, institucional, es posible que no produzca los mismos resultados -a nivel de la práctica- que dedicarse a una profesión para sentirse realizado, o sentir “pasión” y “orgullo”. Al mismo tiempo, los criterios denominados objetivos, no están excluidos de las ideas de logro profesional en las mujeres que he entrevistado; aunque sí, quizá, resignificados. Para poner estas ideas en el análisis me interesa resaltar algunos casos en particular.

Uno de ellos es el de la doctora Lía, que en su ejercicio profesional dicen sentirse orgullosa y realizada por dedicarse a tareas de asistencia ginecológicas en lugares donde nadie va, como en la comunidad de Degollado, un lugar pobre, rural y aislado, donde da consulta una vez a la semana por precios muy accesibles. Su práctica profesional se liga con su activismo en pos de las diversidades sexuales y los derechos reproductivos. En el consultorio que tiene con su esposo en la delegación de Iztapalapa¹⁸¹, dice que “saca para los gastos y poco más”. También, brinda talleres en escuelas secundarias y allí donde la llamen. Está claro que no busca ni los méritos científicos y académicos, sino otra cosa. Platicando sobre el aumento de mujeres en la medicina, decía:

“con los hombres era como más desde la esperanza de que “tú nos saques de pobres” y con las hijas era más como pues de apoyo y “que sea tu vocación”. Sí, puede ser por ahí desde lo que es la carrera. Ya como profesionista—yo creo que sí, y tiene que ver con algo mío, yo creo que somos más sensibles, yo creo que somos—podemos—al menos con el grupo con el que ya me estoy familiarizando y es como ser amorosas y servir. No desde el aspecto económico. Es rollo mío, es personal.” Y luego: “Y que, en algunos casos, en el aspecto de los hombres como que su idea es “hago la residencia, tengo mi clínica, hospital” como en el aspecto laboral solamente. Es algo que yo he visto, digo, no se vale generalizar porque también hay mujeres bien estratégicas y que quieren así como que la lana rápido, pero no, yo busco más la otra parte, a lo mejor porque me contacto con muchas mujeres que piensan igual que yo ¿verdad?”.

Resulta interesante que aquí la idea de logro profesional de Lía coincide con la de su esposo Eduardo, también médico. Los dos buscan “la otra parte”, que puede interpretarse como la satisfacción personal por el compromiso con una causa, ideología o tipo de atención que no prioriza la ganancia económica ni el prestigio social en su sentido más convencional. Esto es importante de mencionar ya que otro de los médicos entrevistados, el doctor Santino, habló de su ejercicio profesional en término de satisfacción personal, motivo por el cual eligió su especialidad en ginecología y obstetricia:

¹⁸¹ Una de las delegaciones más populosas y populares del Distrito Federal, situado al oriente, que es el “lado pobre” de la gran urbe.

“en una ocasión, trabajando con un doctor que hacía biología de la reproducción, él era el endocrinólogo y trabajando con él, estaba trabajando, hice dos proyectos de investigación con él y estábamos escribiendo y llegó una paciente con su esposo y llegó con un regalo y llorando de alegría porque ya estaba embarazada y entonces dije “yo quiero hacer eso”.

Con esto quiero mostrar cómo que el logro profesional desde su dimensión subjetiva, también es considerado por los hombres. Es decir, esto no significa que ellos no persigan los méritos objetivos –“la lana”, tener “la clínica” como dice la doctora Lía- pero sí que en la idea de logro o éxito profesional de los varones los dos elementos están presentes.

Otro caso es el de la doctora Mecha, quien de algún modo se acerca más a la idea de logro profesional en el sentido objetivo, logro que ella misma denomina “éxito”:

“creo que la clave del éxito justamente está en programarme y tener una organización de tal manera que sé que lo voy hacer. Porque siento que no lo hago mal, si lo hiciera mal, pues no me hablarían o no estaría donde estoy. O no me hubiera incluso dado el galardón de la Doctora Montoya”.

La doctora Mecha, psiquiatra, tiene un cargo en la mesa directiva de la FAMMAC, y le dedica un sábado entero por mes a los desayunos académicos de la asociación –perdiendo con ello una mañana entera de consultas, que según los dichos de una de sus colegas (a 1000 pesos la consulta y a 10 pacientes promedio), no es una suma despreciable-. El caso de la doctora Mecha me parece sugerente por el tipo de reconocimiento que ella alega para fundamentar parte de lo que considera su “éxito”: el galardón Matilde Montoya.

Este premio, que históricamente fue entregado por las asociaciones de mujeres médicas de México¹⁸² en honor a la primera médica mexicana, es una síntesis de la idea de logro profesional que he propuesto. En el perfil de la “candidata” se especifica que debe ser “médica” y su práctica profesional debe ser “sobresaliente en calidad y equilibrada en cuanto a su actividad institucional, docente y de investigación”, debe tener “solvencia moral” y “acreditar su participación en actividades relacionadas con el bienestar de la salud de la sociedad mexicana”. Es decir, ante todo debe ser una “mujer médica”, cuya candidatura es elevada al comité de parte de sus pares, también “mujeres médicas”. En la planilla “Modelo de puntajes para la evaluación de las candidatas”, los ítems remiten a lo que se denominan los parámetros empíricos de los méritos objetivos (Delgado et al., 2010): educación de posgrado, actividades docentes, institucionales, científicas, publicaciones. Pero también está presente la dimensión subjetiva, o más bien podría decirse simbólica: las pares que proponen la candidatura y el “ser mujer”. Entre las que han

¹⁸² Según la Base Legal del Premio, el mismo fue registrado ante escribano público en 1979.

ganado el galardón, figuran médicas reconocidas en el ámbito científico (que también han sido miembros de la ANM, como Julieta Calderón o Teresa Corona), pero también médicas que han trabajado por la FAMMAC (como su presidenta honoraria, la Doctora María Arredondo o la misma Doctora Mecha) y cuyos méritos principales se relacionan con el ser reconocidas en tanto “mujeres” que alcanzan sus metas y que con eso (al igual que Matilde Montoya) hacen honor y ejemplo del colectivo de médicas mexicanas y que -puede arriesgarse- no serían reconocidas por esos logros en otros ámbitos que exclusivamente valoren los criterios objetivos.

Los análisis sobre logro profesional plantean que el hecho de que la idea de logro de parte de las mujeres profesionales se remita más a lo subjetivo que a lo objetivo, demuestra la existencia y vigencia de los *techos de cristal* (Burin, 2003 y 2012) Por eso, a continuación, un análisis del respecto.

Techos de cristal o la clave del éxito.

Por *techos de cristal* se hace referencia a las barreras invisibles e informales que aún hoy dificultan la llegada de las mujeres a los puestos de poder y prestigio (Burin, 2003 y 2012). Es decir, se trata de una explicación que, basada en la internalización de los mandatos tradicionales de género, da cuenta de por qué las mujeres se hacen a un lado de la competencia, compromiso y rigor que estos puestos requieren.

Como lo muestran los datos que he recabado¹⁸³, la presión de la feminización -como base de la pirámide- tiende a que, poco a poco, en la cúspide, se empieza a dar cabida a las mujeres. De hecho, mientras escribo esto, la secretaría de Salud de la República Mexicana está siendo ocupada por primera vez por una mujer¹⁸⁴ y dos Institutos Nacionales de Salud también son dirigidos por mujeres. Sin embargo, estos casos se remarcen justamente por la excepcionalidad que aún tienen, ya que la mayoría de los cargos y puestos importantes siguen siendo ocupados por hombres.

El punto de vista de mi análisis es que todo esto corrobora la existencia de los *techos de cristal*. Lo que me interesa señalar es que las interpretaciones de los *techos de cristal*, por lo general, ponen su acento en que son los mandatos internalizados de las mujeres en pos de la

¹⁸³ Ver capítulo 3, el apartado sobre Segregación Vertical de Género.

¹⁸⁴ La doctora Mercedes Juan López, quien asumió su cargo en el gobierno federal con el actual presidente de la República Mexicana Enrique Peña Nieto (2012-2018).

familia los motivos por los cuales las mujeres desisten de llegar a lo más alto de la pirámide. Así lo reflejan, por ejemplo, las palabras de la Doctora Sisí, pediatra y madre de tres hijos:

“pues lo ves ¿no? por ejemplo en los puestos altos, por lo general y en los administrativos, directores y todo, siempre -no siempre pero en una mayoría- siempre escogen a hombres, sí los hombres siguen teniendo esos puestos de más liderazgo. Las mujeres seguramente pueden pero en mi caso, yo en este momento no me interesa, tengo tres hijos entonces no me interesa ser jefe de nada”

Está claro que en este caso, no existe el deseo o la ambición de llegar a “ser jefa”. Pero, la mirada sobre los *techos de cristal* más extendida (donde el peso está en la “falta de ambición de las mujeres”) debería ser complejizada a través de la idea de dominación simbólica¹⁸⁵ (Bourdieu, 2000 y 2004) según la cual el propio dominado internaliza, justifica y reproduce las causas y condiciones de su posición dominada¹⁸⁶. Esta idea, nos lleva a las condiciones de producción y reproducción de la desigualdad, donde claramente se ve que hay una relación íntima entre lo que internalizan las mujeres como sus propias posibilidades y las condiciones que hacen a esas posibilidades. Y una idea más a fin de seguir complejizando la noción de *techo de cristal* y tiene que ver con esas condiciones, es el papel de los hombres: las barreras invisibles no sólo están “en la cabeza de las mujeres” sino muchas veces también en la de los varones- sus parejas, sus pares-que, consciente o inconscientemente, se benefician de las renunciadas de las mujeres a ocupar cargos de poder.

¹⁸⁵ La idea de techo de cristal más extendida hace referencia a los efectos de teoría y las apropiaciones del sentido común. La definición de Burín sí contempla cierta idea de dominación simbólica: “Quizá lo más llamativo es cómo las propias mujeres hemos incorporado tales prejuicios y estereotipos de género, haciéndolos parte de nuestro discurso como si fueran resultado de una elección propia. Este es el aspecto subjetivo del techo de cristal: que las mismas mujeres asumamos como “natural” que haya trabajos específicamente masculinos –entre ellos, pilotear un avión– y que entre los obstáculos para ocupar tal puesto de trabajo se encuentre la noción de que nos impediría desarrollar una vida familiar. El supuesto implícito es que la articulación entre la vida familiar y la vida laboral es un problema que hemos de encarar las mujeres, en lugar de considerarla como una problemática social que involucra la corresponsabilidad de todas las personas e instituciones involucradas” Y luego, “Para resquebrajar el techo de cristal desde la propia subjetividad femenina, necesitamos poner en marcha el juicio crítico respecto de nuestros propios estereotipos de género” En <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-195792-2012-06-07.html>

¹⁸⁶ “El efecto de la dominación simbólica (trátese de etnia, de sexo, de cultura, de lengua, etc) no se produce en la lógica pura de las conciencias conocedoras, sino a través de los esquemas de percepción, de apreciación y de acción que constituyen los hábitos y que sustentan, antes que las decisiones de la conciencia y los controles de la voluntad, una relación de conocimiento profundamente oscura para ella misma. Así pues, la lógica paradójica de la dominación masculina y la sumisión femenina, de la que puede afirmarse a la vez y sin contradecirse, que es *espontánea e impetuosa*, sólo se entiende si se verifican unos efectos duraderos que el orden social ejerce sobre las mujeres (y los hombres), es decir, unas inclinaciones espontáneamente adaptadas al orden que ella les impone” (Bourdieu, 2000, pp.53 y 54)

Por eso, considero interesante para profundizar en las ideas de logro profesional y *techos de cristal*, el relato y experiencia de la Doctora Sandra, quien puede ser considerada una médica “exitosa” desde todo punto de vista –casada, madres de tres hijos, abuela- miembro de la Academia Nacional de Medicina, primera mujer en llegar a ser directora general de un Instituto Nacional, entre otros muchos “méritos objetivos”. Su trayectoria, quizá por lo excepcional, pueda ayudarnos a echar luz sobre los modos en que los *techos de cristal* se ponen en acto y las condiciones de posibilidad para que ese cristal, pueda ser roto de un pedrazo.

La doctora Sandra nació en Italia y siendo muy joven, vino con sus padres a México. Su padre era directivo de la empresa Olivetti y como ella misma señala, eso era casi como ser el cónsul de Italia en México. En 1959, la joven comenzó a estudiar medicina:

“era un grupo muy grandote no sé por qué... era un salón así enorme, y de los ciento veinte yo creo que las mujeres debimos de haber sido quizás quince, un poco más que eso y los demás eran todos muchachos y sí había... la frase habitual era que “estaban las mujeres feas, las de no sé qué y las de medicina” porque eran así como las más feas de todas, y por lo menos en mi grupo habíamos tres o cuatro que no éramos de muy mal ver, que veníamos en coche desde Polanco y Las Lomas”

Esto que no “eran de muy mal ver” es muy importante, pues la cuestión de la belleza femenina ha sido señalada muchas veces por nuestras entrevistadas como un recurso. Así, nunca se menciona como un recurso propio puesto en juego, ya que contribuiría a desmerecer los propios esfuerzos; pero sí se ha señalado como algo que los demás valoran o dicen valorar o “que influye”¹⁸⁷. La Doctora Sandra, a sus setenta años, es una mujer alta, elegante, de tez clara y cabello rubio cortado muy corto, con una sonrisa bonita y una *héxis* corporal nada rígida, sino todo lo contrario. Esta descripción es muy importante, porque hay un dato que ella misma hace explícito:

“En México en particular hay gente que dice... a mí me lo han reclamado: “Claro, como tú eres güerita” porque en México hay mucho... Si tú vienes de allá seguramente que lo ves, pero a mí me favoreció mucho...Hubo quien me dijo...Híjole, es que mi apellido raro, bueno, me ha metido en mil líos... yo les digo: “mi apellido y eso de ser güerita, los profesores no me perdían de vista, eso sí se fijaban si no había ido a clases” pero bueno, lo bueno y lo malo, pero resaltaba, y con mi apellido italiano pus (*pues*) no hay otra de otra en México, entons (*entonces*) todo mundo se acuerda del apellido. Entons (*entonces*) a mí me ha ayudado muchísimo tener un apellido raro, ser güerita y haber hecho mis cosas... ser un poco diferente en ese tipo de cosas ¿no?”

¹⁸⁷ El extremo de esto, es la utilización de esos “encantos” para obtener beneficios concretos, es decir, el intercambio de sexo por influencia, etcétera, que ha sido mencionado en algunas entrevistas –como rumor, como cosas que se dicen- pero nunca en referencia a casos puntuales y menos, propios. El tema será retomado en el último apartado de este capítulo.

Ser “güera” y venir de una buena familia (que vivía en Polanco o Las Lomas) son dos elementos que influyeron en su trayectoria. Esto nos muestra cómo el género nunca viene solo, sino que se articula de maneras específicas con otros principios de identidad y jerarquía, que en este caso refieren a la clase y la etnia: ser mujer güera y de clase alta no es lo mismo que ser mujer morena de clase media a la hora de posicionarse en determinados sitios. Así, por ejemplo, la doctora contó cómo al quedar embarazada y gracias a los vínculos de su familia con Ruy Pérez Tamayo, tuvo la posibilidad de seguir estudiando gracias a que le firmaron los papeles del internado con celeridad y la vincularon con investigadores de jerarquía con quienes luego se formó.

Pero ser güera, extranjera y de buena posición social no basta. Las autoras que han trabajado sobre los tipos de liderazgo femenino plantean que muchas veces, las diferencias entre los tipos de liderazgo femeninos y masculinos, o más bien, la propensión a ejercer un tipo de liderazgo más allá del género de la persona, está relacionado con el tipo de socialización (Brooks & Brooks, 1997). Así, por ejemplo, el tipo de juegos de competencia y grupales, como a los que suelen jugar mayormente los niños que las niñas en su infancia, se convierten en una herramienta positiva para ejercer el liderazgo en instituciones y/o empresas. En el caso de la doctora Sandra, es muy interesante el relato que ella hace de su madre y de su abuela como modelos: Su abuela, a fines del siglo XIX “se graduó, iba de sombrero, de guantes y tenía una silla aparte, se graduó y fue profesora, hablaba griego y latín corrientemente, italiano y fue profesora toda su vida en la universidad, iba y venía de Navona a Milán; se casó a los 35 años con un ingeniero”. Su madre se graduó en el Politécnico de Milán de arquitecta en 1938, se casó con un compañero, un ingeniero aeronáutico –el padre de la doctora- quien al perder Italia la guerra, se quedó sin trabajo. Fue entonces su madre quien mantuvo el hogar, ya que tenía mucho trabajo como arquitecta en una Italia que, en la posguerra, debía ser reconstruida: la doctora evoca con admiración a su madre, quien recorría a diario 35 km en bicicleta para ir de la ciudad a los pueblos donde trabajaba en la reconstrucción de edificios destruidos por los bombardeos. Esta mujer, según el relato de su hija, siempre la alentó a seguir con sus estudios:

“Me decía, “Por eso, tú tienes que graduarte, acuérdate que eso es lo que vale.... Es que si salimos adelante, porque pus (*pues*) yo tenía una profesión y le pude dar chance a tu padre a que durante dos años buscara realmente algo en donde pudiera pus (*pues*) crecer y hacer las cosas bien ¿no? Por eso es tan importante que la mujer sea independiente, que tenga, que pueda apoyar, bla, bla, bla” (*risas*) Y pues uno lleva esa escuela de tu crianza ¿no?”

Ya tenemos en la descripción de la Doctora Sandra varios elementos importantes a la hora de comprender el “éxito” de su trayectoria profesional, éxito que sin embargo, según su opinión, sólo es una parte, ya que, según sus propias palabras, lo “óptimo” para una mujer es “tener los dos frentes bien cubiertos” - y estos frentes son la familia y el trabajo-. En su caso, que se graduó en 1966 “panzoncita”, embarazada de su tercera y última hija (que hoy es ejecutiva bancaria en New York), dice que debe agradecerle mucho a sus padres, quienes siempre la apoyaron también en la crianza de sus hijos, y a su esposo, que siempre le permitió hacer lo que ella “quisiera”. Estos son otros dos elementos que, según vimos en el capítulo anterior, no dejan de ser importantes.

Ahora bien, dadas estas condiciones, ella aportó lo que considera un “plus”, en sus propias palabras: “la mujer siempre tiene más exigencias”, exigencias que ella -como muchas otras, según vimos en el inicio de este capítulo- transformó en “retos” de superación-:

“Era reto, era ganarles porque ellos eran muchos, hacían así, y nos miraban acá y... el reto era sobresalir sobre los hombres y eso yo creo que se nos quedó”.

Esos retos que la hicieron convertirse en una médica “tan brillante y tan estudiosa” según expresa, le dijeron sus colegas para instarla a retomar la investigación luego que ella dejara todo por otro trabajo, en una ocasión que estaba necesitada de dinero porque estaba criando a sus hijos pequeños. Remarcar esto también es un modo de dar cuenta que los *techos de cristal* se manifiestan de forma diferente a lo largo de la trayectoria vital de las mujeres (Buscatto & Marry, 2009), por cuanto es diferente la apreciación de las posibilidades y limitantes en el desarrollo profesional, según el momento de la vida.

La Doctora Sandra fue de las primeras en especializarse en genética, hizo su maestría y doctorado, fue jefa de servicio, luego Jefa de investigación y Directora de Investigación. Entró al Sistema Nacional de Investigadores (SNI), en 1979 fue presidenta de la Asociación Mexicana de Genética Humana, en 1983 entró a la Academia de Medicina y en 1997, se convirtió en la Primera mujer en ser directora general de un Instituto Nacional (el de Pediatría). Esto hace que ella se sienta una “pionera”:

“Yo siento que sí fui pionera ¿Por qué? Porque cuando entré a la Academia Nacional de Medicina había muy poquitas mujeres, yo entré en el 83. En el 79 fui la primera presidenta de la Asociación Mexicana de Genética Humana, después de ahí siguieron Susana, Vicky, un montón de mujeres, pero yo fui la primera, fui la primera en ser directora general de un Instituto Nacional de Salud, en 1997. Tonces (*entonces*) sí siento que en ciertas cosas sí he sido punta de lanza, por lo menos para ciertas cosas ¿no?”

Es interesante detenernos un poco en la noción de “pionera”: como remarcan algunas sociólogas (Schweitzer, 2009), el “pionerismo” que tiende a remarcar el lugar de “la primer cancellor”, la “primera médica”, etcétera, si bien muestra cómo algunas mujeres llegan a la cumbre, oculta las condiciones excepcionales de tal logro, lo que significa negar, en cierta forma, el hecho de que las puertas no se han abierto para todas. Sin embargo, me parece interesante el uso concreto con el que se identifica nuestra entrevistada ya que su idea de “pionerismo”, no resalta una narrativa de la soledad (o del *uniqueness*, como se señalaba como característica de la *abeja reina*) sino todo lo contrario. La idea que la doctora Sandra remarca es la de “la primera” que, en vez de convertirse en “la portera del techo de cristal” (Tanenbaum, 2002) -que no deja que las otras avancen- es la que abre las puertas: “la punta de lanza” como ella misma se describe. No se resta mérito pero a la vez comparte esos logros con otras, que vienen luego (Susana, Vicky), sin olvidar que ella fue la primera.

Otro elemento importante es la evaluación que ella hace de su condición de mujer (que, como ya dijimos, no va sola), que la empujó para “ser mejor”, que no le quitó posibilidades, pero que sí, en cierto momento, cree que le jugó en contra. No hay invisibilización del género, sino una reflexividad creciente: afirma nunca haber sufrido “de misoginia”, pero también que al SNI (donde ahora es nivel III) a ella y sus compañeras les costó mucho llegar. Y que cuando fue elegida para ser directora general del Instituto Nacional de Pediatría, en principio, no tuvo problemas, aunque:

“Yo era la única directora general y la verdad yo digo, bueno, venía para el sur y me hablaban y me decían: “Doctora que si le puede prestar su oficina al doctor, al doctor...(se corrige ella misma) al licenciado Fernández, el secretario de salud” y yo decía, la primera vez dije: “¡Wow, qué honor ¿no? que quiera usar mi oficina!”, la segunda me dice mi secretario particular: “No, eso ya es el colmo ¿Apoco se atrevería a pedirle a cualquiera de los otros directores generales que le presten la oficina y tú tengas que salir de tu oficina porque llega él, porque viene al sur?” y... llega otro, de los asistentes del doctor, con su celular, que en esa época nadie usaba celular y se sentaba en la mesita de ahí y yo no me movía de mi oficina hasta que llegara el secretario, seguía y aquel hablando con la novia ahí tirado “¡Esto de veras es una porquería!” me daban ganas de patearlo y sacarlo de mi oficina; y no sabía bien ni qué hacer porque pus (*pues*) decía: “Esto no es normal, esto es una agresión porque yo soy mujer”

Y al explicar su temprana retirada del cargo de directora general del INP (un mandato de 6 años que debió dejar por la mitad), encuentra la explicación en la coyuntura política, que generó problemas con el sindicato, y también con el hecho de que ella fuera genetista y no pediatra, lo cual no era frecuente -ya que todos los directores generales del Instituto habían sido pediatras¹⁸⁸-.

¹⁸⁸ Explica que su nombramiento tuvo que ver con la intención del entonces secretario de salud, Ramón de la Fuente, de impulsar la investigación en los Institutos Nacionales.

Así y todo, siente que el haber sido mujer puede haber sido una variable que influyera, sobre todo en quienes se le enfrentaron y la obligaron a renunciar:

“lo que a mí se me quedó muy clave es que pues quítale a la doctorcita, dale al sindicato la doctorcita.... No lo dijo delante de mí, pero me lo imagino por el tono, por la manera en que hablaba. Es el típico que tú dices “Ese ve a la mujer como... de otra manera”. Ésos son los que a veces le hacen a uno como que... cuando te lo encuentras por ahí donde puede tomar decisiones y pegarte, pues sí te pueden estorbar.”

Pero a la vez, afirma:

“Yo cuando renuncié a ese Instituto sentí que se me quitó un peso de encima, porque iba al súper el sábado y me paraba ahí enfrente del Instituto y decía: “¡Hijo, cómo pesas eh, qué bárbaro!”. Mis 2500 gentes más 310 niños internados, más no sé qué, más que se cae esto, más que no compramos, más que las medicina...Uf!”

La trayectoria de la doctora Sandra nos muestra que la internalización de los roles de género como explicación de los *techos de cristal* funciona, pero que además de la cuestión del género, hay otras dimensiones importantes que contribuyen a hacer de ese cristal algo más rígido, o por el contrario, más frágil y fácil de romper. Y que, incluso allí donde estamos en presencia de una mujer profesional “exitosa”, su perspectiva del logro profesional no deja de tener elementos subjetivos, donde entre otras cosas subyace la idea del balance (entre el trabajo y la familia, lo personal y lo profesional). Por lo tanto, incluso aquí, poniendo el acento en una trayectoria “exitosa”, podemos seguir sosteniendo la idea de que el éxito o el logro significan, para el caso de las mujeres, otra cosa. Por eso no considero menor la descripción de la doctora pensando sobre el peso de la responsabilidad de llevar adelante un Instituto Nacional como pediatría, parada frente al edificio, desde el “super”, un sábado por la tarde, luego de haber realizado la compra.

Narrativas sobre la situación de la medicina o la humanización en clave femenina.

Otra dimensión que me parece importante plantear tiene que ver con los diagnósticos que las doctoras entrevistadas elaboran sobre la situación de la medicina en la actualidad, lo cual es un punto importante para poner a dialogar con las narrativas sobre el lugar de la profesión en sus vidas.

Sobre estos diagnósticos, es importante considerar el contexto más general que planteamos en un capítulo anterior: las reformas neoliberales y su impacto en el sistema de salud mexicano. Es indudable que este contexto se manifiesta en muchos aspectos, tanto en la práctica privada como en la pública: me refiero a la falta de presupuesto y malas condiciones salariales que los médicos y médicas refieren sobre el trabajo en la medicina institucional, las condiciones

sociales –y por lo tanto, de salud- de quienes son sus pacientes en estas instituciones; pero también, por ejemplo, la rutinización administrativa de la atención en instituciones como el seguro social, la burocratización del sistema de prestaciones, etcétera. Por el lado de la medicina privada, completamente desregulada –y por eso, no siempre de calidad- atravesada por lógicas mercantiles que se manifiestan, por ejemplo, en la estratificación o creación de nichos de consumidores/usuarios: por ejemplo, las farmacias *Similares* y la atención médica de la fundación *Brest* orientada a los sectores de bajos recursos; y las grandes clínicas privadas con una publicidad basada en la aparatología *high-tech* orientada a sectores de alto poder adquisitivo (Laurell, 1995; Abrantes y Arjonilla, 2003; Leyva Piña 2012; Funsalud, 2012).

Este contexto es central para comprender muchos de las narrativas de las entrevistadas sobre la situación de la medicina en la actualidad, que –tal como lo expresamos para el caso de las explicaciones sobre la feminización- deben ser comprendidas como explicaciones permeadas y en constante diálogo con las de los actores autorizados del campo para elaborar dichas explicaciones –sanitaristas y epidemiólogos, principalmente-. Por lo tanto, estos diagnósticos sobre la medicina actual serán considerados como una síntesis de teoría “nativa” y teoría “analítica” (Peirano, 1995).

Los especialistas señalan como los temas-problemas de la medicina y la salud en la actualidad: a nivel global y mundial, las cuestiones de bioética que se presentan como los desafíos de la medicina para el siglo XXI –eutanasia, procreación asistida, clonación- donde se plantea la necesidad de una ética laica y humana¹⁸⁹; y también, la brecha cada vez más amplia que divide los problemas de salud y el tipo de atención, entre pobres y ricos: esto, que se da a escala mundial, se repite como patrón de morbilidad en México -donde en las zonas rurales y marginales, la gente sigue muriendo por enfermedades prevenibles, mientras que en las ciudades, el perfil es el de las enfermedades “de la abundancia” como cáncer, cardiopatía, hipertensión, diabetes-. Para el caso de México, también se señalan como uno de los grandes temas de la medicina y la atención de la salud, la cobertura universal y la calidad de la atención (Funsalud, 2012).

Dado este marco general y partiendo de las narrativas de las entrevistadas, me interesa poner de relieve la constante apelación a “la des-humanización de la medicina”, lo cual implica

¹⁸⁹ Véanse como ejemplo, las columnas de opinión de Raymundo Canales de la Fuente en el diario *Excelsior* (<http://www.excelsior.com.mx/opinion/raymundo-canales-de-la-fuente>) o de Arnoldo Kraus en *El Universal* (<http://www.eluniversal.com.mx/opinion/v3/e1056.html>)

una valoración del estado de la medicina en la actualidad, así como una apreciación de cómo debería ser –es decir, “humana”-. Por lo tanto, el análisis de los relatos mostrará cómo se significa, define y valora “lo humano”.

La doctora María Violeta me brindó el acceso a un texto que ella leyó, en la Academia Nacional de Medicina, como ponente en el seminario “Atención a la Salud basada en los Derechos Humanos”, realizado en noviembre de 2009. En ese texto, define el humanismo como “el cultivo al conocimiento, a la letras y a la corriente filosófica que trata de enaltecer la dignidad humana”. Luego, como ejemplos modernos de humanismo, la doctora cita a los médicos mexicanos Fernando Ocaranza, Conrado Zuckerman e Ignacio Chávez¹⁹⁰, indicando que “el médico puede alcanzar la categoría de humanista si cultiva el saber médico como el no médico”. Hasta aquí, se ve una idea muy arraigada en la modernidad sobre el humanismo, donde un profesional, que no cultiva “las artes y las humanidades”, no es pues, un humanista. ¿Pero qué es ser un “médico humano”? El texto de la doctora continúa: “Algunos pacientes expresan: los médicos son fríos, superficiales, siempre tienen prisa, no les importa lo que le ocurre al enfermo, están deshumanizados”. Y una líneas más abajo: “Estando en el siglo XXI, la mente se encuentra perpleja ante el rayo laser, los órganos de repuesto, la microscopia electrónica, los cambios de sexo, los genomas, la medicina nuclear”.

Lo que me interesa aquí es mostrar cómo conviven ideas del “humanista” vinculado a la cultura y las artes; y dos ideas de “lo humano”: como opuesto a lo *frío* –“la relación médico paciente es tan amplia que es necesario que el médico despierte en el enfermo simpatía, esperanza, fe y confianza” dice la doctora en su texto-; como opuesto a la *técnico*, donde la interacción entre personas es suplantada por las máquinas. Durante la entrevista, la doctora María Violeta me dijo que las mujeres eran más “humanas y cálidas” en el trato con el paciente. Así, comienza a delinearse una idea de “lo humano” que se asocia con la feminidad, versus una idea de la “deshumanización” que se asocia con la técnica. Es importante remarcar que, para autoras como Françoise Héritier (Héritier, 2007) en la *valencia diferencial de los sexos*, la técnica –como lo

¹⁹⁰ Fernando Ocaranza (1876-1965), médico mexicano e historiador: ver semblanza http://www.acadmexhistoria.org.mx/miembrosANT/res_fernando_ocaranza.pdf. Conrado Zuckerman médico cirujano, ginecólogo, oncólogo y escritor, ver <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2001/cc013n.pdf>. Ignacio Chávez (1897-1979) médico mexicano, cardiólogo, rector de la UNAM, ver semblanza: <http://www.colegionacional.org.mx/SACSCMS/XStatic/colegionacional/template/content.aspx?se=vida&te=detallemiembro&mi=98>.

abstracto, lo teórico, lo cultural, lo trascendente- se ha asociado con lo masculino, y con esto, se ha construido como superior¹⁹¹. Y Evelyn Fox Keller plantea “en la división del trabajo emocional e intelectual, las mujeres han sido las garantes y protectoras de lo personal, lo emocional, lo particular, mientras que la ciencia- la provincia por excelencia de lo impersonal, lo racional y lo general- ha sido reserva de los hombres” (Fox Keller, 1991, p.15).

En el mismo espacio físico que la doctora María Violeta presentara su ponencia (la ANM), en ocasión de la conferencia “Ignacio Chávez” en el año 2003, el doctor Kretschmer -inmunólogo del Hospital de Pediatría CMN-Siglo XXI del IMSS- alertó a sus colegas académicos sobre los peligros de “la mercantilización de la medicina mexicana”, tal como le sucedió a la medicina norteamericana, a la que caracteriza como “la rapaz medicina-innecesaria”, producto de “la sobre-especialización, el intermediarismo y la sobre-administración”. Para evitar estos males, el doctor hace un llamado a defender la educación pública superior, a incrementar el presupuesto en investigación científica, para producir “médicos cultos, convencidos de su misión y por ello, mejores médicos”¹⁹². El diagnóstico del doctor Kretschmer sobre la medicina, clama por cierto humanismo -un “médico culto”-, pero pone en el centro la cuestión de la “mercantilización”.

Frente al mismo auditorio, dos años después, la doctora María Elena Anzures¹⁹³, acompañaba con sus palabras el diagnóstico de Kretschmer y de la doctora María Violeta, lo que nos hace pensar en una narrativa compartida sobre este diagnóstico de “deshumanización-mercantilización”: “El ejercicio de la medicina, ya de por sí complejo, se ve confrontado con múltiples retos, como son el avance de los conocimientos, la ciencia pura, que más rápido que en otras épocas encuentran su aplicación en la tecnología y del modo de asumir el reto de atender de la mejor manera al paciente, de hacer frente a los cambios sociales y económicos y a la vez no caer en el mercantilismo y en la medicina defensiva que han mostrado de manera contundente sus maleficios en otros países”.

¹⁹¹ “Por lo tanto, las características masculinas y femeninas en nuestra cultura quedan connotadas, alternativamente, en las habituales oposiciones siguientes: calor/frío, seco/húmedo, activo/pasivo, rugoso/liso, duro/blando, sano/enfermo, rápido/lento, fuerte/débil, belicoso/pacífico, competente/incompetente, claro/oscuro, móvil/inmóvil, exterior/interior, superior/inferior, aventurero/hogareño, etc: pero también abstracto/concreto, teórico/empírico, trascendente/inmanente, cultural/natural, etcétera. ¿Por qué la jerarquía, signo de la desigualdad, se ha insinuado en el corazón de este banal equilibrio que consiste en pares opuestos de términos antitéticos que deberían tener el mismo valor?” (Héritier, 2007: 17)

¹⁹² Conferencia Ignacio Chávez 2003, ANM (Kretschmer, 2003)

¹⁹³ Conferencia Ignacio Chávez 2005, ANM (Anzures, 2005)

La cuestión de la “mercantilización”, que no es otra cosa que la sumisión a los imperativos del mercado de mano de las aseguradoras, nos obliga a una importante distinción: entre el ejercicio de la medicina en lo público y en lo privado. Al respecto, la doctora Vicky, que siempre se desarrolló en la medicina institucional, narraba:

“una amiga, muy jovencita, falleció ella de un problema muy doloroso, muy serio: un cáncer invasivo, terrible. Y su esposo me dijo que habían visto 18 médicos ¡18 médicos! tenían pues una buena posición económica, iban a ver médicos privados, o sea no era gente que se abandonaran, que dijeras “por qué no fue a tiempo o que no se hizo tal estudio” no, o sea desde un principio fue atendida, no la diagnosticaron, hubo malos manejos en muchos rubros, etc., etc., yo le diría hasta negligencia médica, y como dice alguien “pues ni modo, pasas penas ajenas ¿no?” porque no es médico, pero cuando me dijo “mira, sabemos que los médicos no son dioses, pero por lo menos que esperábamos un médico humano” o sea, cuando me dijo eso me dolió tanto, tanto, porque vea las propagandas ahorita “protección médico legal”... a la cantidad de demandas que los médicos nos estamos enfrentando. Y nos estamos enfrentando, porque hemos perdido esa escala de valores humana ¿sí?”

La “mercantilización” también va asociada, según esta misma doctora, con vivir del “dolor humano”:

“Un consultorio te lo rentan caro, lo tienes que sacar a base de tus consultas, pedir estudios de laboratorio implica que te dan puntos—eso por lo que sé de ciertos hospitales, a lo mejor hay otros que no pero Médica Sur, el Ángeles, sí— Entonces tú pides y te toman ahí y entonces te dan puntos a ti como médico ¿sí? No quiere decir que esté mal ¿me entiendes? ¡Es un negocio! Tener un hospital de esos es un negocio, pero, son carísimos, las consultas son carísimas, las medicinas son carísimas, el nivel de... Entonces, terminan trabajando mucho para los seguros de gastos médicos... entonces ese tipo de situaciones—al final de cuentas—yo decía “¿Cómo le voy a cobrar a un paciente?” O sea, me cuenta mucho trabajo pensar algo que me gusta que es la medicina, en realidad estás viviendo del dolor humano.”

Estos dichos remiten a la realidad del mercado de bienes de salud y en él, el mercado de trabajo de los médicos y médicas, ya que se aliente un trato humanizado o no, los profesionistas de algo tienen que vivir. Así describía la doctora Olga el mercado de trabajo tal como es percibido por sus colegas, médicos y médicas recién salidos de la Universidad:

“MP: -¿O sea, no hay desempleo?”

O: -Sí hay, pero un médico mal pagado gana siete mil pesos ¿no? ahorita por ejemplo a lo que menos aspiras es a estar en Similares ¿no? digamos, veinticinco o treinta pesos la consulta y a ver cuántas te caen al día ¿no? Eso es como si ya no tienen más que hacer te metes ahí y aún así vas a estar saliendo, yo me imagino cómo, pon tú que vean cinco consultas diarias son doscientos cincuenta pesos, o sea, has de estar saliendo con eso, con seis mil, siete mil pesos al mes sin mucho esfuerzo ¿no? o sea porque no estás invirtiendo, no inviertes pero tampoco te reeditúa en seguridad social, que tienen también la parte médica eso, tú sales de la carrera de medicina y casi tienes asegurado el trabajo, si haces la residencia casi estás ya en el Sistema de Salud y eso indica... te da prestaciones, te da derechos. Entonces la mayoría acaban en Sistema de Salud aunque no ganes muy bien y la privada...

MP: O sea, que la mayoría hace ambos (**O:** **ajá**) institucional y privada

O: Sí, algunos que les va muy bien pues se van sólo a la privada y porque también hay un mercado mucho más amplio.”

Un prestigioso médico que trabaja en la salud pública y en la privada, el Doctor Carlos, decía que a él le encantaba trabajar en el Hospital, pero sólo con ese salario no puede solventar su vida cotidiana, razón por la cual tiene que trabajar también en lo privado:

“Y la medicina privada da la gran ventaja de tener uno, una retribución económica mucho más aceptable pero la gran desventaja, que también la compartimos no con todos los países Latinoamericanos (pero sí con algunos) es la falta de control y la falta de control de calidad en el ámbito de la medicina privada, cosa que personalmente he criticado hasta públicamente, hasta en los diarios ¿no?”

Tanto en lo público como en lo privado, como vimos con la ponencia de la doctora María Violeta, la “deshumanización” se entiende como la excesiva tecnificación en la relación del médico con el paciente, lo cual le quita a esa relación su aspecto “humano” -en el sentido de calidez e interacción cara a cara-. La doctora Alma narraba así su experiencia en el Hospital de PEMEX cuando se introdujeron las computadoras en las consultas:

“yo estaba acostumbrada a ver al paciente, llegar y “hola a mi amor ¿Cómo está?” Era mi familia, no eran mis pacientes, entraba, lo veía e inmediatamente me abocaba a signos vitales y exploración: escucharlo y explorar...cuando de repente me dicen “Doctora, aquí tiene usted una computadora” y definitivamente a ver cómo le haces -no me dieron ningún curso- y ahora va, antes era manuscritas, nada más era a máquina algunas cosas como los pases a los especialistas, todo lo demás era escrito a mano, entonces, mi vida era ver al paciente y escribir. Pero de ahí a estar “sí, qué me decía” y volteando a ver para no equivocarme: me di cuenta que no podía explorar, no veía la cara de mi paciente, no me daba cuenta de las expresiones de su cara (de dolor o de no dolor) porque lo único que me interesaba en su momento era que no me fuera yo a equivocar a la máquina—entonces, además, yo necesitaba conocerlas—para mí la inflexión de la voz, el preguntarte “¿cómo están tus hijos? ¿Cómo está tu esposo?” Igual y te lo pongo en una máquina pero yo no voy a saber cómo estás tú, y no me vas a decir a través de tu voz “¿sabes qué, Alma? ¡Híjole! Es que el niño se puso mal, es que...” Y la sensación de decirte o de darte alguna palabra de consuelo, no te la voy a poder dar ni te voy a poder decir que te amo fácilmente a través de una computadora dónde vas a ver letras y no la expresión”.

Lo que la doctora cuenta para el caso del Hospital de Pemex, lo viví yo misma como paciente del Seguro Social: la doctora que me atendió, detrás de su escritorio a dos metros de distancia de donde yo me encontraba sentada, no me miró a la cara ni una vez y ante mi comentario de que sentía que tenía conjuntivitis porque me ardía la vista, ni siquiera me miró los ojos -y menos a los ojos- y sólo completó su formulario de manera adecuada para que yo pudiera solicitar, en una oficina del piso de abajo, las gotas contra una conjuntivitis que sólo yo había diagnosticado.

Ahora bien, si la antropología busca conocer el punto de vista del actor, es interesante matizar esa propia percepción con los comentarios de una médica entrevistada -la doctora Amalia- que además de tener su consulta privada, trabaja en el Instituto de Seguridad Social

Trabajadores del Estado (ISSSTE). Por día de trabajo –una mañana o una tarde- tiene agendados 20 pacientes -más los que consultan por primera vez-. A cada uno de los que atiende, les aclara: “En el momento en que tú pones un pie en el Instituto, tú eres paciente del Instituto, no mi paciente”.

Si por un lado tenemos la idea de la “deshumanización” como la “mercantilización” de la medicina y la salud vista como un negocio para las aseguradoras, también vemos la cara “des-humanizada” de la medicina institucional. Así, la institución, por su creciente burocratización y su des-financiamiento, es la culpable de un trato “deshumanizado” y “deshumanizante”. Esto es lo que decía la joven doctora Liz, que ejerce por las mañanas en un Hospital público y por las tardes en su consulta privada:

“A veces en los hospitales, los adscritos se van de vacaciones—porque hay servicios en donde ¡increíblemente sólo hay un adscrito!- Por ejemplo, en la noche, se va de vacaciones y los que se quedan a cargo de estos hospitales son los médicos en formación, son los médicos residentes, entonces, tú no puedes dejarle la responsabilidad de la vida de una mujer a un médico residente porque ellos son médicos, a lo mejor muchos ya son capaces de resolver muchas cosas, sí, pero no dejan de ser médicos en formación, entonces, no le puedes dejar hasta la vida de una mujer en mano de ellos. Y eso, sucede y ¿por qué sucede? Porque no hay plazas, porque no dan plazas, porque no están cubiertas las plazas como deben de estar, las plantillas en los hospitales no están cubiertas, y que tú digas eso, no pues todo mundo se te echa encima. Y que tú le digas a la Secretaria de Salud “espérame, cómo le puedes decir demándame, si no me estás dando a mí las armas necesarias para aceptarla” Entonces, yo pienso que el día que nos animemos a sacar ese tipo de información... O sea, yo trabajo en un hospital del gobierno, no voy a decir cuál es, pero es un hospital del gobierno del Distrito Federal. Es increíble que estemos operando con guantes del 8, 8 ½, o sea, no hay jabón en las áreas, no hay guantes, no hay...a veces ni siquiera hay...no hay compresas, o sea, no hay nada, o sea ni si quiera material para atenderlas, y cuando tú dices “¿Sabes qué? Es que no tengo esto ¡no hay suturas!” ¡No hay suturas! O sea, eso es increíble ¡y pasa! Y el que diga que eso no es verdad, entonces yo no sé: no vive en México, pues. Tú les dices “¿Sabes qué? Es que ya no tengo suturas” “pues con lo que hay” “espérame, es que entonces esto no es medicina basada en evidencias ¡es medicina basada en existencias! Lo que se practica en los hospitales” y decir -o animarte a decir- una cosa así, todo mundo te volte a ver como con cara de “cállate” Eso no sucede aquí “no sucede” –por supuesto que sucede, entonces—híjole, necesitamos empezar a cambiar todo esto”

Si por un lado, en estas narrativas, la “deshumanización” de la medicina se le achaca a la frialdad de los médicos, o a su ansia de lucrar, las instituciones también son responsables y en ellas, los profesionales son los que “contribuyen a”, pero también “padecen” la situación, tal como lo expresa a continuación la doctora Ana Carolina:

“cuando salí de la universidad y regresé del servicio social, pues uno anda buscando empleo pero yo no quería trabajar en una Institución, no quería ser médica institucional porque la experiencia que tuve durante el proceso de formación, en las instituciones era mala, un 80% de los médicos en las instituciones tiene como unas depresiones (*duda*) del trabajo que hacen, no tienen un estímulo para trabajar de la manera más rica, donde sientas que tu profesión vale la pena hacerla ¿no?”

Con esta suma de comentarios quiero mostrar las distintas narrativas en torno de cómo las médicas entrevistadas perciben la situación y problemáticas de la atención de la salud en el México actual, generando con ello lo que hemos denominado un diagnóstico que se aglutina en torno de la idea de una medicina “des-humanizada”. Como vimos, esta “deshumanización” adquiere distintos significados: la frialdad en el trato con el paciente, la creciente tecnologización, la precariedad laboral en algunos casos, la falta de infraestructura y presupuesto, la rutinización y burocratización de las tareas, la presión del mercado de la mano de las aseguradoras, entre los elementos principales. Lo que es interesante es contrastar estos diagnósticos con las narrativas sobre la medicina como “reto” y “desafío” en la vida de estas mujeres. Y a su vez, subrayar que a los diversos aspectos de la “deshumanización” se contrapone una idea de la “humanización” que es, para muchas, eso que las mujeres pueden aportar. O, como vemos en el siguiente comentario, algo “femenino”, más allá de que sea aportado por varones o mujeres.

“has escuchado algo que dicen es que se está deshumanizando (**MP:** sí, lo he escuchado mucho) ¡exacto! Bueno, por lo que nosotros tenemos que luchar los médicos y las médicas es porque eso no se abandone. Que el médico tenga un vínculo con el paciente o con la paciente para que así la paciente no se sienta sola, no se sienta aislada, no sienta que tiene todos los problemas encima y que no hay nadie que pueda ayudarle. No, el ser médicos de cuerpos y almas es algo que jamás se debe abandonar, es algo que debemos traer ya como una devoción en nuestra carrera, como muchas de nosotras... pero los hombres también, solamente así puede una paciente salir adelante, si el médico se entrega realmente y trata de ser empático en todo momento y entiende el entorno en el que vive la paciente o el paciente para poder ayudarla más.”

Hasta aquí¹⁹⁴ he intentado mostrar de qué manera las narrativas sobre la medicina como un “reto”, una “pasión”, “una parte de la vida” de las mujeres entrevistadas; las ideas de logro y “éxito” y los propios diagnósticos sobre la situación de la medicina en la actualidad, contribuyen a seguir armando el rompecabezas de lo que son, y cómo se van transformando, las configuraciones de género en la medicina mexicana.

Así, el predominio de la idea de “reto” en las narrativas de las médicas, el caso excepcional de “médica exitosa” de la doctora Sandra -con su idea de logro como alcanzar la cúspide, pero también como realización personal y balance-, los llamados de atención sobre una medicina que se “des-humaniza” y donde se debe volver a ser “médicos de cuerpos y almas” ¿Contribuyen a modificar la idea del logro profesional en sí y de lo que es ser un buen profesional? ¿La idea de

¹⁹⁴ En el próximo capítulo retomaremos la cuestión de la “des-humanización” específicamente a partir de las reacciones de los ginecólogos y ginecólogas ante la introducción en los Hospitales Federales de lo que se ha dado en llamar el “Parto Humanizado”.

éxito de las mujeres produce cambios en la idea de éxito profesional en general? ¿Qué nuevas ideas introduce sobre lo que es ser buen profesional?

Si a estas reflexiones, le sumamos la idea de la medicina actual como una medicina “des-humanizada” y que necesita “humanizarse”, recuperar la calidez, la empatía, la mirada del otro – que es en parte, lo que supuestamente ellas aportan- entonces hay un lugar y un desafío pendiente en el que las doctoras tienen o pueden llegar a tener un lugar. De este modo, desde las narrativas, vemos una re-significación de ciertas ideas, una valoración de cierto aspecto de lo “humano” que quizá -en su apelación a la empatía y en oposición a la frialdad de la técnica-, pueda ser leído en clave femenina. Lo que quiero decir con esto es que, quizá, una de las cuestiones que se estén modificando al nivel de las configuraciones de género sea el valor de lo femenino: es decir, que se revalorice, no ya para convertirse en superior, pero sí quizá, cambiando su correlación de fuerzas respecto a lo masculino. Porque, si lo universal -“lo humano”- siempre fue masculino –porque lo femenino es lo particular (De Beauvoir, 1977)-, decir que la medicina debe ser más “humana”, puede significar que eso humano incorpore lo femenino y se vuelva con ello, más genuinamente universal.

5.2-En busca de las identidades de las mujeres en la medicina.

Si dijimos que la mayoría de las mujeres que trabajan en la medicina no se llaman a sí mismas “médicas” sino “médicos” -o en todo caso, “doctoras”- eso no significa que no haya una o varias nociones de identidad de “médica”. En este apartado, me interesa trabajar sobre los modos en que estas identidades se construyen, sobre todo a partir de dos espacios concretos: mostraré qué es ser “médica mexicana” para las mujeres que participan y dirigen la FAMMAC (Federación de Asociaciones de Médicas Mexicanas); y para las mujeres que son miembros de la institución más prestigiosa de la medicina mexicana, que es la Academia Nacional de Medicina.

Por otro lado, pero también en relación con la cuestión de la identidad de las mujeres en la medicina, lo que es su aporte específico y su vinculación con la feminidad y el feminismo, me interesa trabajar aquí sobre un espacio abierto en la Facultad de Medicina de la UNAM sobre “Género y salud”, que ha obligado a pensar cómo se da, no sólo la relación género y salud, sino también, la de medicina y género y específicamente, la de médicos y médicas y perspectiva de género. Por eso, el análisis de las vicisitudes de este espacio académico, como plantean quienes han estudiado las culturas institucionales como espacios generizados (Acker, 1990; Kalinsky, 2006)

es una buena forma de aproximarse a una discusión sobre las identidades que construyen las mujeres en la medicina mexicana.

5.2.1-Las Asociaciones de Médicas Mexicanas: un caso de auto adscripción.

Dentro de las muchas asociaciones y agrupamientos científicos y gremiales de la medicina en México, aquí me centraré en las únicas cuyo criterio de pertenencia no tiene que ver con la disciplina, sino con el género: se trata de las asociaciones de “médicas mexicanas”. Existe más de una asociación de este tipo; la primera se fundó el 5 de mayo de 1926 en la ciudad de México, y su acta constitutiva fue firmada por las siguientes médicas cirujanas (según se lee en el acta): Antonia Ursúa (presidenta), Margarita Delgado (1ra vicepresidenta), Ornesinda Ortiz (2da vicepresidenta), María Brijández (secretaria), Dolores Rosales (prosecretaria), María Castro de Amorena (tesorera), y las encargadas de comisiones Herminia Franco (boletín), Rosario Martínez Ortiz (servicio social) y Aurora Uribe (salubridad pública). A muchas de estas médicas las conocemos porque sus legajos fueron recopilados en el trabajo sobre las pioneras de la medicina mexicana (Castañeda López & Rodríguez de Romo, 2010)¹⁹⁵ y son mencionadas -según los expedientes que pudimos consultar- como profesionistas de las diferentes dependencias de la Salubridad Pública en las décadas de 1920 y 1930. Matilde Montoya, primera médica mexicana, asistió en 1923 a la segunda Conferencia Panamericana de Mujeres en el DF, y unos años después, con Aurora Uribe, fundó la asociación –aunque ella no firma en su acta constitutiva-. Una versión similar me fue narrada por una de mis entrevistadas, la doctora María Violeta, según la cual la Asociación fue fundada en junio de 1926 por Matilde Montoya y María Castro.

“Entonces, ella (María Castro) fue la que me dejó las fotos de Matilde P. Montoya ¿no? –una carta que ya en los últimos años ya estaba ella muy enferma y entonces le mandó a esta doctora donde le platicaba que Don Porfirio Díaz la había condecorado, por ser la primer médica y que le había regalado una carretela de caballos, y que entonces, pues que para ella eso había sido algo que le gustó mucho. Y a parte, las universitarias...no me acuerdo, se llamaba “La Unión de Universitarias” algo así (de México) le habían dado un diploma por 50 años de servicio y una moneda de oro, ese había sido el premio. Posteriormente en la época de este señor Lázaro Cárdenas, también le hicieron ya un homenaje, pero ella ya estaba muy enferma. Me dice que la llevaron, pues una silla de ruedas ¿no? Iba mala de una pierna y ahí le hicieron un homenaje y a una maternidad en Puebla, le pusieron su nombre.”

La primera versión es la que coincide con los “antecedentes” que los archivos de Federación de Asociaciones de Médicas Mexicanas (FAMMAC) reconocen como propios, siendo

¹⁹⁵ De las citadas en la carta, todas eran alumnas de la UNAM, excepto Herminia Franco, graduada en la Universidad de Puebla (ver capítulo 2) y María Castro, egresada, como su esposo el Dr. Nicolás R. Amerena, de la Universidad de San Luis Potosí (Torre, 1989)

que, el 5 de mayo de 1925, a instancias de la Doctora Antonia Urzúa, se funda la “Asociación de médicas mexicanas” “en el conocimiento de la existencia de asociaciones semejantes en otros países”¹⁹⁶. Este mismo documento expresa que en 1975 y 1977 se organizaron el I y II Congreso de la Asociación de Médicas Mexicanas del DF y que en 1978 y a instancias de la Asociación de Médicas de Oaxaca y la Doctora María Arredondo Herrera (por entonces presidenta de la Asociación Nacional) se crea la FAMMAC. Según la versión de una de nuestras entrevistadas, la doctora Arredondo es la que comenzó la división entre la federación y la asociación, que pasó a llamarse Asociación de Médicas Mexicanas Matilde Montoya (MM)¹⁹⁷. Las doctoras que en la actualidad conforman la FAMMAC, no dieron cuenta de tal división y reconocen como fundadora y “guía” a la doctora Arredondo¹⁹⁸.

Ahora bien, expuesto esto me interesa trabajar sobre el modo en que estas asociaciones construyen y actualizan la identidad de “médica mexicana”. Para ello contamos con algunos documentos¹⁹⁹, con las entrevistas realizadas (a una doctora de la Asociación Matilde Montoya y a dos doctoras presidenta y vice de la FAMMAC) y las observaciones realizadas en los desayunos académicos de esta última institución, que se realizan los primeros sábados de cada mes en el hotel Benidorm, de la colonia Roma.

La doctora María Violeta, ex presidenta de la Asociación MM, describió así las temáticas de los congresos que ella contribuyó a organizar. Me parece interesante especialmente uno que trató sobre “La mujer en la medicina”:

¹⁹⁶ Las primeras asociaciones de este tipo son de fines del siglo XIX, la Medical's Women Federation (1879) y la Association of Registered Woman (1893) en Inglaterra. El modelo de asociaciones separatistas también se siguió en Estado Unidos, donde las muchas asociaciones locales formaron en 1915 la American medical women's association (AMWA, que sigue funcionando) y en 1919, la asociación internacional, la Medical Women International Association. (Ortiz Gómez, 2005)

¹⁹⁷ Parte de esta división y la disputa en torno de la misma es por cuál de las 2 asociaciones tiene el reconocimiento oficial de la Alianza Panamericana de las Mujeres Médicas y por ende, de la Asociación internacional. Dado que mi tema no era específicamente el de las asociaciones, doy cuenta aquí brevemente de la situación, pero luego me enfoco en FAMMAC, por ser quienes tienen mayor actividad y me permitieron el acceso a sus reuniones.

¹⁹⁸ La Dra. María Arredondo es una médica muy mayor y reside actualmente fuera del DF. En ocasión de un desayuno académico en FAMMAC, la vicepresidenta la llamó por teléfono y la puso en conferencia con la sala, donde las médicas la saludaron y le cantaron las mañanitas (era aniversario de la asociación).

¹⁹⁹ De la Asociación Matilde Montoya, tenemos las memorias del Congreso Nacional realizado en 1978 en Morelos, congreso auspiciado por la Medical Women's International Association; de la FAMMAC contamos con un documento que es fechado en 2004-2006, donde se establecen objetivos, antecedentes y luego, con mayor detalle, el reglamento de la selección del premio médica distinguida y medalla Matilde Montoya.

“desde las primeras mujeres, las que eran las curanderas y las empíricas, las obstetras ¿no? las parteras ¿no? Toda esa historia se platicó [...] Y luego, con apoyo de los laboratorios y a veces de la secretaria de salud, de temas médicos como: del niño maltratado, se habló del adolescente, de cáncer cervicouterino ¿no? de cardiopatías, de hipertensión, de problemas ortopédicos, hasta de dental—de dentistas también se habló—planificación familiar...Un simposio nacional de salud... Materno infantil ¿sí? Y vimos todo lo de educación sexual y trajimos a *Master and Johnson*, a los estadounidenses de allá les pagamos para que vinieran, se abarrotó de gente y hablamos de prevención del aborto ¿sí? Y luego se hizo otro sobre... ¿cómo se llama esto? —se hicieron sobre tuberculosis, enfermedades pulmonares, todo los de estos paralíticos, ortopedia y todo eso se manejó también—fue cuando apenas empezaba lo de que le dieran a los paralíticos pues un lugar y como a moverse y todo eso. Fue también un éxito y entonces, pues cada mes hacíamos una sesión mensual. Nosotros... esa sesión la hacíamos en los laboratorios *John Poller*, y ahí se presentaba una ponencia médica de diferentes temas. Hacíamos todo el año las sesiones ¿sí? Y el día del médico hacíamos un desayuno para todas las médicas y la última sesión del año (la de diciembre) pues era un tema cultural, presentar un tema cultural y hacíamos un brindis para fin de año, y así se trabajó.”

Una lógica similar tienen las actuales reuniones de FAMMAC, donde los desayunos de encuentro, se denominan “desayunos académicos” y se basan en un programa de actualización en temas médicos²⁰⁰.

Hasta aquí, dos cuestiones a resaltar para el análisis: dentro de los temas médicos, si bien lo que enumera la doctora María Violeta muestra una mayor preponderancia de los temas vinculados a la salud de la mujer y la familia, en los de FAMMAC los temas se vinculan con las áreas de trabajo de las mujeres que integran la comisión directiva: son temas médicos diversos, porque, en palabras de su presidenta, la doctora Alma, lo que importa, es la “actualización”:

“yo les comentaba a las doctoras mayores que luego no se quieren inscribir a la Universidad para no pagar esos 500 pesos de la UNAM porque “ya para qué, ya no necesito re certificarme, ya estoy jubilada, ya estoy viejita, tengo 70, 80 años” Lo único que se me ocurrió decirles es “por ti misma”.

Sin embargo, lo que más le interesa a esta doctora es sumar a las más jóvenes:

“¿Qué es la Federación? La Federación es un grupo de médicas, que estamos asociadas, sí se constituye en su mayor parte por personas jubiladas... Ahora que tú te diste cuenta que fuiste la otra vez con nosotros, sí tengo chicas jóvenes (que las trajo mi hija, por ella empezaron a entrar) pero, esta Federación se constituye más de personas jubiladas, sí quiero gente joven: pero están operando los sábados, están dando consulta, están ganando, porque muchas veces no alcanza el dinero de la Institución en la que está trabajando y dejan los sábados para la consulta privada, por lo cual hay un ausentismo tremendo para que mi Federación tenga frescura y tenga gente joven. Si quiero jóvenes: no tienen tiempo de asistir a la Federación”

Además de la “actualización”, la Federación tiene otros objetivos:

²⁰⁰ En 2011, el programa contenía un módulo de neurocirugía y cirugía plástica, otro de cardiología, de neurología, de medicina interna, de trasplantes, de nefrología, medicina china, de oncología y senología, de psiquiatría, de reumatología, de ginecología y urgencias médicas y dermatología y medicina antienvjecimiento.

“parte de los estatutos de nuestra Federación es: asociar a las médicas, capacitación continua y ... ¿por qué se llama Federación? Porque la sede es en el DF. Se queda el DF como sede de esta asociación de médicas porque aquí se encuentran todas las Secretarías de Estado, por si las médicas tuvieran situaciones de injusticia, de correrlas, de que no quieren ir a algún estado cercano o alguna población, deberá la Federación acudir a las instancias correspondientes (llámense del IMSS, el Seguro, el sector salud) para ayudar a esa médica que se encuentra en situaciones de injusticia, para que, a través de nosotros esto se legisle. Sí tenemos carácter jurídico también, pero hasta hoy en los 10 años que yo llevo en la Federación nunca se ha presentado un caso de justicia, ni nunca hemos requerido de una demanda, ni nos han solicitado “doctoras, verdaderamente a mí me han pasado sobre mis derechos y la verdad es que no estoy de acuerdo con esto” Hasta hoy: no se ha presentado.”

Es importante confrontar lo que plantea la doctora Alma sobre la falta de médicas jóvenes –y en actividad- en la federación y la ausencia de situaciones que demandaran presentaciones judiciales o de algún tipo, con lo que vimos con los casos de la doctora Kía en Rehabilitación o de las dos residentes expulsadas del Hospital de La Raza. Es decir, que los casos no lleguen a la Federación no significa que no existan²⁰¹; en todo caso, la FAMMAC no se interesa ni parece visualizar dichas problemáticas. Lo que sí se propone –y según mis entrevistadas, esto fue idea de la Doctora María Arredondo- es alentar que las mujeres vayan ocupando puestos gerenciales dentro de la medicina “porque prácticamente no había mujeres directivas, eran puros hombres”.

Como vimos en el apartado anterior, la FAMMAC también es la organizadora de los premios Matilde Montoya. Así, entre postular un premio al mérito y alentar –no sabemos bien por medio de qué mecanismos- la presencia de mujeres en los “puestos gerenciales”, la Federación se entiende como una institución corporativa, de defensa de intereses sectoriales. Tal como plantea Teresa Ortiz (2005) para el caso de las primeras asociaciones de médicas en el mundo, los objetivos son fomentar el compañerismo y reforzar el estatus de un grupo –las mujeres dentro de una profesión con una fuerte impronta masculina-. Ortiz plantea que otro de los objetivos de estas primeras asociaciones era acotar un campo de interés propio, que en el caso de FAMMAC, parece irse diluyendo: de un campo en principio más vinculado a la salud de las mujeres, los niños y la familia –como lo muestra el relato de la doctora María Violeta- a una variedad de temas generales en los desayunos académicos de FAMMAC. Así, si por ejemplo “el modelo” de asociación, que era el estadounidense buscaba “crear un modelo eficaz de profesionalismo femenino y aspiraban a definir y a explicar qué significaba ser mujer y ser médico” (Ortiz, 2005, p.76), las asociaciones mexicanas se concentran básicamente en ser un espacio de sociabilidad entre mujeres. Éste es un objetivo que no está escrito, pero que se percibe en las reuniones y en las palabras de su

²⁰¹ Lo cual implicaría ciertas reflexiones sobre la naturalización de esas violencias e injusticias y la escasa representatividad de este tipo de asociaciones, pero por ahora, este tema nos excede.

presidenta, y se manifiesta en cierta retórica vinculada a la idea de “hermandad”²⁰²: estar entre hermanas, iguales, para encontrarse, estar, platicarse las cosas en común, lo cual incluye el humor, el chisme y la ayuda mutua.

Sobre el humor y el chisme, es interesante describir que en los desayunos académicos muchas veces quien tenía el micrófono tenía que llamar a silencio a la audiencia, porque al contrario de plantearse el “desayuno académico” como una conferencia, el motivo principal parecía ser el mero encuentro, el verse, charlar, ponerse al día y demás. Así, por ejemplo, escuché conversaciones sobre si tal médica, viuda, se había vuelto a casar, para lo que entre risas se decían: “a la vejez, matrimonio”. Y, sobre el humor, el hecho que todos los sábados a los que yo acudí a la cita, una vez finalizado el desayuno y la conferencia, tomaba el micrófono una médica muy mayor, la doctora Alicia H., quien luego de leer alguna reflexión o poesía, contaba chistes que toda la audiencia festejaba.

Diario de Campo: “Parada ante todas las mesas y con el proyector de fondo, la Doctora Alicia H. (aproximadamente de 80 años), de faldas, maquilladas, con aretes y tacones, muy cuidada en su aspecto y con una mirada pícara, comienza su actuación. El remate es el siguiente chiste “está el médico en su consultorio después de haber tenido sexo con su paciente y se le aparece el diablillo y le dice “Bueno, a quién no le pasó” y el médico suspira y luego se le aparece el angelito y le dice “pero recuerda que eres médico veterinario”.

Respecto a la ayuda mutua, en otro de los desayunos, después de las exposiciones de rigor, la presidenta, a instancias de comentarios recibidos por algunas socias, invitó a una asesora de seguros para que aconsejara a las jubiladas sobre los seguros médicos de gastos mayores (a la que muchas de ellas, por edad, se les dificulta acceder²⁰³) y sobre dónde y cómo invertir el dinero que han ganado en la vida.

Con estas observaciones, se comienza a perfilar una somera idea de lo que sería, para quienes integran la asociación, la identidad de “médica mexicana”: una experiencia común, el reconocimiento al mérito en clave muy similar al mérito objetivo (y por ende, podemos decir, masculino) y la invisibilización de los problemas de las médicas jóvenes en actividad -como el acoso sexual.

²⁰² Estar entre hermanas en una cultura de mujeres, tal como lo aboga la presidenta de la FAMMAC, ha sido denominado por las feministas como “sororidad”. Sororidad, en este discurso, refiere a una crítica de la historia y la cultura por su androcentrismo (Lagarde, n.d.) y está íntimamente vinculada a la crítica feminista que, como veremos luego, es un discurso ajeno al de las mujeres médicas de la FAMMAC. Por eso, prefiero decir “hermandad”, aunque es interesante hacer notar los puntos en común entre ambos discursos, a pesar de la distancia ideológica.

²⁰³ Para acceder a las pólizas, muchos de estos seguros tienen como requisito no tener más de 75 años.

Así, en las palabras de la vicepresidenta, una joven doctora que se especializó en senología, la Federación:

“la función importantísima de la federación de médicas mexicanas es la unión de todas las mujeres médicas del país por medio de asociaciones médicas estatales. El verdadero objetivo que tiene la asociación, la Federación de Médicas Mexicanas es impulsar a la mujer médica, apoyarla y además proponer planes y programas, realizar planes y programas para que de ahí salgan propuestas para muchas mejoras en el desarrollo de la mujer médica y también en el ámbito social. Por ejemplo: un logro muy importante de la federación es que ellas fueron quienes tuvieron la iniciativa de los espacios para minusválidos y lo lograron, entonces esto no se sabe pero está, está estipulado.”

Y el impulso a “la mujer médica” y las actividades “del ámbito social”, empiezan, desde el punto de vista de mi análisis, a mostrar una gran ausencia, que es la de los temas caros a la agenda de los movimientos de mujeres y feministas: la violencia, el acoso, la trata, la salud reproductiva y el aborto. Por eso, vuelvo sobre uno de los primeros testimonios, cuando la doctora María Violeta, de la Asociación de Médicas, entre las conferencias que organizó mencionó “prevención del aborto”, lo cual me lo dijo sentada en el sofá de la sala de su casa, cuyo muro principal era ocupado por una gran imagen del papa Juan Pablo II. Y ese pequeño detalle se suma a que una de las asistentes a los desayunos y ex integrante de la Comisión Directiva de FAMMAC, fue una de las firmantes en 2005 del pronunciamiento médico contra la “Píldora del día siguiente” por considerarla “abortiva”²⁰⁴. Si a esto le sumamos que la presidenta de la FAMMAC durante mi trabajo de campo, hacía explícito su apoyo a la por entonces candidata presidencial por el Partido Acción Nacional (PAN) Josefina Vásquez Mota - cuyo discurso “pro mujer” fue tildado de esencialista y conservador, opuesto a las demandas del feminismo (Cacho, 2012)-, el perfil de médica mexicana que las asociaciones médicas como las estudiadas muestra, es un perfil que se puede describir como opuesto al del feminismo. Ante mi pregunta explícita a la Doctora Romina, vicepresidenta de la FAMMAC, ella fue muy clara:

“bueno es que en realidad estamos tratando de evitar el ser feministas, lo que necesitamos en FAMMAC es crear el vínculo hombre-mujer, médico-médica como igual y además potencializarnos hacer sinergia para que así apoyemos las mejores decisiones para la salud de la mujer y del hombre. En realidad no estamos viendo temas radicales así con esa separación de entre el bien y el mal “qué es bueno, qué es malo” no, no, no yo creo que para todo hay un término medio. Y entonces precisamente éste es uno de los objetivos de la

²⁰⁴ “Pronunciamiento médicos contra la píldora del día siguiente”, publicada en los periódicos de mayor circulación de la República Mexicana en agosto de 2005, y promovida por una coalición “bioética” conformada por diversas asociaciones de bioética, científicas y médicas, que denunciaban al entonces secretario de salud, Julio Frenk Mora, por querer proporcionar en los centros de salud la píldora: en su punto 5 quieren advertir a la sociedad y a la prensa de que con esto se violan las leyes y la constitución ya que “existe una vida humana desde la concepción” y en el punto 6 denuncian la intervención de organizaciones internacionales “promotoras del aborto”.

federación, analizar los problemas existentes en la salud médica y en el ámbito social y en la salud de toda... o sea en la salud mental, en la salud de toda la mujer y el hombre. Lo que buscamos es no precisamente estar de un lado solamente como mujeres defendiéndonos y atrincheradas...no, buscamos la equidad de género, equidad y género es lo que necesitamos para que así logremos en realidad ayudar a la mujer porque si seguimos con el estira y afloje y el que el hombre tiene la culpa, la mujer y esto y la mujer no puede decidir sobre su cuerpo y la mujer sí puede, entonces nunca llegamos a ningún objetivo final.”

Así, la identidad de “médica mexicana” que se evidencia está basada en una idea de “complementariedad” con los hombres, idea que siempre se relacionó con la norma heteronormativa y por ende, basada en los modelos más tradicionales de género (Lamas, 1999). Una idea de mujer que si bien, no puede asimilarse a los modelos de mujeres tradicionales por entero –la madre de familia, recluida en el ámbito privado- sí puede ser pensada como contra-referencia de una prelación de mujer feminista a la que se considera “atrincherada contra los hombres”.

La misma doctora Romina, en su conferencia en los desayunos académicos, lo dejó claro. Presentó un trabajo sobre las enfermedades del seno, para lo cual hizo una introducción sobre la historia del *brassier*, que se remontó al siglo XVIII. En su relato de esta historia, llegados a los años 1960, la doctora se detiene en la “incomprensible” quema de *brassiers* de parte de las feministas, capítulo histórico que la doctora ridiculiza. Así, unas *performances* que en la lógica de las activistas feministas significaban dar por tierra con los modelos tradicionales de feminidad (ya que el *brassier* se relaciona en su origen también con el *corset*, cuyo uso se ha vuelto metáfora del encorsetar, reprimir, modelar, sujetar) es considerado en el relato de la doctora Romina como un gesto incomprensible, ridículo, anti-femenino, más digno de “locas” que de mujeres.

Estas posiciones “antifeministas”, obligan a la pregunta ¿toda agrupación de mujeres debe ser feminista? ¿la que no lo sea, entonces, va contra los avances de las mujeres? En este sentido, vuelvo sobre lo que plantea Teresa Ortiz (2005) para el caso de las asociaciones de médicas españolas, cuando señala su ambivalencia: “las estrategias separatistas²⁰⁵ por un lado, responden a las expectativas patriarcales de la sociedad contemporánea y por otro lado, quiebran tales expectativas pues sirven para la consolidación profesional de las mujeres” (Ortiz, 2005, p. 86).

Así entonces, considero que la identidad de “médica mexicana” que predomina en este tipo de asociación, no se puede asimilar por completo a la idea tradicional de mujer recluida en el

²⁰⁵ La FAMMAC es una asociación que sigue una estrategia separatista, en el sentido de que los médicos varones no son admitidos y es requisito para pertenecer “ser mujer”.

hogar, pero sí remite a modelos esencialistas de “la mujer” que, si bien promueven el avance de las mujeres en las profesiones y en los puestos de poder –uno de los *leit motiv* de la primera ola del feminismo-, son mucho más cercanas a ideologías conservadoras y antifeministas – que consideran al feminismo básicamente como un movimiento “anti hombre” e invisibilizan el patriarcado como forma de dominación-. Sin perder de vista la idea de ambivalencia, en el contexto de la actual comisión directiva de la FAMMAC, la identidad de “médica mexicana” a la que se apela, está más cerca²⁰⁶ de la idea que algunas feministas han denominado “mujerismo” (Pisano, 2005; Cacho, 2012). Como todas las identidades son sujetos de disputa, veamos entonces a continuación otras construcciones posibles en el marco de otras asociaciones y grupos profesionales.

5.2.2- La Academia Nacional de Medicina: las mujeres en “el Club de Tobi”.

En este apartado me interesa mostrar cómo puede llegar a pensarse otra identidad de médica mexicana a partir de lo que nos aportan los relatos y experiencias de las mujeres que forman parte de la institución más prestigiosa de la medicina mexicana, la Academia Nacional de Medicina (ANM).

La Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864, es considerada por sus miembros como una institución médica de élite. En ocasión de la conferencia Ignacio Chávez, la doctora María Elena Anzures, la concebía así: “La Academia es un ser vivo, su cerebro es la mesa directiva, sus órganos son los comités, sus células cada uno de sus miembros, como ser vivo, ha crecido y se ha desarrollado al parejo del país del cual es un espejo que refleja los acontecimientos, pero es un espejo vivo que no los refleja pasivamente, influye con decisión en ellos para modificar las circunstancias desfavorables y marcar los derroteros para mejorarlas”²⁰⁷.

Para otra doctora, que ingresó en 1990 y dio el discurso de parte de todos los académicos de nuevo ingreso de ese año, la ANM es “la más alta tribuna médica del país y entrar allí es un “honor conferido”. Abriendo el discurso con unos versos del poema “Primero sueño” de Sor Juana Inés de la Cruz, la doctora explicaba el motivo de la elección de la poetisa y sus versos:

²⁰⁶ “Está más cerca” no quiere decir que todas las médicas de FAMMAC puedan ser etiquetadas como “mujeristas” sino que el tipo de identidad que esta asociación promueve, está más cercana de ese modelo, se le parece en algunas cosas, pero no encaja por completo.

²⁰⁷ Anzures (2005)

“para mí la medicina es un sueño, un drama cósmico” e ingresar a la ANM es “la realización de una aspiración largamente acariciada, la oportunidad de satisfacer un deseo constante de servir, servir innovando, modificando, servir construyendo en bien de la sociedad.”²⁰⁸

Para ser miembro de la “más alta tribuna médica del país”, debe seguirse rigurosamente el siguiente proceso: tres académicos presentan la postulación y el candidato tiene que aceptar dicha postulación, adjuntando su currículum –en un formato específico-. Hasta mediados de los años de 1990, el candidato debía tener menos de 54 años²⁰⁹, requisito que luego fue removido²¹⁰. Luego, la comisión directiva de la ANM se reúne y se aceptan o no las candidaturas. En los casos de rechazo, no queda registro de los motivos en el legajo, y en caso de nunca haber sido aceptado, no existe legajo alguno, de forma que es difícil conocer las razones de los mismos. Por ejemplo, Julieta Calderón de Laguna, una de las primeras mujeres en entrar, presentó por primera vez su candidatura en 1961, candidatura que fue rechazada – no sabemos por qué- y luego en 1965 sí fue aceptada: en su legajo, sólo figuran los dos CV presentados para ambas ocasiones.

Retomando la metáfora del “ser vivo”, la ANM tuvo su primera célula “mujer” en 1957, con la entrada de Rosario Barroso. Según los datos con los que contamos, la presencia de mujeres allí se dio muy en cuentagotas hasta los años noventa del siglo XX²¹¹. Es en el año 2000 que una integrante de la ANM, organiza y promueve el primer simposio acerca de la presencia y participación de las mujeres en la ANM, simposio que se reitera 5 años después a instancias de la Doctora Teresa Corona. Como fruto de esos simposios se publica, en 2008, en la Gaceta Médica Mexicana, el primer estudio sobre las mujeres en la ANM (Rodríguez de Romo, 2008).

En esos simposios se dio cuenta de lo que investigaban las mujeres académicas y como aclaró su coordinadora, no se trataba, como era habitual en los simposios de la Academia, de exponer los conocimientos recientes sobre un tema, sino de presentar “los logros del gremio femenino”. Divididas entre diferentes ponentes, realizaron un recuento de los temas médicos aportados e investigados por las distintas académicas: entre ellos se destacan temas ligados a la

²⁰⁸ ANM, Palabras Pronunciadas por la Dra. Alicia Graef Sánchez, el 27 de junio de 1990. Archivo de la ANM.

²⁰⁹ Otros requisitos: título expedido por universidad de prestigio, certificación por consejo de especialidad, 10 años de haber obtenido el título de licenciatura y “ser de reconocida moralidad en su actuación profesional y su vida pública” Más los pagos correspondientes. ANM.

²¹⁰ La cuestión de la edad no es un dato menor, dado que las mujeres, por cómo se divide el trabajo en nuestras sociedades, entre los 20 y los 40 años, tienen por lo general menos posibilidades de progreso profesional dada su dedicación a las tareas reproductivas. El cambio en el requisito de la edad, que no pudimos averiguar a instancias de quién o qué se modificó, coincide con el aumento considerable de la entrada de mujeres en la ANM.

²¹¹ Ver estos datos en el Capítulo 3.

investigación genética, la infectología y la inmunología clínica. No hay predominio de temas vinculados a la salud de las mujeres, pero sí temas vinculados a un estilo de trabajo que remite a la investigación clínica, que se desarrolla en hospitales e Institutos públicos, lo cual implica muchos trabajo pero en jornadas que no requieren guardias ni salidas de emergencia.

En el listado se hace referencia a distintos temas correspondientes a diferentes especialidades y ámbitos de la medicina, que abarcan desde técnicas quirúrgicas, de laboratorio, estudios epidemiológicos e históricos, avances y descubrimientos clínicos, todos ellos considerados como “logros”²¹², avalados científicamente con su correspondiente publicación en la Gaceta Médica²¹³.

Al analizar los temas así como el modelo de Currículum Vitae y el tipo de información solicitado para acceder a un lugar en la Academia, se denota una invisibilización del género, tanto en las áreas de interés, como en los enfoques, los datos requeridos, etcétera. Con esto quisiera retomar la cuestión de los temas de investigación de las doctoras de la ANM y la invisibilización del género de las investigadoras. No comparto del todo el punto de vista de algunas autoras feministas que han señalado la posibilidad de una ciencia feminista, donde una mirada ligada a la condición femenina, generaría nuevas preguntas, problemas y líneas de investigación en las ciencias (Pacheco Ladrón de Guevara, 2010). A pesar de ello, sí acuerdo con la idea de que la ciencia –sobre todo en los rasgos específicos del método científico- está ligada a la masculinidad (Fox Keller, 1991). En este sentido es esclarecedor el trabajo de Emily Martin, quien ha demostrado el modo en que las ideas de género –en las que los investigadores e investigadoras están socializados- condiciona las miradas, explicaciones y metáforas de la biología, por ejemplo en la imagen de la reproducción humana donde el óvulo tiene un papel pasivo y el espermatozoide es el actor principal, activo y determinante (E. Martin, 1999). Lo que quiero decir es que además de este condicionamiento sociocultural, las ideas de la ciencia y la objetividad, han llevado a negar o invisibilizar quién es el investigador. Fox Keller (1991) plantea que lo que la mirada feminista ha sumado a los estudios de la ciencia, se relaciona justamente con dar cuenta de quién investiga, afirmando que “la ciencia no es un esfuerzo puramente cognitivo” y “tampoco

²¹² Aquí sí son logros que pueden ser entendido por sus criterios objetivos, según la distinción que vimos en el apartado anterior sobre logro profesional.

²¹³ Cada miembro que integra la ANM, presenta a su ingreso un trabajo o *paper*, que luego se publica en la Gaceta Med Mex, que es la publicación oficial de la institución.

es tan impersonal como pensábamos: la ciencia es una actividad profundamente personal como social” (Fox Keller, 1991, p.15).

Sin embargo, este rasgo personal y social, estos condicionamientos inevitables, sufren al parecer, de parte de las académicas investigadoras, en lo relativo a sus áreas de interés científico, un “borramiento” en pos del rigor y la objetividad. Por ejemplo, la doctora Corona –quien ocupó un cargo en la comisión directiva- y se desempeña como directora general del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, narra en la revista *Médicos de México* cómo llegó a ocupar ese importante puesto. Antes de llegar a conducir el Instituto, el anterior director la convocó para formar su grupo de trabajo y ella afirma que eso fue “un reconocimiento no de género, sino un reconocimiento a las capacidades que veníamos desarrollando”.

En la misma línea, una de las asistentes y académicas del simposio, en su calidad de genetista -esto es, apoyándose en su *expertise*- planteó que “el liderazgo académico no está ligado al sexo sino a la capacidad y dedicación de los individuos” (Doctora Ostrosky). ¿Cómo interpretar esa frase? En principio, mi interpretación es que se trata de una forma de no restarse méritos, es decir, que quienes participaban del simposio en tanto académicas, estaban allí no por ocupar un lugar en tanto mujeres (como sucede en las instituciones que estipulan cuotas de género) sino por sus logros como “individuos”. Esto es, que ellas no hacen ciencia como mujeres, sino como individuos. Lo que niega esta postura es que ese individuo de la ciencia, es un modelo masculino, por lo que valen aquí de nuevo las palabras de Fox Keller para insertar la posibilidad de que este “borramiento” del género –en lo respectivo a los temas de investigación- sea un intento de “trascender el género por completo”. Así, por lo menos, es lo que Fox Keller entendía intentaba hacer la también genetista Barbara McClintock: “como no es un hombre, en un mundo de hombres su empeño en una ciencia sin género ha sido vinculante; como los conceptos de género han influido tan profundamente en las categorías básicas de la ciencia, ese empeño ha sido transformador” (Fox Keller, 1991, p. 185).

Si este “trascender al género” no implica de parte de las académicas una crítica feminista, sí surge en el seno de una actividad como el simposio, que al menos en lo relativo a las condiciones de realización del trabajo científico, introduce sino una crítica, una reflexión sobre esas condiciones. Así por ejemplo se ve reflejado en las Actas, donde se describe que la actividad finalizó con la lectura de las preguntas que sobresalieron en la discusión final del simposio. Las preguntas eran: ¿Cuál es la motivación de las mujeres para entrar a la academia? ¿Cuántas

lograron entrar y cuántas no? ¿Cuáles han sido los criterios de aceptación de mujeres y varones? ¿Cómo explicar el porcentaje importante de mujeres que entró en la última década (de 1990)? ¿La población de las mujeres académicas puede considerarse representativa de las mujeres médicas en general que tienen una carrera académica?

Es interesante mencionar que estas preguntas fueron la guía del estudio que la doctora Rodríguez de Romo realizó al respecto y publicó en la misma Gaceta (Rodríguez de Romo, 2008). Allí, además de hacer un diagnóstico de la cantidad de mujeres en la ANM, así como de los espacios que ocupan, Rodríguez de Romo plantea algunas conclusiones que son muy sugestivas a la hora de pensar en la identidad de este grupo de médicas que ella caracteriza como “médicas exitosas”. La autora afirma que, al igual que sucede en otros ámbitos –como entre las mujeres ejecutivas- cuando ellas incursionan en “ámbitos inicialmente masculinos como la medicina, no hay suficientes modelos femeninos con los que identificarse” (Rodríguez de Romo, 2008, p.269). De algún modo, el simposio buscó poner de relieve “los logros del gremio femenino” como una manera de buscar esas identificaciones. Es por ello que algunas de esas “médicas exitosas”, al ser inscritos sus trabajos en esta genealogía del “gremio femenino”, cobran una mayor visibilidad y se vuelven así modelos con los que identificarse. Esta es, al menos, la forma en que lo comprendía una de las asistentes al simposio, la doctora Kette Wilms, quien aspiraba hace una década, a ser presidenta de la ANM. En una entrevista que brindó a la *Gaceta de la Facultad de Medicina* en aquellos años (“Entrevista a Kette Wilms,” 2001), la doctora afirmaba: “El hecho de que la mayor parte de los estudiantes de esta facultad sean mujeres significa que la sociedad está cada vez más interesada en tener mujeres que se desempeñan en la profesión médica y la investigación”, hecho cuya importancia, según su punto de vista, la ANM estaba reconociendo. Por eso, ella aspiraba a convertirse en la primera presidenta de la institución, porque “sin discriminar a nadie, quiero apoyar a las mujeres y aumentar el número de ellas que están trabajando en este programa de actualización y cambio”.

El artículo de Rodríguez de Romo (2008) plantea que, dadas las exigencias para “entrar en la corporación”, se infiere que muchas de las académicas gozaron de una situación económica relativamente privilegiada que les ha permitido estudiar y después “sacrificar horas de consulta” (op. Cit, p. 268) lo que refuerza la idea de una institución de élite (no sólo científica sino social). Así, el artículo finaliza planteando que la escasez de mujeres en la ANM es un buen ejemplo de cómo funcionan los *techos de cristal*; pero por lo mismo, se queda sin explicaciones a la hora de

entender el aumento de las mujeres en la institución -que vendrían a ser los casos de las mujeres que pudieron romper esas barreras invisibles.

Hasta aquí, creo que la organización del simposio, la preguntas que guiaron la discusión, la realización del estudio y su misma publicación, son indicadores de una creciente reflexividad colectiva de parte de las mujeres médicas de la ANM sobre su lugar en la investigación científica, en la profesión y en la institución misma, lo cual podría comenzar a pensarse como una reflexión sobre los significados, alcances y limitaciones de la condición de mujeres en instituciones fuertemente generizadas.

Pero ¿hay una identidad de “médica” entre las académicas? Para profundizar en este aspecto, atenderé un caso, el de una de las primeras mujeres en ocupar “el cerebro” (la comisión directiva) de la ANM, la doctora Teresa Corona. En sus palabras, se considera “una mujer independiente en todos los sentidos” y entrar a la Academia para ella fue un “honor” -vemos cómo la cuestión del “honor” y del “sueño cumplido” se reiteran en las narrativas y discursos-. El caso de la doctora Corona, por ser la primera en ocupar un cargo tan importante en la comisión directiva, la ubica dentro del grupo de “pioneras” o modelos con los que las otras pueden identificarse y además, según lo que ella misma relata sobre su vida, se considera a sí misma como una “médica exitosa” –“todas” las de la ANM lo son, según Rodríguez de Romo-. “Independiente”, “pionera” y “exitosa”, pero también, y esto es lo que quiero subrayar, basando su idea de éxito en una noción que –como vimos con la doctora Sandra- contiene también la idea de balance.

En un reportaje que le realizó la revista *Médicos de México* (“Teresa Corona Vázquez. Abriendo camino en la medicina” 2006) se traza su perfil de mujer: está casada, tiene un hijo, está en el pleno de su desarrollo vital, reconoce tener una familia estable, un compañero “en todo el sentido de la palabra”. Sobre este aspecto y su larga y fructífera trayectoria profesional, la doctora Corona plantea que siempre se debe lograr un equilibrio, ya que “en eso radica la inteligencia”. Como afirmé más arriba, en esta idea de “éxito” está incluida la idea del equilibrio. Lo que me interesa resaltar aquí es esta mujer, que claramente se va convirtiendo en el “modelo de identificación necesario” para sus colegas, introduce, en el seno de una institución masculina y de élite, una idea de logro y una voluntad de reflexividad de la identidad de género –la autonomía, ser una mujer independiente- que a nivel simbólico introduce una grieta en el modelo del “hombre médico” emblema de la institución, de su solemnidad, y también por qué no, de la profesión médica en general.

Porque si de algo no nos quedan dudas es que la ANM, institución que para estas mujeres integrar en un “honor” y un “sueño cumplido”, se piensa a sí misma en masculino; por lo cual es importante retomar la idea de que las organizaciones son espacios generizados (Acker, 1990). Y si hablamos de una profesión tan ligada al desarrollo del Estado- que es “ la organización administrativa por excelencia”- que carga con todos los sesgos de género de una organización moderna (Cerva, 2010), este aspecto es aún más remarcable. ¿Cuáles son esos sesgos? ¿Dónde los vemos? Connell, citado por Cerva (2010), dirá que son los estereotipos, las creencias, las expectativas, el uso del lenguaje y del tiempo en la organización.

A este respecto, baste como ejemplo la presencia casi bíblica de un libro con el que me topé apenas entrar a la Biblioteca de la ANM: de importantes proporciones, impreso con papel ilustración, y editado por el doctor Roberto Uribe Elías, presidente de la Sociedad Mexicana de historia y Filosofía de la Medicina (2007-2008), el libro se llama *El Pensamiento Médico Contemporáneo* (Uribe Elías, 2007) e intenta realizar una gran síntesis de la historia contemporánea de la medicina mexicana, a través de sus personaje más importantes. Todos los que cita y recoge en una saga que el mismo editor nombra y clasifica, son hombres: están “los fundadores” (19 médicos, entre ellos Liceaga, Lucio, Montes de Oca, Vértiz, nombres conocidos por las calles de la Colonia Doctores²¹⁴), “los creadores” (también 19, muchos de los nombres de los Institutos Nacionales como Zurbirán, Ramón de la Fuente, Espinosa de los Reyes), “los desarrolladores” (24, entre ellos Ismael Cosío Villegas, ya mencionado), “los institucionales” (9, entre ellos Silvestre Frenk, mencionado) y “los proyectores” (6). No hay ni una mención a las mujeres de la profesión.

En la misma dirección puede interpretarse la conferencia “El hombre médico”²¹⁵, que nos recuerda las palabras ya clásicas de Simone de Beauvoir al plantear que la mujer se hace y el género se construye sólo para las mujeres, ya que la persona universal, el sujeto trascendente, es masculino (De Beauvoir, 1977). En la conferencia, brindada por el entonces director general del Instituto Nacional de Nutrición en el año 1995, en el salón de actos de la ANM, se apela al “hombre” como lo universal, y no sólo por eso se denota que ese ser universal es masculino:

²¹⁴ La colonia Doctores es una colonia de la Delegación Cuauhtémoc, del Distrito Federal, donde se sitúan, entre otros, el Hospital General de México y el Hospital de Especialidades del IMSS, Centro Médico Siglo XXI y todas sus calles llevan nombres de doctores –pero hasta 2012, no de doctoras-.

²¹⁵ Conferencia “Eduardo F. Jiménez”, donde se le rinde homenaje a los académicos de nuevo ingreso; 1995, el Dr. José Jesús Villalobos Pérez.

“El hombre, cuando llega a la edad en la cual advierte que tiene una misión que desempeñar en beneficio de la sociedad y en beneficio propio... se decide a seguir su vocación. Sin embargo, la vocación no es un fenómeno que el individuo siempre vislumbra en forma clara y definida. Muchas veces el hombre decide seguir la carrera de medicina bajo el influjo de las circunstancias: la admiración hacia un médico, el consejo de familia, el deseo del triunfo profesional para servir y en otras ocasiones, con fines mezquinos: para enriquecerse (falsedad absoluta cuando se es verdaderamente médico), para adquirir poder, para gozar de admiración y alabanzas; visión egoísta, no escasa ni excepcional.” “El hombre, al plantearse el dilema de la vocación se plantea varios interrogantes: ¿Qué es el hombre? ¿Cuál es el sentido del dolor, del mal, de la muerte? ¿Qué puede dar el hombre a la sociedad? ¿Qué puede esperar de ella? ¿Cuál va a ser la orientación y el fin de su vida como hombre y cómo médico?”

El “pensamiento Médico Contemporáneo” como pensamiento de hombres y la definición del “hombre médico” ante tan solemne auditorio no hacen más que reafirmar lo que una de mis entrevistadas describía de modo coloquial, al decir de la ANM (de la que ella es miembro) era un “club de Tobi”.

Pero, en ese club donde “las niñas no pueden entrar” ¿cuál o cuáles son las identidades de las mujeres médicas que ya son integrantes de la institución? Si en las narrativas de las académicas no hay una reivindicación abiertamente feminista, tampoco se trata de un discurso “mujerista”. Más bien, existe de parte del colectivo de mujeres –“el gremio femenino”- un afán integracionista, que busca el mismo reconocimiento, pero también su visibilización y la búsqueda de un linaje propio. Todo esto, en la lógica que impone una institución masculina, implica una demanda de cambio, de transformación, de una puesta al día de la institución que reconocen pero en el seno de la cual ellas también quieren ser reconocidas.

5.2.3- La “perspectiva de género” en la facultad de Medicina:

Hasta aquí he intentado el análisis del modo en que se construye, vive y actualiza la identidad de médica mexicana o de mujer en la medicina, a través de quienes participan de dos instituciones bien diferentes: la FAMMAC y la ANM. A continuación no trabajaremos sobre una institución, sino sobre un grupo de situaciones que nos hablarán de los modos en que es recibida, leída, interpretada la “perspectiva de género”, específicamente en el ámbito de la Facultad de Medicina de la UNAM.

La perspectiva de género (PDG) surge como un imperativo a partir de la institucionalización de las demandas de los grupos feministas y de mujeres en ONG's, organismos internacionales y estados (Moser, 1993; Mendez, 2005). En líneas generales, plantea la necesidad de tener -en la elaboración de políticas, programas y proyectos- una mirada que contemple las diferencias y desigualdades entre los géneros y se proponga su superación en pos de la equidad. Aquí, será tomada como sentido nativo, es decir, más que siguiendo esta definición, dando cuenta de cómo las y los entrevistados interpretan y actúan según su propio sentido, lo que es la PDG.

La importancia de considerar estos puntos de vista sobre la PDG en este análisis sobre las identidades de las mujeres en la medicina en el marco de una reflexión sobre las configuraciones de género, está dada por varias razones: cualquier reflexión sobre el lugar de los géneros y específicamente de las mujeres en nuestra sociedad, tiene que ver con los avances del feminismo y los movimientos sociales de mujeres del siglo XX (y sin duda, la institucionalización de la perspectiva de género se cuenta entre esos avances); los sentidos de los sujetos sobre lo que es la perspectiva de género indican, de manera más o menos directa, los sentidos que le dan al lugar legítimo de las mujeres en la sociedad. En síntesis, y como intentaremos mostrar a continuación, ver cómo es recibida e interpretada la perspectiva de género en la Facultad de Medicina nos hablará del modo en que algunos y algunas –sobre todo médicos y médicas- piensan sobre el lugar de las mujeres en general y específicamente, en la profesión médica y los servicios de salud.

La doctora Mariela, médica, docente del departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, fue quien impulsó la creación de un área o programa²¹⁶ que es el que organiza el seminario sobre “Salud y género”. En base a su relato realizaremos una breve historia de la constitución y devenir de este espacio.

La doctora Mariela, después de pasar unos años en el extranjero, volvió a México con ganas de darle un giro a su profesión y empezó a meterse en el mundo de las Ciencias sociales. Durante la experiencia de su maestría en Filosofía, conoció a la Doctora Graciela Hierro²¹⁷, quien “la metió” en los estudios de género y en muchos aspectos, fue su mentora. Con este apoyo, se presentó en la Facultad de Medicina con la idea de introducir en esta unidad académica la

²¹⁶ Se llamó alternativamente Programa de Género y Salud y Área de Género y salud, por eso usamos ambos.

²¹⁷ Filósofa y activista feminista mexicana (1928-2003), co-fundó y dirigió el Programa de Estudios de Género (PUEG) de la UNAM, autora de los libros *De la domesticación a la educación de las mexicanas*, *Ética y feminismo* y *Ética del placer*.

perspectiva de género. Desde la formación continua de los docentes e investigadores del departamento de Salud Pública, la doctora Mariela comenzó a buscar apoyos para instalar un área o programa de género en el mencionado departamento. Sin embargo, con lo primero que se topó fue con resistencias, que se manifestaron en formas de burla.

“Al principio, bueno, se iniciaron unos seminarios entonces ahí yo empecé a traer ¿no? como lo que se presentaba yo participaba y lo llevaba hacia el género, y bueno, la gente se reía de mí, y se burlaba de mí, y me decían cosas, se mofaban y me decían cosas, pero sí me acuerdo mucho de algo que me dijo la doctora que fue la Jefa que siguió al Doctor Ávila “pues también los ratones tienen género ¿no? y también el ratón Miguelito” y yo recuerdo que le dije “el ratón Miguelito sí tiene género, pero los ratones no. Porque son dos cosas diferentes” Me acuerdo que eso le contesté. Pero si me decían “la mesa y el meso” o sea, cosas de esas así...”

Sin embargo, gracias a su perseverancia y los apoyos de algunas personas como por ejemplo, algunos funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consiguió financiamientos y pudo ir “sensibilizando” a los distintos jefes de departamento para mantener el espacio de “género” y organizar cursos, una feria, una materia optativa dentro de la licenciatura y también el seminario. Cuando en 2010 se hicieron los cambios de plan de estudio, ella presentó una propuesta para hacer transversal la perspectiva de género en todas las materias y departamentos de la Facultad de Medicina. Si bien esa idea no prosperó²¹⁸, el seminario logró consolidarse.

El seminario “Salud y género” se realiza una vez por mes, por lo general, con invitados ponentes que provienen de distintas instituciones académicas o de salud. El público es en su mayoría de profesores del mismo departamento de Salud pública –entre ellos, además de médicos, trabajadoras sociales, nutriólogas, una historiadora y una antropóloga- nunca supera las 20 personas y en algunas ocasiones, hay unos pocos estudiantes de licenciatura que son, por lo general, los que pertenecen a un grupo de investigación sobre violencia de género en las residencias médicas.

En sus casi dos años de existencia, el seminario no ha logrado trascender a los otros departamentos de la Facultad, entre otras cosas, según la doctora Mariela “como que la imagen que tienen los demás de lo de género es que es algo así como que no tiene fundamento científico”. A pesar de ello, muchos de los asistentes como de los que apoyan la iniciativa, reconocen el esfuerzo de la doctora Mariela por “sensibilizar” a sus colegas:

²¹⁸ La mencionada propuesta fue publicada. Ver (Moreno Tetlacuilo, 2007).

“el problema es que aquí no hay la respuesta ¿no? no hay la respuesta, el doctor Gérard (de OPS) realmente se interesó muchísimo y le pareció que eso se hiciera en la Facultad de Medicina iba a ser un ejemplo para las otras escuelas de medicinas ¿no? él dijo “esto va ser como que, como que algo que va a proyectarse hacia las otras escuelas de medicina ” .

A los fines de nuestro análisis, el desinterés de parte de la mayoría de los profesores y también alumnos de la facultad es todo un dato. Además de la mirada “poco científica” con que los estudios de género son vistos -según la doctora Mariela- las burlas y las resistencia aún cuando organizaciones importantes como OPS han brindado su apoyo, pueden ser indicativas de los modos en que una institución como la medicina se niega a reflexionar sobre los condicionantes sociales que pueden llegar a relativizar su autoridad y/o los juicios y valores que sus prácticas y tecnologías contienen y multiplican, sin que esto sea reconocido (Lock y Nguyen, 2010)²¹⁹.

Ahora me interesa centrarme en el análisis de las observaciones realizadas durante algunas sesiones del seminario “Salud y Género” a las que asistí. Algunos de los temas que se presentaron en el seminario en el año de mi trabajo de campo fueron: Las políticas de género impulsadas por el Centro Nacional de Salud Reproductiva y Equidad de Género (CNSREG); Género y salud mental; Aspectos de género en el trabajo y la salud de las mujeres; Historia, sexualidad y género; El aborto y los hombres; Las mujeres y el tabaco; Género y profesiones sanitarias²²⁰; Pioneras de la medicina mexicana; Violencia de género en los servicios de salud reproductiva- Muerte materna-.

Me interesa detenerme en una de las sesiones en especial, la que dirigió la Licenciada Robledo del CNSREG sobre la presentación de una “Guía de perspectiva de género” en los programas de salud, ya que las discusiones que se produjeron en esa ocasión fueron muy útiles para mi análisis: de quienes se hablaba, en primera instancia, era de los propios profesionistas del sistema de salud y su manera de “recibir” la PDG.

²¹⁹ Estos autores plantean a la biomedicina como una tecnología -actividad humana-, no sólo en referencia a grandes tecnologías o laboratorios, sino por ejemplo, al uso de antibióticos a escala mundial; prestan atención al modo en que prácticas y tecnologías son legitimadas –por los usuarios, pero tb por ejemplo por organismos como la OMS, poniendo a descubierto los valores y juicios que estas contienen y la mayoría de las veces no son reconocidas (Lock & Nguyen, 2010)

²²⁰ En esta sesión yo fui la ponente y presenté los datos cuantitativos que se describen en el capítulo 3 de esta tesis.

La licenciada Robledo presentó el género como un “determinante social de la salud”²²¹ y después se enfocó en las “barreras de insensibilidad de los funcionarios y médicos” respecto al trabajo de ella y su equipo, quienes eran tratadas como “locas feministas”. Luego, siguió exponiendo lo que significaba incorporar la perspectiva de género en salud; en sus palabras, tal tarea consistía en “aportar a lo humano y sensible” del personal encargado de los programas de salud (otra vez, siguiendo con nuestro análisis: sensibilidad y humano como cuestiones femeninas, o aquí, de “género”). Parte de este aporte, según la ponente, consiste en el uso de un “lenguaje incluyente” que es uno de los aspectos más recalcados también por la Guía que elaboró con su equipo del CNSREG.

La cuestión de las barreras y las resistencias, así como el modo en que eran visualizadas las funcionarias, es un tema que ha sido trabajado en general sobre la aplicación de la perspectiva de género en los programas y políticas del Estado Mexicano. Así, lo que se plantea es que, más allá de que el tema es visto como un “deber ser”, quedó rebasado por “la asimilación de una retórica institucional que supo acomodar los valores de igualdad y justicia a estructuras que claramente se basan en una lógica de dominio, autoridad y jerarquía de género” (Cerva, 2010, p. 57). Esto dicho en general, vale para el caso particular.

Quizá por eso, uno de las cuestiones que más debate produjeron entre los asistentes al seminario fueron las relativas a las resistencias del personal de salud, entre otras cosas, al uso de ese lenguaje incluyente. Una de las asistentes, enfermera universitaria que trabaja en el Instituto Nacional de Perinatología, proponía que esas resistencias son a veces “institucionales” y van más allá de las personas, ya que por ejemplo, en “su instituto”, no se permitía la entrada de varones a la sala de partos y *nursery*, algo que ella debía hacer cumplir aunque no estuviera de acuerdo. Esta intervención dio lugar al debate en torno del lugar de las mujeres como cuidadoras: varias intervenciones insistieron con que esto no deja de ser un lugar de poder para las mujeres. Entonces, uno de los médicos varones presentes, el doctor José (docente del departamento y ex funcionario de salud del gobierno del Distrito Federal) dijo: “es que tenemos chips colocados, ustedes de cuidadoras, nosotros de reparadores, pero no existe nada de eso en las células ni en la

²²¹ Los determinantes sociales de la salud hacen referencia a las cuestiones ecológicas, demográficas y socioculturales que influyen en la salud; en la última década, el discurso que valoriza la importancia de los determinantes sociales de la salud ha sido impulsado por organismos internacionales como OMS y OPS. Considero que plantear al género como un determinante social de la salud es un esfuerzo de “traducción” de la teoría feminista al lenguaje de la epidemiología y la salud pública.

bioquímica”. Luego señaló que todo lo que decía la ponente era cierto, pero que se olvidaba de un aspecto crucial, y era cómo eran las mismas mujeres –médicas, enfermeras- las que se resistían:

“hay mujeres muy machista y habiendo luchado por acceder a campos y nichos masculinos, se van masculinizando, es como jugar al fútbol, el ejercicio de la medicina es algo masculino”. “se habla mucho de género, pero se hace poco, cambiar eso en los servicios de salud es mucho trabajo, por más feminización que haya, se trata de mujeres masculinizadas”.

Otra de las mujeres asistentes, la Doctora Olga, planteó que ella acordaba con todo, pero también era cierto que la PDG, tal como la planteaba la ponente, se centraba en las mujeres y se olvidaba de aspectos importantes, como la salud de los varones y todo lo que ser un “macho” traía como correlato. Otra vez intervino el doctor José, pidió la palabra y dijo: “A ver, aquí, de las doctoras presentes, ¿quién de ustedes sabe o ha realizado un tacto rectal a un hombre?” Sólo la doctora Olga levantó la mano, a lo que José respondió: “ahí tienen, se habla mucho pero se hace poco”.

Otro de los médicos varones presentes, un hombre mayor, serio y parco, con su bata blanca, camisa almidonada y corbata, opinó en tono circunspecto que “todo lo del género está bien”, pero más que pensar en los que ya están trabajando, hay que pensar en “la educación médica”, en los que se están formando, porque “hay que pensar a futuro”.

Es interesante mostrar cómo, de la presentación de una Guía de perspectiva de género para el persona de salud, se terminó hablando de roles –“cuidadoras”, “reparadores”- del ejercicio de la medicina como algo masculino, de mujeres “masculinizadas” o “machistas”, de doctoras que no saben hacer tactos rectales a sus pacientes varones. Es decir, se apuntaba a una reflexión sobre las resistencias de los médicos y médicas a incorporar la perspectiva de género, y de lo que se terminó hablando fue de los roles y los mandatos, de lo femenino y lo masculino, lo que está bien y lo que está mal para cada uno de los géneros. Es decir, analizar la recepción e interpretación de la “perspectiva de género” es claramente una puerta de entrada al análisis de género, a la naturalización de los roles, los estereotipos, y por lo tanto, a las posibilidades de “éxito” o “fracaso” que las demandas de equidad puedan tener en el seno de las configuraciones de género de una organización, una profesión, etcétera.

Así, considero que la misma discusión -por pocos que hayan sido los integrantes del seminario y poca su repercusión- muestra la sutileza de los cambios de los que queremos dar

cuenta: si se reiteran lugares comunes de los estereotipos de género, se está hablando de los mismos en el seno de una institución académica que consagra un saber que durante años ha contribuido a la naturalización de la diferencia sexual y la inferiorización y patologización de las mujeres. Es decir, la sola presencia del seminario es de por sí una ruptura – o más bien, una fisura, una grieta, mínima, apenas notoria- en el dispositivo médico; pero allí está.

En el aula

Retomando la propuesta de uno de los asistentes al seminario, de que había que apuntar al futuro, fui a observar una clase de la materia sobre “Género y práctica médica” que la misma doctora Mariela dicta para los estudiantes de licenciatura. La materia es optativa y la pueden cursar alumnos a partir de su segundo año de carrera. En la clase a la que asistí había 23 estudiantes mujeres y 7 varones. Sin embargo, como veremos, quienes más alzaron la voz e interactuaron con la docente, fueron los varones. La clase a la que asistí como observadora se desarrolló por la tarde, en un aula del tercer piso de la Facultad de Medicina, en el edificio de Ciudad Universitaria.

La doctora Mariela mencionó que sería importante que los que estaban cursando Farmacología, leyeran un artículo que hablaba de las diferencias biológicas entre varones y mujeres respecto de la farmacocinética y la fármaco dinámica, es decir, las diferencias que deben contemplarse en la administración de fármacos entre varones y mujeres por sus distintos metabolismos y el papel de las hormonas, lo que hace que la acción de los medicamentos sea diferentes. Aclaró que hablar de las diferencias de este tipo no remite a las diferencias de género – que son culturales y no biológicas-. A pesar de esta aclaración de la doctora Mariela, quienes desde Estados Unidos comenzaron a plantear estas cuestiones a nivel científico -pero también a nivel del activismo- han llamado a su empeño “Medicina Específica de Género”²²².

²²² Una de las impulsoras ha sido la doctora Marianne Legato, de la Universidad de Columbia, quien al demostrar que la mayoría de los ensayos clínicos para la prueba de medicamentos estaban basado en varones, logró que la FDA regulara la presencia de mujeres en los mismos (<http://partnership.hs.columbia.edu/legato.html>) La doctora Legato, quien se ha destacado por investigar y difundir esta especialidad de la medicina de género –por ejemplo, con el libro de divulgación *La costilla de Eva: la nueva ciencia de la medicina de género y cómo puede salvarle la vida* (Legato, 2003) - llama “género” a las diferencias sobre las que trabaja, que son básicamente fisiológicas. Esta contradicción así como las repercusiones y el análisis en mayor profundidad de esta “nueva ciencia” son de sumo interés para un análisis de género y feminista, pero por ahora, excede los objetivos de nuestro trabajo.

La doctora Mariela, hechas estas aclaraciones, les preguntó a los estudiantes cuál creían era la importancia de este tipo de conocimiento en la práctica médica. Las respuestas quedaron limitadas a los aspectos fisiológicos: dos varones, Jorge y Toño, discutieron sobre si un metabolismo más lento debe implicar una dosis más baja de un medicamento o no, sobre todo respecto al metabolismo hepático. La doctora Mariela intervino para preguntarles si el profesor de Farmacología maneja este tipo de información, y las respuestas de los alumnos quedaron divididas.

A continuación, la doctora Mariela presentó un trabajo sobre masculinidad y varones que ejercen violencia contra sus parejas y siempre en un tono muy cauto (como protegiéndose de quedar explícitamente en un lugar de “excesivo feminismo”), aclaró que esos textos fueron escritos por varones “porque lo de género no es exclusivo de las mujeres”. Rubén, otro de los estudiantes, confesó que no había leído el texto pero que igual le resultaba interesante que haya sido escrito por un varón. Este comentario y algunos susurros y gestos de los 7 estudiantes varones sugerían que durante aquella clase sentía que debían estar a la defensiva, como si por ser hombres se los sentara en alguna especie de banquillo de acusados. Dando cuenta de esa situación, la doctora Mariela les dijo que lo que querría mostrar con ese texto es que también existen “vulnerabilidades masculinas” y luego, les preguntó cuáles creían ellos eran estas “vulnerabilidades”; nadie respondió.

Ante el hecho de que nadie había leído los textos, la doctora Mariela pasó a otra diapositiva de su presentación, donde se tematizaba la cuestión del androcentrismo en la ciencia y los motivos por los cuales las mujeres se habían visto, históricamente, excluidas del desarrollo científico. Entonces, les preguntó a los estudiantes, un poco como instándolos a opinar, si nunca se habían preguntado por qué casi no había mujeres en los presídiums de las distintas conferencias de la facultad. Toño, con total naturalidad y desparpajo, respondió que porque seguramente no había mujeres que supieran tanto de los temas de las conferencias como para estar en el presídium o porque “no tienen la capacidad para hablar ante tanta gente”. Su respuesta dio lugar a un corrillo de opiniones, algunas que acompañaban y otras que disentían: “por falta de costumbre”, “porque son viejitos los que hablan en el presídium y antes no había mujeres”, “porque los hombres siempre quieren tener la palabra final”, “porque las mujeres se autolimitan”, “hay que cambiar la forma de educar, todo tiene que ver con la forma en que te educan” fueron algunas de las intervenciones que se oyeron. Otro de los varones, agregó que

“ahora, comparado con antes, no es tanto las diferencias porque alguien sea hombre o mujer sino por los conocimientos que tiene” y Jorge, se le sumó, diciendo que “las capacidades de aprender son casi las mismas, sólo que el hombre tiene más presencia y se impone más que una mujer”; como queriendo terminar la discusión Rodrigo afirmó que “hay que entender que de plano no somos iguales, y no lo vamos a ser, por más leyes que haya” e inmediatamente a continuación, como para matizar, agregó “eso no significa nada, los hombres somos más fuertes anatómicamente y nada más, es arcaico seguir pensando en la superioridad de los hombres y también, tonto... entonces, no hay que seguir hablando del tema”. Cuando terminó su intervención, algunos aplaudieron por lo bajo, como apoyando la idea de dar por terminado el asunto. Durante la clase no se volvieron a generar discusiones de este tipo y se terminaron planificando algunos aspectos metodológicos del trabajo final.

Me gustaría destacar algunas de las ideas de los alumnos: en primer lugar, la idea de un “antes” donde no había mujeres en la universidad, las ideas que pueden parecer en principio contradictorias sobre las capacidades iguales de aprender y el “no somos iguales” en referencia a la anatomía y -por sobre todas las cosas- la visión de que no habría necesidad de seguir insistiendo con estos temas, como si el acceso de las mujeres a los lugares antes restringidos, alcanzara para garantizar la igualdad.

Estas ideas presentes en la clase –que no podemos hacer extensivas, claro está, al colectivo de estudiantes- pueden sugerirnos pistas de cómo ven los estudiantes la situación actual de las mujeres. Si a esto le sumamos las expresiones que se dieron en el seminario de “Género y salud” sobre las resistencias institucionales y la idea de una mujer profesionalista masculinizada – y hasta machista- podemos dar cuenta de que, pese a los intentos de avance en la incorporación de la PDG, esta mirada crítica ha logrado poco –hasta ahora- en pos de modificar las nociones más importantes del orden de género que estudiantes y profesionistas mantienen: por un lado, la invisibilización de las relaciones de poder y jerarquía que lo sustentan y por otro, la invisibilización de los modos específicos en que el género –como orden- encarna en la profesión.

Mi punto de vista es que esto tiene que ver con dos cuestiones relacionadas: por un lado, como ya lo mencionamos, con la entrada de la PDG como un “deber ser”, pero sólo al nivel de la retórica de las organizaciones e instituciones (Cerva, 2010). Tal parece ser el caso de la Facultad de Medicina y su seminario de “Salud y género”: algo que debe ser tolerado porque es “políticamente correcto”, pero que en el fondo, no hace mella en los núcleos duros del saber y la práctica

médica. Por otro lado, lo hegemónico de la mirada que invisibiliza las relaciones de género y los escasos, desarticulados y atomizados intentos por cambiar la situación. Como planteaba la misma doctora Mariela ante el hecho de que quienes más la habían apoyado en su proyecto habían sido varones y quien más trabas le había puesto, había sido una de las directoras del mismo departamento de salud pública:

“yo digo: no basta que las mujeres lleguen al poder, si esa mujer que llega no tiene una visión feminista o cuando menos está consciente, tiene una conciencia mayor ¿no? Porque si no, entonces pues se reproduce otra vez, como dicen “la abeja reina” ¿no? Entonces llega la “abeja reina”²²³ y entonces no necesariamente va a traer una modificación en el sistema.”

Como dije más arriba, y a fin de matizar lo expuesto, todas estas cuestiones, que quizá nunca se hubieran llegado a plantear abiertamente en una clase de la Facultad de Medicina, allí están, generando intercambios de ideas que, en algún sentido, han de dejar su huella.

Entre el feminismo y el mujerismo

En este apartado intentamos dar cuenta de diversas formas de identidad de las mujeres en la medicina mexicana. Para ello me detuve en el análisis de la identidad de “médica mexicana” según es concebida por las mujeres que integran la FAMMAC; en la identidad de las mujeres “exitosas” que integran la ANM; y en la recepción e interpretación de la PDG en la facultad de medicina de la UNAM. Lo primero que salta a la vista es que no existe una sola identidad de médica mexicana, por ello, para entender cierta lógica en esta diversidad de identidades o formas de concebirse “mujer” en la medicina mexicana creo útil revisar ciertas posturas que funcionarán como polos de un continuo en el que sea posible ubicar las identidades surgidas en los espacios analizados.

Para ello, quisiera retomar algunos dichos de nuestras entrevistadas: la doctora Suza decía que ante algunas de sus reacciones y demandas, sus amigas la llamaban “feministoide”; la licenciada Robledo del CNSREG decía que a ella y su equipo, el personal de salud las calificaban como “locas feministas”; las renuencias y salvedades de ser catalogadas como “feministas” de muchas médicas (la doctora Romina, vicepresidenta de FAMMAC, la doctora Teresa Corona, de la ANM). Desde mi punto de vista, esto no hace más que mostrar la vigencia, dentro de la medicina al menos, de la idea de sentido común de que el “feminismo” es un fundamentalismo, una

²²³ Ya hicimos referencia al síndrome de la abeja reina. Lo interesante es que esta terminología es muestra del bagaje teórico de “estudios de género” en la Doctora Mariela, y su interpretación de mis intereses, ya que es una terminología muy “en clave feminista”.

ideología alejada de la verdadera “feminidad”, una reivindicación que se piensa va contra los hombres, la familia, la maternidad.

Estas ideas de sentido común expresan, por un lado, la eficacia de los discursos *demonizantes* de la crítica política, y a la vez, pueden servir como autocrítica del propio movimiento y sus derroteros políticos, que no han logrado “aterrizar” sus ideas a sectores más amplios. En el caso de la medicina y los servicios de salud, esto muestra cómo ciertas demandas feministas han quedado limitadas a una “perspectiva de género” demasiado institucionalizada (Mendez, 2005), y restringida a variable epidemiológica –o en el mejor de los casos, a “determinante social de la salud”-, pero que apenas ha logrado cierta reflexividad sobre el propio lugar de la medicina en la reproducción de las desigualdades de género.

Una muestra de ello es lo que decía la doctora Ana Carolina, alguien a quien accedí de parte de una de las feministas más conocidas y prestigiosas de México y a quien yo supuse de entrada como feminista, entre otras cosas, por su trabajo a favor del aborto. Sin embargo, ella me dijo:

“yo digo que no soy, aunque—yo digo “yo no soy feminista” porque para mí el concepto de feminista llegó un momento que me parecía que estaba bastante mal, como muchas personas que se decían feministas, son feministas en lo teórico pero no en lo práctico, y en ese sentido, yo siempre soy más de la corriente que “demuestran con tus actos, no sólo con la palabra que lo que estás haciendo es congruente con lo que estás diciendo” y como veía muchas incongruencias en ese sentido ¿no? decía “no quiero ser feminista” Entonces, yo diría pues, como un poco...no me gustan los estereotipos y en ese sentido no me he querido nunca asumir como feminista, pero algunas personas que trabajan conmigo y me conocen me dicen “pues usted es la más feminista que yo conozco” dicen, porque “aquí está siempre trabajando, luchando, abriendo espacios para las mujeres” y en ese sentido, pues podría decir—yo digo—las personas dicen “no, yo digo que usted es la más feminista que conozco” y pues, tengo un prejuicio con la palabra, con el feminismo. (Pausa) Pero yo creo que sobre todo porque no me gusta encajonarme”

Me parece muy importante su reflexión ya que nos muestra varias cosas. Por un lado, la idea de que existe un feminismo y no muchos (Masson, 2007), por lo cual el miedo a “encajonarse” hace referencia a la idea de ser relacionada con un grupo particular, específico de feministas con las que no se acuerda. Y por otro lado, la idea de un ideario feminista teórico y una práctica feminista que no necesita reconocerse como tal – o no puede reconocerse como tal-. Esta última idea me parece muy sugerente ya que muchas de las entrevistadas, incluso las que evitaron definirse a sí mismas como feministas, llevan a cabo acciones que sin duda pueden ser catalogadas como feministas, por lo menos en lo referido al avance con autonomía de las mujeres.

Si esta idea del feminismo como una cosa única, básicamente “anti-hombre”, radical y extremista, con su idea de una mujer que debe luchar y liberarse de todas las formas de opresión del patriarcado, puede ubicarse en uno de los polos, en el otro extremo se encontraría la idea de la mujer tal como la concibe el patriarcado -mujer privada, madre y esposa (Lagarde, 2005)-, modelo que puede encontrarse en lo que se ha denominado el “mujerismo”. Si bien este último ha sido nombrado y definido por el propio feminismo, me parece útil la diferenciación de un feminismo que parte de la diversidad “como base de la igualdad” mientras que “las mujeristas intentan homogeneizar a todas las mujeres para exigir solidaridad” (Cacho, 2012). Así, si cierto discurso de la FAMMAC puede considerarse “mujerista”, no todas las posturas que abiertamente se describen como no feministas entran en la categoría “mujerista”.

Tomando estas dos nociones como polos opuestos de un continuo, la mayoría de las mujeres a las que entrevisté pueden ser ubicadas en un punto intermedio, donde muchas, por sus acciones –como Teresa Corona o la doctora Sandra- pueden ser consideradas quizá como “feministas en el clóset” (Cacho, 2012); otras, que plantean ideas sobre las relaciones de género muy similares a las del “mujerismo” -como la “complementariedad natural” entre hombres y mujeres- (Doctora Romina, Vicky), pero que en su afán de desarrollo, reconocimiento y autonomía, difícilmente entren en la categoría de “mujeristas”.

Ambos discursos son producto del feminismo y no podrían pensarse fuera de los avances que las mujeres como colectivo lograron a lo largo de los últimos 150 años. De algún modo, son ideologías que surgen de una misma matriz –como izquierda y derecha surgen de la revolución francesa, ergo, de la modernidad- pero que conciben de manera diferente lo masculino y lo femenino y por ende, los lugares legítimos para mujeres y varones dentro de la sociedad. Si, por sus ideas esencialistas, el “mujerismo” es más solidario del dispositivo del saber médico que patologiza y biologiza el cuerpo femenino (Jordanova, 1989; Lopez Sanchez, 2010), las posturas que hemos visto en el campo y son cercanas al “mujerismo” nunca han sido sexistas ni misóginas. A la vez, hemos visto posturas de los varones que se acercan mucho más en sus visiones al feminismo que el de sus colegas mujeres –muchas tildadas de “machistas”-; y de mujeres que todo el tiempo recalcan que sus ideas críticas provienen de una formación feminista y no por su mera condición de género. Es decir, las categorías y clasificaciones quieren imponer orden en una diversidad que sin embargo, se rebela e interpela todo el tiempo la rigidez y hasta la vigencia de esas mismas categorías y clasificaciones.

Si las diversas identidades de mujeres en la medicina oscilan en los intermedios de estos dos polos, esas identidades son actualizaciones complejas de dos tipos ideales – a falta de un concepto mejor – de “mujer”. Lo interesante es esa diversidad, esa constante actualización, que muestra reflexividad y cambio y por eso nos pone en la pista de las transformaciones, graduales, sigilosas, que operan a nivel de las configuraciones de género en la profesión. Transformaciones que muestran asincronías –grandes avances de las mujeres en algunos ámbitos de la profesión, escasos en otros ámbitos- y que dejan en claro que las configuraciones son entramados complejos que cambian, de manera sutil y molecular, en el largo plazo.

Con todo esto quiero remarcar cómo, explícitamente o no, todos –feministas, mujeristas, varones y mujeres- esbozan ideas sobre lo que las mujeres y los hombres son y deben ser, lo que la feminidad y la masculinidad son y deben ser. Y cómo este conjunto de ideas, más allá de mostrarnos los matices de un continuum entre dos polos, nos están mostrando también algunos cambios en las nociones mismas de esta dicotomía que sigue siendo de todos modos, tan ordenadora. A continuación, profundizaremos sobre la cuestión.

5.3-Redefiniendo femenino y masculino.

Algunas de las preguntas que guiaron las entrevistas que realicé buscaban saber por dónde pasa lo femenino y/o lo masculino en la práctica médica y cuáles eran las ventajas y desventajas de tener un determinado sexo/género²²⁴. A partir de esa información, en este apartado, intentaré elaborar un “mapa” de lo que para los actores son los atributos de lo femenino, de los modos en que se piensa lo masculino, las ventajas y desventajas que ellos consideran para cada caso. Con todo ello, buscaré llegar al meollo de la cuestión que queremos plantear, esto es, cómo se configura en cada quién lo masculino y lo femenino, cómo se representan, ponen en acto, performan estos aspectos de la identidad individual en el trabajo médico y cómo todo esto contribuye a la reproducción y/o transformación de las configuraciones de género en la profesión.

Esta idea proviene de varios aportes: en primer término, de uno de los aspectos principales que el psicoanálisis ha dado a las ciencias sociales, que es la idea del sujeto y el psiquismo como una realidad donde se asienta lo simbólico y donde el género es crucial: “Quienes se han interesado por deconstruir los procesos sociales y culturales del género han intentado también

²²⁴ Lo que se tiene es un género como atributo cultural del cuerpo sexuado, pero como muchos de los entrevistados consideraban que yo hablaba de “sexo”, hago referencia aquí a sexo/género.

comprender las mediaciones psíquicas y profundizar el proceso de constitución del sujeto” (Lamas, 2000: 104). Ese psiquismo es el que autores *bourdianos* como Bernard Lahire (2005) conciben como el lugar de lo “social internalizado”, el espacio del *habitus* y las disposiciones que por ende, ameritan la creación de lo que él propone como una sociología psicológica. Si el *habitus*, como plantea el propio Lahire, es el pasado incorporado, lo que hay que hacer para conocerlo empíricamente es -como hace Norbert Elías con las configuraciones-, rastrearlo y especificarlo. Esto nos hace pensar en una configuración individual de lo psíquico, donde se funda el sujeto con género.

Pero, como plantean algunos autores influidos por el psicoanálisis, ese sujeto no tiene sólo un género (Buzatti y Salvo, 1998) y la identidad de género no existe, es una idea de sustancia provocada por la continuidad de actos de género (Butler, 1998). Entonces, de lo que se trata es de indagar en cómo se va configurando el género. Desde mi punto de vista, la idea de configuración es un poco más estable en el tiempo que la idea de la identidad de género como un puro acto performativo, y nos permite pensar en un sujeto que se piensa a sí mismo con determinado género, que tiene cierta noción de identidad, pero que al mismo tiempo, da lugar en su configuración individual, en sus *habitus*, a una tensión, equilibrio, dinámica, entre aspectos masculino y femeninos de esa identidad. Por todo ello es que resulta importante analizar qué elementos de lo femenino y de lo masculino se van armando, ordenando, complementando o excluyendo, para dar como resultado, una configuración puntual, específica, que es la identidad de género del sujeto en cuestión.

Si esto sucede en la escala individual y micro, es importante decir que tal como lo concibe Elías (1996), lo social y lo individual son espacios diferenciados sólo a nivel analítico, de modo que analizar las configuraciones de género al nivel de los sujetos es una manera de comenzar a indagar, rastrear, entender, lo que sucede a nivel de las configuraciones sociales –donde las configuraciones individuales emergen.

Este análisis será dividido en tres partes: primero, se describirán las ventajas y desventajas y el aporte de lo específicamente femenino, según los entrevistados y entrevistadas; segundo, profundizaré en las nociones “generizadas” de “sensibilidad” y “fuerza”; por último, me enfocaré puntualmente en las nociones de lo femenino y lo masculino y sobre lo que para nuestros actores es “feminizarse” y/o “masculinizarse”.

Ventajas, desventajas y lo específicamente femenino en la Medicina.

Ante la pregunta de cuáles eran las ventajas de ser mujer, muchas de las respuestas giraron en torno de atributos o cualidades de las mujeres que son considerados como positivos para el trabajo en general –por ejemplo, la responsabilidad-.

Así lo afirmaba la doctora Fabiana:

“le voy a decir a lo mejor lo que dicen algunas gentes por ahí, la mujer como que es más responsable, sí como que tiene más compromiso, no digo en general ni hablo mal de los hombres, pero es la gente, mujer que tiene un trabajo es muy, muy responsable, creo yo, y es lo que he visto. Quirúrgicamente la mujer es muy hábil, tiene manos muy finas claro, no digo que los hombres no, yo que definiendo a mi maestro, pero tiene unas manos de este tamaño y es una ventaja, para mí tener manos pequeñas, es una ventaja, claro, sí.”

El mismo relato comienza a mostrar cómo lo mismo que para un ámbito puede ser malo – la delicadez o fragilidad de las manos pequeñas de una mujer para una cirugía ortopédica- puede ser bueno para otra –la habilidad en la neurocirugía pediátrica- y a la vez, cómo ambos atributos están sobrevaluados, ya que como la doctora Fabiana explica, su maestro tiene unas “manotas grandes” que sin embargo, no le impiden ser buen neurocirujano.

Que las mujeres son más responsables y más organizadas, es una idea que se reitera, por ejemplo en lo que dice la doctora Liz y que pone en relación la cuestión de la “necesidad” de organizarse, dada la doble jornada de trabajo:

“Aparte, la mujer es muy organizada, en general es muy organizada, responsable, pero esa organización que tiene la mujer a veces—no es feminismo ¿eh? Pero a veces difícilmente ¿eh? y no todos, el que lo logra hacer mis respetos, pero los hombres tienen un poquito más dificultad en esa área, la mujer puede hacer muchas cosas al mismo tiempo y está metida en un montón de actividades, porque es esposa, es madre, va y lleva a los hijos, compra su despensa, en la tarde trabaja o en la mañana trabaja, en la noche trabaja, al mismo tiempo está haciendo otros estudios aparte y de alguna forma le alcanza, se organiza ¿no? tiene como un adecuado control—manejo del tiempo y es—pues como una de las cosas que también aplica a lo que se dedique. Y eso se (lo) vemos mucho ¿eh?, la verdad es que en cuanto organización una mujer es excelente en esa parte, y yo creo que sí se nota en todas las áreas como dentro de las especialidades.”

Pero, al mismo tiempo que las dobles jornadas de trabajo pueden hacer de una mujer alguien más organizada, no dejan de ser una desventaja, como lo señala la doctora Lupe:

“Ahora ¡qué bueno que hay más mujeres! Pues si te das cuenta una mujer que está trabajando es porque además, es su segundo o tercer trabajo que tiene porque aparte de estar trabajando ahí, tienen un sinnúmero de actividades que hacer. Que ojalá fuera como sólo los hombres decir “pues voy aunque tenga dos trabajos este y aquel y ya” pero no, tienen que ver a los hijos, ir a las reuniones, ver las tareas, yo creo que eso que satura a las mujeres es una sobre carga de trabajo”.

Esta cuestión de cómo un mismo atributo puede considerarse como ventaja o desventaja según el contexto es bien interesante sobre todo en cuestiones que están tan cargadas de sentidos de género como la belleza²²⁵. Así, por ejemplo la doctora Sisí, decía que si bien para ella la cuestión de la belleza no era ni ventaja ni desventaja, para los otros sí –lo cual pone de relieve lo relacional e intersubjetivo de lo que se considera un atributo-:

“o sea, nunca lo he visto como ventaja o desventaja ¿no? o sea, pues lo hago y ya, no, no sé, nunca... sí sentí que...yo nunca lo sentí, pero si sé que compañeras mías, por ejemplo aquí me decían “¡ay, sí! Tú porque eres bonita me mandan a que te ayude” y yo así como que “¿eh? O sea...” “Pues no me ayudes si quieres ¿no? te mandaron porque hay veinte historias y entre dos no podemos ¿no?”.

Es lo que la doctora Olga llamó la “cuestión de la chava bonita”:

“entro a la carrera me voy dando cuenta que hay cuestiones que pesan y que yo no tenía presentes **MP:** ¿Por ejemplo? **O:** Como el carisma ¿no? había gente que es muy carismática y que eso le habría puertas ¿no? para faltar o para tener acceso a ciertos, hacer ciertas prácticas que no todos tenían, ¿no?, la cuestión de la chava bonita: tenía unas compañeras muy guapas también y algunas de ellas no todas, sí usaban esta situación para no hacer guardias, para no tener la carga de trabajo; en uno de los hospitales en Balbuena que es un hospital de trauma, de traumatología y que llegan heridos y así pues ahí era como clásico, si no salías con los doctores entonces te tocaba hacer todas las notas y entonces te tocaba no sé qué y no sé qué y nunca entrabas a cirugía.”

En su relato, como una síntesis de la condición femenina, el ser “la chava bonita” tiene sus ventajas y sus desventajas, entre las que se cuentan, estar más expuestas al acoso sexual. Así comentaba la doctora Mariela lo que ella veía y sentía entre sus compañeras durante el internado:

“Yo entonces lo veía así, “no, pues lo que pasa es que son ellas las que se prestan y esto” pero, no ahí, bueno pues era otra cosa, yo no quise porque si de pronto, los residentes ¡estaban en el cuarto! Ya sabes ¿no? o sea, ahí adentro ¿no? y yo dije “bueno, yo no voy a... no, esto no es para mí, no” entonces sí lo dejé. Pero, conmigo siempre fueron respetuosos, a lo mejor también porque no soy una mujer... (*silencio*) entonces eso tiene mucho que ver ¿no? o sea, yo creo que las mujeres más guapas son más acosadas ¿no? entonces, a lo mejor eso me salvó pues digamos, no ser... no?”

Sobre las contradicciones de ser “la chava bonita”, la doctora Ivana, una hermosa mujer madura, recordaba su propia experiencia cuando era muy joven, al llegar después de su maestría en enfermedades tropicales en Londres, a realizar un trabajo de campo en la selva chiapaneca:

“La primera reunión que voy, llego al aeropuerto y me encuentro a un doctor medio viejito (bueno, yo lo veía viejito en aquel entonces) igual era de mi edad actual (*risas*)...ahí en el aeropuerto, entonces le digo “¡ay! Hola Doctor, cómo está” “¡ay! Hola, qué gusto, qué andas haciendo” “pues aquí doctor” “¡ay! Qué bueno y usted” “pues esperando a una doctora que venía seguramente en tu vuelo pero no la veo (y me

²²⁵ John Berger (2012) plantea que una de las grandes diferencias entre los géneros está dada porque el hombre mira y la mujer es mirada, ellas se ven a sí mismas como lo representado, lo mirado. El autor muestra la validez de esta relación entre miradas, a pesar de la variación histórica de los modelos de belleza, lo cual se manifiesta tanto la pintura como en la publicidad actual

dice) ¿Tú te llamas Ivana verdad? Sí ¿Te apellidas Mores verdad?” “sí doctor” “pues te estoy esperando a ti, no me digas qué tú eres la del proyecto” le digo “sí doctor”...como que no había la costumbre de que alguien que iba hacer un proyecto en un lugar, luego tan complicado, bueno, no había también mucha costumbre como en Inglaterra de andar en las selvas. Entonces sí, era como algo, bueno... Y al llegar, pues me fui allá a la reunión, lo mismo ¿no? Un comentario muy desagradable de un tipo, que dicen que estaba medio loco “y ya pensaste que en la selva no hay espejos?” obviamente vio que tenía el cabello muy largo y casi me rapé. Porque también entiendo que pues por las condiciones de trabajo, bueno pues, de hecho me fui con mi pelo largo me llené de piojos, entonces, bueno ya... no tuve ni que pensar que tenía que estar con el cabello muy corto y, bueno, pues es a estar dispuesta a hacer un trabajo epidemiológico.”

Según sus propias palabras, la subestimación en aquella ocasión provenía por su aspecto juvenil, que daba menos edad incluso que la que tenía. Pero fue una situación que se repitió en su trayectoria profesional:

“Cuando andaba pidiendo trabajo uno me dijo “pues la verdad es que no necesitamos a alguien que haga lo que tú haces, pero nos queda bien un adornito” Ese tipo de comentarios ¿no? Luego, me divorcié, entonces, trabajaba en el Instituto y había acoso, pero en el sentido de que me invitaban a salir, estaban muelle, muelle y muelle (*preguntando molestando*) y uno me dijo “compórtate como lo que eres” Que también es un comentario así que se te queda, yo le dije “¿Cómo qué?” “pues una mujer divorciada ¿no?”

“La chava bonita” y el “adornito” se convierten así, en palabras de nuestras entrevistadas, en armas de doble filo, que pueden convertirse, según el contexto y la experiencia de la persona, una ventaja o una desventaja. Hasta aquí todo lo comentado no refiere a cuestiones que atañen exclusivamente a la medicina. Por eso, a continuación profundizaremos sobre algunos aspectos que vinculan más específicamente, las ventajas o desventajas, con la práctica médica.

La doctora Vicky decía al respecto:

“Porque todos tenemos de los dos sexos pero es un poco más de uno o del otro ¿no? la sensibilidad, yo creo que eso que no es muy correcto el término de la traducción pero ese “*feeling*” ese sentimiento en un momento dado de las cosas, ese sexto sentido en el que siempre dicen los hombres “¡ay! pareces brujas, parecen brujas” porque sí, hay una sensibilidad que uno llega a tener, ese “*rapport*” que se puede llegar a tener con los pacientes, de identidad”.

Empatía, “ponerse en los pies de”, “*rapport*”, son algunas de las cosas que, desde el punto de vista de nuestras entrevistadas, es lo específicamente femenino en la práctica médica. ¿Eso significa una práctica médica diferente? Algunas creen que sí.

La doctora Kía, reflexionaba en voz alta:

“Pero, pienso que en general las mujeres son un poco más discretas y más simpáticas con los pacientes, tiene como que más sentido de la, de conmoverte ante el dolor humano, y los hombres, con el tiempo lo pierden. No todos (gracias a Dios, insisto) pero como te dicen “ay bueno, pues está gorda, está gorda, no hay más” entonces, no se ponen a ver el trasfondo de las cosas, ven solamente como lo último ¿no? no, no, no piensan que a lo mejor está deprimida y por eso tiene un trastorno, y por eso se engordó y por eso le duele la rodilla. Te lo digo bueno, porque a mí me llegan casos: tengo uno muy reciente, un caso de una muchacha

que le dejaron lesionado un nervio, el nervio ciático, que es el principal de la pierna, entonces empezó haciendo una degeneración ciática del otro lado, vio a 20 ortopedistas ¿te gusta? Con las notas, o sea con notas que no era candidata a nada y llega conmigo con un dolor ¡bueno! Impresionante... horrible. Tenía el ciático parado de un lado y del otro lado tenía una degeneración articular de la cadera. Entonces, no le habían ofrecido nada, que lo único que le podían dar era desarticular la cadera y dejarla así. Ella es una mujer editora de una revista y vio a los que quieras, y ninguno le dio un diagnóstico y yo, la operé. Le pusimos una prótesis y ahora tiene una calidad de vida completamente diferente y ella, bueno, habla muy bien, en el sentido de que dice “oye, es que tú no te quedaste solamente con el hecho de que estaba casi parálitica y olvídale, no vale la pena operarla” sino buscas mejorarle la calidad a los pacientes, y yo pienso que muchas mujeres hacemos eso ¿no? en la medicina. En más fácil conmovier a una anestesióloga mujer para que te pase una cirugía decirle “oye por favor, fíjate que no sé qué” que a un hombre, los hombres te dicen no, y en general... eh. Es más fácil que tú como mujer convenzas a alguien “sabes qué, búscale, siempre hay opciones, etc.” Que a un hombre. Siempre los hombres son más... como más cuadrados. Bueno esa es mi experiencia hasta ahora.”

Sin embargo, este tipo de opiniones no son compartidas por todos, como lo muestran las palabras de la Doctora Sandra, para quien: “el médico hombre y la doctora mujer, vamos, en el trato, en cómo estudiar, aplicar, etcétera, me parece que pues finalmente es similar”. La doctora Margot, disiente a medias con esta opinión, en la medida que plantea que las diferencias se dan en la parte asistencial, pero no en la académica:

“yo creo que sí, yo creo que finalmente sí hay diferencias entre ambos géneros, no solamente físicas sino también intelectuales y de sensibilidad, o sea yo creo que en mi caso como mujer y además, como madre de familia, sí tienes una visión diferente y un sentimiento diferente para con los pacientes (en el caso de la parte asistencial) Obviamente en la parte académica y de investigación pues yo no veo gran diferencia porque finalmente son intereses muy particulares o universales, aquí el género no tiene absolutamente nada que ver²²⁶, y tu desempeño y el resultado final va a depender de exactamente los mismos factores. Tu interés por lo que estás haciendo, el tiempo que realmente se dedique, la calidad de tiempo y tener objetivos muy preciso, no tienes que ser hombre o mujer para tener ese objetivo. Pero, en cuanto a la parte de asistencia yo creo que sí hay una mayor sensibilidad de parte de las mujeres, y a lo mejor de repente un poquito de ojo, de algo, que no podría yo describir con un término preciso porque no sabría cuál es, que te pueda dar poquito de percepción o de sensibilidad para la investigación para unas cosas, debe haber algo... yo creo que sí (**MP**: para el ojo clínico) sí, sí. Y también en la parte de investigación ¿no? Quizás incluso no sé si es propiamente la capacidad o tal vez algo de capacidad más un poquito de sensibilidad para integrar un grupo, para tratar un grupo, para dirigir algo, siempre a lo mejor de repente la mano masculina puede ser diferente a la de una mujer y puedes tener el mismo o un resultado mayor, pero hay un toque diferente que ese sí yo creo que es totalmente dependiente del sexo”

El doctor Eduardo también planteaba que las diferencias en el trato sí existen, pero no están dadas por la condición o identidad de género del médico:

“Mi percepción es que no se ha mejorado el lenguaje y seguimos siendo igual de incomprensibles en nuestro lenguaje médico, las mujeres siguen siendo tratadas de una manera igual de violenta y humillante, tanto en cirugías, seguimos sin prestarle atención o darle importancia al erotismo después de un evento obstétrico ¿Qué va a pasar con la vida erótica de la mujer? ¿Qué va a pasar con su autocuidado, con su autoimagen? Después de que se le modificó por su evento obstétrico a lo mejor su cuerpo: le quitamos una

²²⁶ Estas palabras de la doctora Margot pueden ponerse en relación también con lo que vimos en el apartado anterior sobre las mujeres y la investigación científica en el marco de la ANM.

mama, o sea, cualquier cosa ¿Qué pasa después con su autoimagen? ¿Qué pasa con su relación con la familia? Eso no y realmente no he visto mayor empatía actualmente. Yo creo que si midiéramos la mejora del servicio médico desde la empatía de las mujeres médicas, esperaríamos un mejor trato a las mujeres que van a consultar o van a pedir atención médica. Sin embargo, no... (*duda*) yo creo que aquí sí metería los conceptos morales: yo creo que las mujeres se sienten mejor protegidas o menos invadidas cuando es una mujer quien la atiende, desde la moral desde “un hombre me ve, un hombre me puede invadir, cómo me va a tocar un hombre que no es mi pareja” desde el pudor, desde los *introyectados* sociales, sin embargo, te puedo decir que en mi experiencia conmigo y con hombres—con otros médicos que trabajan desde la aceptación—desde la medicina humanista ha sido de que, si tú le dices a una mujer “te voy a revisar tus mamas, te voy hacer una exploración vaginal” y le das a entender el sentido de hacerlo, te puedo decir que ninguna mujer te dice que no, porque no se están sintiendo invadidas, se están sintiendo atendidas ¿Cuándo se sienten invadidas? (y no tiene que ver con que si soy hombre o mujer) pues cuando dudo, cuando no sé qué hacer o cuando yo tengo tantas broncas respecto a mi contacto con el otro sexo género, que lo expreso al momento de acercarme a la mujer.”

Este relato muestra cómo lo que se considera ventaja o desventaja dada por el género se relaciona con la especialidad médica que se ejerce. Es interesante entonces que veamos qué dicen ginecólogos y pediatras, dos de las especialidades más relacionadas con la maternidad, los cuidados y los procesos del cuerpo femenino.

El doctor Diego, impulsor de prácticas de des-medicalización del parto en las maternidades del gobierno federal, me narraba de la siguiente manera su indignación ante los maltratos que sufrían muchas mujeres en situación de parto. A él la cuestión “le brincaba” más quizá por “no ser mujer”:

“prácticamente el parto puede no doler o no doler nada (o sea la mayoría de los partos que yo atendí no dolían nada) o puede ser una cosa terrible que se complique, unos sufrimientos espantosos, y además después del parto les meten la mano sin anestesia y una serie de cosas terribles. Bueno, puede ser las dos cosas. Yo como tengo ese referente, sí me brinca, no soy mujer pero me brinca y no sé si me brinca más porque no soy mujer, no sé si las mujeres están acostumbradas de tanta fregadera que ya no les brinca, no sé qué pasa en la mentalidad de ustedes de que las mujeres se quejan menos de esta—esto que algunos—algunos se nos hace terrible que suceda, de pronto nos brinca que una mujer, sí, le parece natural y ya no se queja”

Y el doctor Santino, también ginecólogo, daba los pros y contras de cada uno, varones y mujeres, en su especialidad:

“Lo que yo veo, en general, es que la práctica médica de las mujeres es, yo percibo como que es más ordenada, más estructurada, más metódica, estoy hablando de mi especialidad ¡eh!, no podría hablar de otras especialidades, más metódica, más estructurada, como que temporalmente está más, está más planificada y la práctica médica de los ginecobstetras hombres, la siento, en cuanto a ventaja ¿no? la siento un poco más cálida”

Es interesante porque este relato invierte los valores tradicionales asignados a cada uno: donde lo cálido es lo femenino y lo metódico y estructurado —asociado a la disciplina, a lo

científico- son valores más masculinos. Vemos así como, contextualmente, las connotaciones y valoraciones comienzan a volverse a veces femeninas, a veces masculinas.

Sin embargo, las ginecólogas afirman otra cosa: en la mayoría de las que he entrevistado, el haber pasado por similares circunstancias –un dolor menstrual, un embarazo, un parto- hace que sea “más fácil” ponerse en los zapatos de la otra. Es decir, ser mujer sería una ventaja para comprender y atender los padecimientos de otra mujer. Así lo expresa la doctora Paula, quien si bien afirma que “tanto hombres como mujeres podemos tener conocimientos y destrezas en todas las áreas del quehacer médico”, en cuanto a la práctica de la ginecología y en particular de la obstetricia pienso que la diferencia entre hombres y mujeres es enorme” Luego me explica por qué:

“En mi caso particular yo cambié radicalmente mi manera de tratar y de comprender a las mujeres embarazadas luego de haber tenido mis propios hijos, nunca pude entender de mejor manera el proceso de la búsqueda del embarazo, el embarazo, el parto, la lactancia, y el puerperio, como cuando lo viví yo misma. Todas las experiencias tanto físicas como emocionales que se leen en los libros las corroboré en mí misma y posteriormente pude explicar, comprender y acompañar a mis pacientes en todo lo relacionado a la maternidad. De igual forma, cuando perdí un bebé comprendí el dolor físico y emocional que implica y esto me ha dado mayor comprensión de las mujeres con infertilidad”.

La doctora Amalia nos comentaba que eran muchas las mujeres que preguntaban, antes de atenderse con una doctora, si ésta tenía hijos: “hay pacientes que dicen “¿usted tiene hijos” o que piden por ejemplo, hay pacientes que piden “quiero una ginecóloga que ya haya tenido hijos”. Le pregunté entonces si el embarazo, el parto y demás, un ginecólogo varón también podía entenderlas aunque no las hubiera vivido personalmente. Y su respuesta fue la siguiente:

“yo creo que tendría que ser un ginecólogo que pudiera ponerse bien claro en los zapatos de una mujer ¿no? quizá a veces no es tan fácil, entonces: puede ser que sea un ginecólogo muy *apapachador* (*que las cuida mucho, procura mucho a sus pacientes*) que diga “ay, hijole ¿Cómo puede ser que aguanten un parto? ¿No?” entonces, las apapache tanto que les quite el dolor, pero yo creo que no es tanto quitar el dolor, yo creo que hay que darles fortaleza interna, o sea, yo creo que hay que decir “esto así es, y si hoy no lo toleras no vas a tolerar cosas más fuertes, y entonces échale ganas ¿no?” o sea, no es tanto “toma, te doy esta pastilla y no sientes” es como volver a darle la vuelta a la realidad, y tampoco soy de la opinión de que tienen que parir con dolor, no, no, pero yo creo que en mucho es concientizar, orientar, educar”

La cuestión de entender o quitar el dolor, porque se supone ese dolor, por tener una identidad corporal de género compartida, se conoce y comparte, se vuelve crucial en la ginecología. El doctor Oscar, al respecto, dividía a sus colegas en dos:

“muchas de ellas es como de mucha empatía y de sensibilidad a lo qué están padeciendo (**MP**: las pacientes) ¡exacto! La paciente, y muchas otras curiosamente no, lo minimizan, minimizan ese padecer, ese dolor, ese malestar que les está trayendo para contigo a la consulta y hacen ver así como que “pues de qué estás

padeciendo o de qué estás sufriendo, cuando quizá yo aguanto los dolores de menstruación, quizá yo aguanto, ya aguanté yo un parto y no me quejé tanto como tú y aguántate, no te quejes”

A lo del dolor, la doctora Lupe, coincidiendo con otros relatos de sus colegas, planteaba la cuestión del pudor:

“ yo creo que mientras -y aun ahora lo sigo pensando-: es por el pudor (*silencio*) nos han enseñado a ser muy pudorosas, porque yo he conocido médicos, parte de mujeres que me dicen “la confianza, mejor con una mujer” Pero yo he conocido médicos que son muy suaves en el tacto, en el trato, pero sigue habiendo algo que no encaja con las mujeres. A mí, siempre que llegan ¿no? me dicen eso “es que, como somos mujeres me da más confianza” básicamente eso. “Y es que cuando le hacen a uno la revisión, como que son más bruscos” (MP: ¿son más bruscos?) Eso es lo que refieren “son más bruscos” Yo, sí lo que noto es que siendo yo mujer, yo sí he sentido que es un dolor de parto, qué es un dolor de menstruación, qué se siente cuándo le ponen a uno el dispositivo, qué se siente cuando le toman un Papanicolaou, y creo que tener, el saber cómo se siente, hace que a las mujeres como que identifiquemos ¿no? Entonces, por ejemplo, cuando yo las reviso “pues mira, vas a sentir un poco de frío...” e ir explicando ¿no? “Ahora, puja un poquito; es probable que sientas...” Decía uno “yo sí siento” “es probable que sientas un calambrito, respira profundo” Cosa que no va hacer... (*Silencio*) sabe que va haber dolor, pero no sabe cómo se siente, ésa va a ser siempre una diferencia anatómica, de género importante. Yo en el área rural, pienso que las mujeres acudían más conmigo a la consulta que con el médico hombre porque con él, iban los varones (curiosamente) Porque por ejemplo, al revés, un hombre no viene conmigo a consulta ¿eh? Y las mujeres han traído a su pareja a la consulta y ¡les da una pena! Y si me ha tocado revisarles “¡ah! pues si tienes las mismas lesiones, te voy a tener que revisar” ¡Y sienten una pena! Y yo siento que es eso, si fuera un hombre no le iba a dar tanta pena como que una mujer lo revise, revise un varón. Yo creo que eso mismo ocurría -y en un área rural más-, y si son comunidades indígenas ¡más!”

Para el caso de la Pediatría, la doctora Sisí afirmaba:

“Tú te das cuenta de las pediatras que no son mamás cómo tratan a sus pacientes, y las indicaciones que dan, y las ideas que tienen; tú notas de las que son mamás: las indicaciones, el trato de la mamá y el niño es totalmente diferente...Porque ya te pones en sus pies ¿no? yo me acuerdo que cuando era residente llegaba un niño grave y te metías con el niño y “ lo sacaba, lo sacaba” y hasta que terminabas, podían pasar dos horas o yo qué sé, nunca te acordabas de salir a decirle a la mamá nada ¿no? cuando fui mamá y estaba en urgencias y entraba un niño grave, empezaba yo (obviamente con el niño en prioridad) pero de repente le decía a un residente “sal y dile a la mamá que está muy grave, que lo estamos viendo, que en cuánto sepamos algo le avisamos” ¿no? porque dices “si yo fuera mamá, dos horas que no me digan nada, si me pondría...” ¿no? aunque sea que salga y me diga algo”.

Aquí la ventaja está dada por ser “mujer” y “mamá”, lo que mejora la relación con los pacientes y sus familiares, el “ponerse en sus pies” como parte de la empatía que, como veremos, es parte de lo que se considera femenino en la práctica médica.

En la misma línea, la doctora María Violeta reflexionaba:

“yo creo que es un mayor número de las que son más humanas, yo creo que tiene que ver mucho el aspecto de que una mujer sea madre ¿no? que he visto a muchas pediatras que tratan a los niños con una ternura increíble ¿no? entonces yo creo que tiene mucho que ver, influye mucho ¿no? ¡claro que hay de todo! ¿No? Hay también las que tienen su genio, las que son así ¿no? pero es una mínima parte ¿no?”.

Maternidad, ternura y humanidad son valores que parecen ir juntos, ser casi sinónimos y claro, atributos de las mujeres. Está claro aquí que las ideas de maternazgo²²⁷ y maternidad (Palomar Vereá, 2004) se confunden, la maternidad se naturaliza y esto lleva que se naturalicen también, en lo que es una práctica social, ideas como el “instinto”. Esto es lo que decía la doctora Rosa, quien no es madre pero igual hace referencia al instinto²²⁸:

“pues yo creo que todas tenemos como un instinto maternal, que desarrollas o no desarrollas teniendo hijos, y en el caso de la cirugía pediátrica yo creo que ese instinto maternal te sale con tus pacientes, porque el paciente con la mujer médica es muy cariñoso, pocas veces he visto niños o niñas que sean cariñosos con sus médicos hombres ¿no?, pero con la mujer siempre vienen y te dan el beso, o te traen el chocolate, no sé, yo creo que ahí ves un poco el trasfondo de que las mujeres nos sentimos, traes ahí como tu instinto maternal entonces arropas a los pacientes, y acá se justifica porque aparte son chiquitos”.

Está claro hasta aquí que las ideas no son todas compartidas, pero sí se perfila cierta noción de que lo específicamente femenino aportado por las mujeres a la medicina pasaría por el *feeling*, el *rapport*, la “sensibilidad”, la “empatía”, el “ponerse en los zapatos” de otros y demás expresiones que hacen alusión a lo mismo. Ahora bien, si esto es femenino, cabe preguntarse ¿Son las mujeres las únicas portadoras de ese plus de lo femenino? Si la identidad de género no es algo que se es sino que se hace, estos atributos refieren claramente a un hacer, por lo que podríamos pensarlos como femenino pero no necesaria ni exclusivamente, un hacer de las mujeres.

Para seguir reflexionando sobre la cuestión acerca de los modos en que algo –una actitud, una cualidad, un talento- se califica de femenino o masculino –por el acto y no por quién lo ejecuta- quiero dedicar un apartado a los modos en que los actores significan dos términos que están bien generizados –es decir, bien asociados con lo masculino por un lado y lo femenino, por el otro- y aparecieron de manera reiterada en la narrativa de las entrevistadas.

Fuerza y Sensibilidad

Si consideramos a lo masculino y a lo femenino como categorías dicotómicas que agrupan símbolos, significados, atributos, cualidades que se asocian pero que no dependen necesariamente de hombres y mujeres –por cuanto puede haber mujeres con elementos

²²⁷ Maternazgo se diferencia de maternidad en el sentido de que ésta última hace referencia a la capacidad biológica de concebir bebés, mientras que maternazgo o maternaje incluye todas las actividades de cuidado y crianza que pueden ser realizadas tanto por varones como por mujeres.

²²⁸ Cristina Palomar Vereá plantea que la cuestión del instinto maternal como un elemento de la cultura, por lo que no es necesario ser madre para tener instinto maternal (Palomar Vereá, 2004).

femeninos y varones con elementos femeninos-, a continuación, como una forma de indagar en las configuraciones de la feminidad y la masculinidad, daremos cuenta del modo en que dos términos, “fuerza” y “sensibilidad” son connotados por los médicos y médicas y considerados cualidades necesarias en las ciertas actividades de su práctica médica.

El término fuerza, en tanto fuerza física y poder corporal, se asocia a lo masculino²²⁹. Cuando platicaba con la doctora Kía sobre los motivos por los cuales su especialidad –la cirugía ortopédica- tenía tanta presencia masculina, ella reflexionaba:

“yo pienso que es la cuestión de la fuerza, porque el hecho de que tengas que usar perforadores y clavos y tornillos y el destornillador, pues sí te asocia a un carpintero, entonces ¿Cuándo has visto a una mujer carpintero? O sea, es igual ¿no? El hecho de que tengas que utilizar e involucrarte en un ámbito masculino, que es 100% masculino, porque no sé, en casa, quien pone normalmente la persiana pues es el hombre, pero el hecho de que tú digas “yo también sé perforar y también sé hacer las cosas y a lo mejor...”

En otra área de la cirugía, pero en el mismo sentido, la doctora Rosa recordaba cómo sus maestros apelaban a la fuerza física de los varones para privilegiarlos en el acceso a las cirugías:

“cuando entré a hacer práctica clínica que empiezas entre tercero y cuarto año, me llamaba la atención que a las mujeres generalmente no nos llamaban para ayudar en cirugía, les hablaban a los hombres porque tenían más fuerza para separar, para sostener”

Hasta aquí aparece la idea de la fuerza física vinculada al trabajo rudo de la cirugía. Pero como bien sabemos, para la cirugía no se necesita sólo fuerza física, sino también habilidad y delicadeza. La doctora Fabiana también recordaba los dichos sobre la “fuerza” a la hora de tener que elegir una subespecialidad quirúrgica:

“Yo cuando estaba en Tabasco y les decía “yo quiero hacer neuro”, “pero esa es una especialidad de hombres”, me decían, yo decía ¿por qué? Si no voy a hacer fuerza, no es ortopedia, ¿no?, no puedes ser, carpintero, es una cosa fina, digo, para cortar huesos, digo no necesito fuerza, necesito finura porque está la cosa eléctrica y todo eso y ahora lo sé”

Así, podemos pensar que la cuestión de la fuerza y la rudeza en la cirugía, más que vincularse a un atributo a poseer –sobre todo con tantos instrumentos que los reemplazan, como dice la doctora Fabiana- es un elemento que tiene que ver con restringir el acceso a un área marcada por el género masculino. Y donde, si nos guiamos por lo que plantea Joan Casell (1998), la

²²⁹ Aquí hago referencia a la masculinidad dominante o hegemónica, más parecida a la idea de “virilidad”, que a otras identidades o formas de ser masculinas, emergentes o menos tradicionales, que no necesariamente consideran la “fuerza física” como un valor. Para el estudio de las masculinidades, un referente es el trabajo de Robert Connell (2003).

fuerza puede vincularse no ya a lo estrictamente físico, sino a la fortaleza y templanza para convertirse en un cirujano *iron surgeon*.

Si en todos estos sentidos fuerza se asocia con lo rudo y por ende, con lo masculino, también encontramos la idea de fuerza en un sentido moral, de carácter, la “fortaleza”, templanza, que se liga a lo femenino. Así lo decía la doctora Vicky:

“Entonces, yo sí creo que la fortaleza de la mujer es de verdad superior a la del hombre, en muchos aspectos, un hombre, bueno hasta el dolor ¡son más collones que uno! ¡Totalmente! ¿Sí? Pero las cosas de impacto moral, yo lo veo, con niños de tantos problemas de retraso mental, de mal formaciones, entonces, ese es nuestro principal punto de población y la cantidad de mujeres que los esposos las dejan o no las apoyan en la atención del hijo, ellas son las fuertes ¿sí me entiendes?”

Por otro lado, tenemos el término “sensibilidad”, al que se alude en relación con la capacidad de emocionarse, de empatizar y ponerse en el lugar del otro (esto sobre todo), de permitirse lo “sensible” como el llanto, todos aspectos vinculados al mundo de lo femenino. En este sentido, sensibilidad es también lo opuesto a racionalidad, frialdad, objetividad. Si bien en primera instancia el término hace referencia a los sentidos, se despega de su correlato sensitivo y se convierte en algo vinculado a la esfera sentimental. Puede describirse como sigue: “Por sensibilidad se ha entendido una gama de sensaciones que va del placer al dolor físico, son experimentadas a partir del cuerpo y no sólo de la razón; es una sensibilidad sensorial y emotiva, una capacidad de afectar emotivamente la experiencia. El cuerpo sensible se convierte en un lugar de construcción de sentido que no excluye a la razón sino que la integra” (Pacheco Ladrón de Guevara, 2010, p. 74).

La sensibilidad en este sentido se relaciona con el cuerpo y las emociones y éstas, en tanto construcciones sociales, son “emanaciones sociales” donde un individuo añade “su nota a un patrón colectivo susceptible de ser reconocido por sus pares de acuerdo a su historia personal, su psicología, su estatus social, su sexo, su edad, etcétera” (Le Breton, 2013). Así, si el permiso de la expresión de cierta sensibilidad y de ciertas emociones han sido una característica de lo femenino, es hora de ver cómo esto es interpretado entre los médicos y médicas entrevistados, para comenzar a analizar lo que denomino una resignificación –positiva- de la sensibilidad en clave femenina, que sin embargo, no es patrimonio exclusivo de las mujeres.

Uno de los usos y sentidos de sensibilidad se vincula con la paciencia, la escucha, la sensibilidad para la comunicación con el otro. La doctora Vicky lo decía de este modo:

“Entonces, sí creo que una mujer da una sensibilidad diferente, sí creo que hay una mejor capacidad de comunicación con los pacientes en términos generales, creo que las mujeres podemos aportar un poco más de paciencia. En general los hombres no tiene, el hombre es más impaciente, es más apresurado, es más de cierto tipo de iniciativas pero es así como que más desesperado, o sea, es menos paciente en términos generales; y si un paciente (sea del sexo que sea, de la edad que sea) requiere que se le explique, que se le diga... o a la familia o algo yo creo que las mujeres somos más tolerantes en algún momento ¿sí?”

La doctora Liz me había comentado que en su consulta privada, ella comparte consultorio con dos ginecólogos varones, pero muchas veces, si bien ellos tenían más trayectoria y experiencia, ella era quien atendía a más pacientes. Cuando le pregunté por qué creía que pasaba esto, ella respondió:

“Debe ser por algo que no sé si llamar empatía...O sea, debería ser así, debería ser, de que todas entenderíamos ¿no? con mayor facilidad y mayor, pues ahora sí que comprensión ¿no? el sentir de las paciente. Pero yo creo que también ahí influye mucho hasta la personalidad de cada quien. Porque, insisto, no con todas, deberíamos ser todas las que entendamos y no se da, y no es así, pero, en la mayoría sí se da esa empatía ¿eh? Entre la paciente con la ginecóloga; inclusive la misma paciente en la actualidad busca ¿eh? Un poquito más la atención con mujer... igual yo creo que sí se nota en todas las áreas, pero porque, de alguna forma la mujer es más sensible. Insisto, no es general y no es con todas, pero sí se da, la mujer es un poco más sensible ¿no? Al, inclusive al dolor ajeno ¿eh? Yo creo que tú ves ahí, sufrir a alguien y hasta empiezas a sufrir también tú ¿no?”

Hasta aquí, la sensibilidad como empatía, como un sentir con el cuerpo, como atributo de las mujeres. Pero, como veíamos también para la cuestión de la humanización -deshumanización de la medicina, la cuestión de la empatía se plantea como un atributo vinculado al buen trato y relación entre médico y paciente, un poco tras la vieja idea sacerdotal de la medicina como compasión -que significa con el dolor del otro- (Jaspers, 1988).

Con la idea de sensibilidad como empatía comenzamos a ver el modo en que un mismo atributo, no es exclusivo de mujeres o varones. Mientras que para la doctora Sisí las mujeres somos más empáticas y los varones más prácticos, la doctora Mecha plantea que la empatía es algo intrínseco al trabajo médico, sea éste realizado por un hombre o una mujer. En la misma línea, la doctora Ana Carolina decía que la empatía también se da con la experiencia, como la de muchos médicos mayores que aunque puedan parecer paternalistas, saben ponerse realmente en el lugar del otro. La empatía también se vincula a la experiencia, no importa quién la tenga, así lo plantea la doctora Paula, para quien determinadas experiencias propias –por ejemplo, la pérdida de un ser querido- vuelven más empáticos a los profesionistas respecto a ciertos padecimientos. En la misma línea, vinculando experiencia y sensibilidad, la doctora Amalia afirma:

“yo creo que el ser mujer si te hace un poco más sensible” Y a continuación “hay cosas que no vienen documentadas en los libros, y hay cosas que simplemente se tratan como, como un tanto de experiencia

¿no? entonces, sí creo que se hace un poco más sensible el que tú pases o el que también te toque hacerte tus revisiones, que también te toque, te haya tocado estar embarazada.”

Como vimos con la definición de sensibilidad, ésta afecta a la experiencia, la dota de sentido y la vuelve transmisible en emociones – ritualmente organizadas dirá Le Breton (2013)- que se transmiten con el cuerpo. Ahora bien, una misma experiencia –ser mujer- ¿da lugar a una misma sensibilidad? En palabras de la Doctora Amalia, sí: la experiencia de ser mujer produce una sensibilidad femenina. Esta idea aún genera controversia entre las mismas teóricas del feminismo, donde lo que expresa mi entrevistada puede ser leído en clave de lo que plantea Julia Kristeva. Para esta autora, la especificidad de lo femenino está dado por una experiencia corporal intrínsecamente femenina (podemos decir, hasta ahora), y definitoria de lo femenino, que es la maternidad (Collin, 1991). Mi postura, al considerar la experiencia como una construcción histórica que a su vez produce historicidad, se aleja de la idea de una sensibilidad femenina común dada por la posibilidad corporal de la maternidad (si la maternidad es exclusivamente femenina, como ya dijimos, el maternazgo no).

En otros relatos, como en la anécdota de la doctora Lía sobre cómo conoció a su esposo Eduardo, vemos cómo la sensibilidad, aunque connotada quizá en femenino, no es exclusiva de las mujeres:

“Yo con mi pareja, con Eduardo, lo conocí en el internado, y bueno, quiero contarte la anécdota porque precisamente él marco la diferencia. Yo pasa y en quirófanos, las puertas parecen las de las cocinas: hay como una ventanita y puedes ver. Entonces, yo pasaba y yo juro, por Dios, que este doctor estaba manoseando las piernas a una paciente que acaba de parir. Fue lo primero que vi y me dio mucho coraje (*rabia*). Después, cuando entramos, porque como estudiante tienes derecho a entrar pero estar nada más de lejitos y viendo. Yo recuerdo que este doctor, porque él era interno y nosotros estudiantes, cuando terminó el parto, y le hizo la “episio”, la limpió, le dijo “¿tienes calambre?” y ella le dijo “que sí” y le empezó a dar masaje en las piernas. Fue cuando dije “a ver, espérame” entonces, lo que yo vi no era manoseo, era otra cosa ¡sí, por supuesto! ¿No? y efectivamente, le daba pequeños masajitos, obviamente hasta ahí dije “ah bueno” (Porque la paciente se veía jovencita y estaba bonita ¿no?) Pero, así fuera la señora con obesidad, así fuera la mujer de cuarenta y tantos, así... a todas les decía “a ver, estira tus piernas, vamos a darte masajito” Y les daba estos pequeños masajes ... entonces yo dije “¡¡wow! O sea, qué padre!” porque aparte les preguntaba, eso fue muy respetuoso, muy dulce.”

De algún modo, aquí la sensibilidad se vincula con el ponerse en el lugar del otro, pero sobre todo con la solidaridad y la calidez, lo que la doctora Lía califica como “dulce”. Muy similar a lo que explica la Doctora Lola luego de explicarme que la medicina que ella practica vincula lo holístico, con la homeopatía, la militancia feminista y la formación en perspectiva de género, lo que la llevó a “10 años en un manejo de una praxis médica muy intensa, muy intensa, de una empatía y de una transferencia...”. Cuando le pregunto qué son esa “empatía” y esa

“transferencia”, ella me contesta que hace referencia a una “querencia”, una “solidaridad para con lo que les pasa a las mujeres”, sus pacientes, que ella vincula con el feminismo. Es decir, no con una sensibilidad femenina o dada por su experiencia como mujer – o como madre-, sino algo dado por su ideología y activismo.

Otro de los comentarios, esta vez de la doctora Sandra, relativizan la cuestión de la “mayor sensibilidad” como atributo exclusivo de las mujeres. Ella me habló de su esposo pintor como un hombre de gran sensibilidad, que incluso por eso debió dejar la medicina y dedicarse por completo al arte:

“No sé, hay muchos hombres también muy sensibles. Yo siento, no estoy bien segura, a lo mejor más cariñositas, se expresan más, yo no sé si es que sean más sensibles. A ver, porque el hombre a veces le cuesta un poco de trabajo demostrar su sensibilidad ¿no? Tiene que ser el que no llora o el que no sé, pero ¿de que no sienta? Ahí es donde yo tengo mis dudas, la mujer se desembolsa más de eso y no le importa sacar las lágrimas y abrazar a un paciente con las lágrimas en los ojos, a lo mejor el doctor no lo haría, el doctor cuida su apariencia en ese aspecto y sí apapacha y eso, pero sin inmutarse mucho, pero luego por dentro se está destrozando”.

Uno de los médicos entrevistados, el doctor Carlos, me explicó que él eligió medicina como carrera por algo que describía como “sensibilidad social”, algo que tiene que ver con las personas y no con el género, explicó, ya que él es muy crítico de ideas como las de la empatía de mujer a mujer:

“me parece que es falso, sí absolutamente. Son muy pocas las que realmente yo he visto profundamente identificadas, eso es un asunto que utilizan para tener a lo mejor tener más éxito a nivel privado, pero eso no quiere decir que desde lo profundo de su ser se sientan con una identificación y con ganas de apoyar a esa mujer. Y tan falso es que yo te invito a que les preguntes ¿Cuántas cesáreas hacen? Y tienen un porcentaje altísimo de cesáreas, y eso no tiene otra explicación más que misoginia, que un discurso machista, que un discurso de abuso del poder del médico.”

Otro de los médicos varones, el doctor Diego, quien escribió artículos sobre la violencia obstétrica y se muestra muy interesado en el tema, opina igual:

“Yo creo que puede ser un mito de que son más sensibles ¿eh? Puede ser un mito y yo creo que se la creen, pero si yo, quien lo puede decir es el usuario, el paciente, pregúntale a pacientes”

Lo que me parece interesante es que estas dos últimas opiniones comienzan a mostrar no la cuestión de que la sensibilidad no sea atributo de las médicas o los médicos en exclusivo, sino cómo, el dispositivo de saber y práctica, la institución médica hospitalaria, son las que no hacen posible la sensibilidad, las que des-sensibilizan. En ambos relatos, el “mito de la sensibilidad” de

las mujeres doctoras se confronta con la experiencia de los pacientes y con las prácticas médicas – aquí en especial con las cesáreas²³⁰.

En una línea similar tenemos la visión del doctor Eduardo (el de la anécdota de los masajes), quien considera incompatible la medicina tal como es hoy en su forma ortodoxa, y la sensibilidad como empatía, un ponerse en el lugar del otro, como sujeto. Sus palabras contienen una crítica a lo que se denomina MMH (Menéndez, 2005) y uno de sus aspectos principales – el biologicismo-:

“Los médicos somos a fin de cuentas fisiologistas ¿sí? A nosotros si una persona puede seguir viviendo y esa vida es con “buena calidad” como le llamamos nosotros, es decir, con menor consumo de medicamentos, con una esperanza de vida mayor, ya cumplimos con nuestra tarea, sin embargo, esto es como dividir a las personas entre sus funciones y su felicidad, y hablamos “es que la felicidad es lo de menos, está viviendo bien” pero es que si por qué esta persona va a pensar en un orgasmo si está debe de estar ocupada en cuidar su azúcar “¿Qué importa que no tenga una erección si va a vivir hasta los 80 años?”

En la misma línea que relaciona falta de sensibilidad no con una cuestión de los médicos y médicas sino con las características de la medicina actual como dispositivo de saber y práctica, va la reflexión de la doctora Lola, cuando después que ella me refiriera la “intensidad” de su práctica médica, me dijo:

“déjame meditarlo un poco más porque creo que sí, sí creo que tiene que ver... *(se recostó en su silla al otro lado del escritorio, miró por el ventanal y después de unos minutos de silencio, retomó sus palabras con tono convincente y fuerte)*... con una crítica feroz a la medicina occidental ¿sí? O sea, yo sí creo que la medicina occidental ha fracasado en la atención del sujeto ¿sí? Y también creo que no se ha dado cuenta y que la mayoría de las personas están eligiendo otra cosa, están buscando otra cosa”

Este recorrido por los términos de “fuerza” y “sensibilidad”, dos términos fuertemente marcados por el género, me ha permitido comenzar a mostrar cómo, lo masculino y femenino de esas marcas, en algunos casos, se desprende de la experiencia concreta de varones y mujeres. Es más, estas experiencias concretas nos muestran resignificaciones de los términos y por ende, de los valores de género asociados a ellos. Si el género es un hacer, ese hacer puede entonces ser... ¿subvertido? Judith Butler (2007) dirá que sí. Mi intención es mostrar a continuación que ese

²³⁰ El abuso de la práctica de la cesárea ha sido muy criticado por las organizaciones de mujeres y muchas feministas levantan como bandera el “volver a parir en casa”. Sin embargo, ver a la cesárea únicamente como una práctica de poder sobre las mujeres víctimas, es una mirada unilateral que precisa ser analizada con más detenimiento, como haremos en el próximo capítulo.

hacer diverso²³¹ pueda estar significando cambios, sutiles pero persistentes, de las configuraciones de género, hasta ahora, dicotómicas y rígidas.

Feminizarse-masculinizarse.

“Lo que resulta peligroso es pensar que la masculinidad es una cosa bien delimitada y la feminidad otra, y que ambas no pueden ser más que así. Asimismo, la melancolía de la que hablo aparece sobre todo en la formación de identidades rígidas. Si clamo golpeando con el puño: “¡Yo soy homosexual!”, u otra cosa, si mi identidad deviene algo que afirmo, que debo defender, hay entonces rigidez. ¿Cuál es la necesidad de fijarse de una vez por todas? ¡Como si yo conociera mi futuro, como si pudiera ser un todo continuo!”

Judith Butler (Entrevista, 2008).

Las teorías *queer* y performativas del género pretenden dar cuenta de las identidades de género que no encajan en la norma heteronormativa; es decir, las experiencias que no encajan en lo recto (*straight*, cuyo opuesto en inglés es *queer*), que sería un varón o una mujer heterosexual²³². Pero la idea performática del género, también se vincula con los casos que dieron origen a la reflexión sobre el género, que son los de la indefinición sexual en términos biológicos – hermafroditas o intersex-, uno de cuyos estudios -ya clásico- fue el escrito de Michel Foucault sobre Herculine Babin²³³. Lo que me interesa resaltar aquí es cómo una parte de los orígenes de los estudios de género se vinculan con la experiencia fallida de cirujanos y psiquiatras en las intervenciones de adjudicación de sexo en personas intersex²³⁴. Es decir, cómo desde el origen, medicina, género y diferencia sexual están relacionados.

²³¹ A diferencia de lo que plantea Butler, considero que la inestabilidad del género se asienta sobre una noción de identidad a nivel del psiquismo y lo simbólico, que vuelve diferente ese hacer, si se trata de alguien que se considera mujer y “hace” de hombre o de alguien que se considera hombre y hace de “mujer”. La constitución del sujeto como tal, contempla una idea de “yo con género” –autoimagen de la persona, según Lamas (1999), lo cual introduce un matiz en la idea puramente performativa de la autora de *El género en disputa*.

²³² Lo recto es lo heterosexual, monógamo y en general, todo lo relativo a la sexualidad socialmente aceptada, mientras que lo *queer* busca dar cuenta de las identidades y prácticas sexuales periféricas, que resisten y transgreden lo tradicional. Como teoría surge a finales de los años 1980 como parte de los nuevos estudios sobre la sexualidad y de los movimientos de derechos de los colectivos gay-lésbicos. El texto de Judith Butler *El género en disputa* (2007) se convirtió en un libro emblema para este movimiento, por su aporte sobre la inestabilidad del género. (Fonseca Diegodez & Quintero Soto, 2009)

²³³ Herculine Barbin llamada Alexina B., obra de Michel Foucault que trabaja sobre los diarios personales de este hermafrodita del siglo XVIII francés.

²³⁴ “Para comprender todo el alcance teórico del concepto de género hay que retroceder, no obstante, hasta los años 1950’s. John Money, especialista en el estudio de “defectos” genitales congénitos y sus colegas del Johns Hopkins Medical Center de Baltimore, EEUU, fueron quienes comenzaron a investigar los problemas

Es por ello que me parece interesante para abrir esta última reflexión del capítulo, retomar las palabras de una de las mujeres que entrevisté, la doctora Suza K, genetista, quien dedicó parte de su labor de investigación al estudio de la diferenciación sexual, en Escocia, donde su maestra:

“lo que hacía era agarrar dos embrioncitos de ratón, fusionarlos y ver qué obtenía. Entonces, los volvía a meter en una madre que sirviera de útero y el producto nacía y lo íbamos estudiando, los íbamos estudiando a lo largo del camino ¿no? Entonces podían nacer casi siempre ratoncitos masculinos “normal”, unos testículos muy pequeñitos y con una vida fértil corta, a veces eran verdaderos hermafroditas que tenían ovario y testículo cuando mezclaba XX y XY y a veces, el sexo no estaba bien determinado, eran femeninas pero no era claro. Y entonces de aquí surgieron una cantidad de preguntas muy interesantes, porque sí el individuo es XX y XY porque es fenotípicamente femenino ¿Cómo pensará ese ratoncito, qué clase de actitud tiene ante la orientación sexual?”.

Luego, ya en México, las prioridades de trabajo fueron otras, entonces se dedicó a la genética clínica, entre otras cosas porque para ella la medicina consta en gran parte en entender el origen de la patología:

“Cuando llegué a México la verdad es que tuve que dejar todo eso porque las necesidades eran diferentes, había que ver pacientes, entonces yo me dediqué a ver pacientes con anomalías de la diferenciación sexual del área genital, no del área psicológica, sino con problemas del área genital. En aquella época la teoría más importante cuando tenías un niño con ambigüedad genital y que había que definirle el sexo en el momento de nacimiento o al cabo de un tiempo era en función de qué tipo de cromosomas tenía: sí masculino o femenino, en función de qué tipo de gónadas (si ovarios o testículo) pero, por sobre todo, era en función de qué cirugía reconstructiva se podría hacer.”²³⁵

Si un individuo nace con ambigüedad sexual, en un mundo de categorías excluyentes y dicotómicas -masculino y femenino-, la ciencia interviene y, por medio de una cirugía, recompone, ordena, clasifica. Sin embargo, cierta ambigüedad persiste: es el género. Y el género también encuentra marcos que inhiben o potencian los elementos masculinos o femeninos.

Si hasta aquí hemos comenzado a percibir –insinuado, emergente- lo mudable de lo femenino y lo masculino desde el punto de vista de los actores –contra la rigidez de la que se mofa nuestro epígrafe-; y si esta cuestión que puede ser analizada desde la mirada que concibe al

de identidad y orientación sexuales, la transexualidad y el tratamiento de niños/as hermafroditas y desarrollaron una teoría del tratamiento psicomédico de los intersexos que da prioridad al condicionamiento sociocultural de la identidad de género por encima del sexo biológico” (Stolcke, 2004)

²³⁵ En la actualidad, la biomedicina, especialmente la biología molecular, siguen en la búsqueda de la determinación en última instancia de la diferencia sexual, a través de un “gen maestro”, ya que la teoría cromosómica no es del todo falible, por cuanto un 10% de la población mundial no se adaptan estrictamente al mujer XX, varón, XY.

género como performativo, es importante ver qué se considera “femenino” y qué “feminizarse” y qué se considera “masculino” y qué “masculinizarse”.

Lo femenino.

La doctora Vicky, también genetista, recupera la idea de la ambigüedad sexual, pero pone su acento en una idea ya clásica del orden de género, que es el de la complementariedad:

“pero si está demostrado que el “Y” tiene sus efectos y los “XX” tiene sus efectos a nivel cerebral diferente y yo creo que es parte de lo que las mujeres aportamos a la medicina. Hay, por eso le repito, no es tanto a nivel de conocimientos, porque yo creo que la capacidad puede ser la misma, pero sí es como decir hombres y mujeres biológicamente somos iguales y no lo somos ¿sí? Nos necesitamos ambos, el mundo no podría vivir sólo con un género ¿sí? Ni masculino ni femenino, eso está total y absolutamente demostrado biológicamente. Ni siquiera con su complemento genético, que sus 46 cromosomas vengan solamente de un solo individuo, no: tienen que venir 23 de un padre y 23 del otro progenitor ¿sí? Entonces, yo creo un poco así es en la vida, en la vida en general, no hay uno superior al otro, yo creo que lo que somos son complementarios... Porque todos tenemos de los dos sexos pero es un poco más de uno o del otro ¿no?”

Si “no es un poco más de uno que del otro” es interesante mostrar qué es ser de uno – femenino- o de otro –masculino-.

La doctora Paquita, una fina mujer cercana a los setenta años, de suaves modos, maquillada, voz queda y sonrisa amable, muy atenta a los detalles, me decía que en comparación de sus compañeras del Politécnico a finales de la década de los sesentas, con las que eran sus alumnas en la actualidad en la misma institución, “las chicas de antes eran más femeninas” y las de ahora, no: “antes, en su arreglo, eran muy femeninas y ahorita las veo, van vestidas de quién sabe qué”. Ser femenina es entonces cuidar el aspecto, ir vestida de mujer, que, atenta a la apariencia de la doctora, podría ser ir de tacones, maquillada, perfumada, de manera sobria y elegante. Remarco lo del aspecto porque la misma doctora me había dicho que ella y sus compañeras de generación habían sido “chicas tremendas”, algo vinculado a la actitud que no necesariamente se asocia con lo femenino.

En el mismo sentido de lo femenino vinculado al arreglo personal, Rocío, la hija de la doctora Beatriz, después de calificar la energía de su madre como “masculina”, agregó:

“mi mamá en su arreglo era mucho... ella decía que si se salía sin aretes sentía que salía desnuda ¿no? y siempre tenía que combinar la mascadita con no sé qué y no sé qué tanto. Claro, que luego a mí me daba risa porque encima se ponían la bata... pero eso yo no creo que quite la feminidad. Claro, que las uñas siempre cortas, porque pues tampoco se podían dejar la uña larga ni nada, pero, mi mamá guisaba delicioso, mi mamá era una cocinera nata, guisaba muy muy rico, y era muy detallista para muchas cosas. Tú has de cuenta, comentabas en algún momento la primera vez que la conocías, que te gustaban las dalias ¿no? y la

siguiente vez que ibas a la casa, te ofrecía un café, te ofrecía un café que tenía dalias, o sea sí, cosas así que decías “no puede ser””

El arreglo personal, la atención a los detalles y lo buena que era guisando, como una forma de remarcar por un lado, las labores domésticas como parte de lo femenino, y por otro, como forma de contrarrestar las uñas cortas y la bata como elementos de la profesión que tapan, cubren o neutralizan la feminidad.

El doctor Oscar, en su pequeño cubículo de los consultorios externos del Instituto de Perinatología, me explicaba que sus colegas mujeres, todas ginecólogas, eran “aguerridas y no lloriconas” – como si esto último fuera lo usual en las mujeres- y luego, volviendo sobre sus palabras, me aclara que eso no significa que sean “machonas”. Entonces, para que no me quedara ninguna duda, me dice “te voy a mostrar” y a continuación –para mi sorpresa- llamó a una de las residentes y la convocó a la puerta del cubículo. El doctor Oscar y yo estábamos sentados a ambos lados del escritorio cuando la residente entró. –¿Me llamaba?- Sí- respondió él. Le hizo un gesto con la mano como indicándola que se quedara quieta, se puso de pie, caminó hasta donde estaba ella y sin mirarla, mirándome a mí y retomando con esto la conversación que estábamos teniendo, me mostró el collar que la doctora llevaba –un collar muy llamativo, largo y de perlas de colores-, los tacones y el maquillaje – no abundante pero tampoco discreto-. La doctora, al ver que la habían llamado para nada o para algo que no comprendía puso cara de fastidio y yo me sentí muy incómoda. Sin embargo, el doctor pareció no percibir ninguno de estos dos humores, y luego de decirme –¿lo ves?- le indicó a la residente que se retirara; ella se fue resoplando.

Estas visiones están ancladas en los estereotipos de sentido común sobre qué es lo femenino. Otra visión, más reflexiva, es la que encontramos en la doctora Lola, quien evalúa un aspecto positivo de lo femenino –que ella, tras sus lecturas de la psicoanalista Jean Shinoda y su paso por el activismo no duda en asimilar con feminista-y otro negativo. Sobre esa dimensión negativa dice:

“incluso te puedo decir que un alto porcentaje de ginecólogos que entraron a la práctica ginecológica queriéndolo hacer de muy buena fe y que en el trayecto se van encontrando con la dimensión femenina— esa dimensión femenina, de la parte fea, de la manipulación, de manejo de muchos trucos, de mucha manera de enfermar para llamar la atención, para estar posicionada en un lugar—esa falta de poder, esa falta de decisión y esa falta de libertad de decir lo que realmente, que no puede decir la mujer lo que tiene,

lo que le falta, lo que necesita. Eso, en su trayecto de su práctica médica, acaba aborreciendo a las mujeres”²³⁶.

En esta misma línea de intentar captar cierto repudio a lo femenino de parte de la medicina como saber y como práctica, la doctora Suza, quien hizo la maestría en estudios de la mujer de la UAM-Xochimilco, dice:

“siempre hay una tendencia muy fuerte a medicalizar los cuerpos de las mujeres. Y más que medicalizarlos, a patologizarlos, pero así... Entonces, por ponerte un ejemplo, bueno, no sólo a patologizarlos, sino a... tenerles como cierto repudio, como cierto asco. Te voy a decir por qué lo creo. Cualquier especialista que ve a una mujer pide interconsulta al ginecólogo para hacer un tacto. Digo, eso lo aprendes en los primeros años de la carrera, o sea, todos deberían poder hacer un tacto[...]Pues el resto de las especialidades, y los médicos generales parecen no tener una idea del área de las mujeres ¿me explico? en la residencia por ejemplo todo el mundo te pedía interconsulta, y tú les decías (entre residentes) “para qué quiere interconsulta” “es que... tiene un flujo ahí muy feo, entonces para que le hagan un tacto” Te lo digo con ese tono despreciativo porque ¡Así lo hacían! ¿No? a la fecha. Y entre ginecólogos, entonces, hay sesgo de género en el resto de las especialidades y en la medicina en general: por supuesto que sí. En la atención a usuarias y en la propia formación médica, hay un sesgo de género impresiónate, claro. Como mujer, te toca...”

Retomando la idea fuerte del “asco” hacia los cuerpos de las mujeres, me parece interesante un comentario de la doctora Ana Carolina, cuando me narraba el modo en que interpelaba la idea de “higiene femenina”:

“Yo me peleo con los representantes médicos ¿no? Me peleo porque llega el representante médico y me dice “ay, le quiero presentar este nuevo producto que es para la higiene femenina” entonces le digo ¿no? “a ver, presénteme también un producto para higiene masculina” ¿no? Y entonces dice “no, no, no éste es especialmente para las mujercitas” “el día que usted me traiga un producto para la higiene masculina, ese día me presenta éste, no me lo vuelva a presentar” porque entonces le digo “mire, qué no sé qué, y le digo, además no sirve, cambia el PH, qué no sé qué” Les hago toda la argumentación médica pero también la argumentación social ¡porque sólo las colas de las mujeres apestan!?”

Estos elementos negativos de lo femenino, son descritos por estas doctoras como parte de una reflexión más amplia que busca comprender el sexismo y la misoginia con los que deben lidiar en su práctica cotidiana en la medicina. La misma Doctora Suza, llevando al extremo lo que planteábamos más arriba sobre la forma en que masculino y femenino comienzan a vincularse muchos más lábilmente con las experiencias de varones y mujeres, decía:

“tú sabes que, tú sabes muy bien que lo personal es político, el cuerpo de mujer no garantiza pensamiento de mujer. Y yo diría que ni el pensamiento de mujer garantiza una realidad diferente, no, no, no. “

²³⁶ Una idea muy solidaria de la de resistencia cotidiana, donde los subordinados, desde su propio sufrimiento, desarrollan un discurso oculto que representa una crítica del poder, a espaldas del dominador (Scott, 2003)

Si por momentos la idea de lo “femenino” se confunde con la idea de “feminista”, también es cierto que mientras lo femenino tiene su lado negativo -lado que puede relacionarse con la famosa idea de la teórica francesa Lucy Irigaray (Butler, 2007) de que la mujer no existe porque como tal es un invento de los hombres- el feminismo, contrario a lo que sucedía en otros relatos, es aquí siempre valorado positivamente. Y para pensar y ser feministas, no es necesario ser una mujer. Y para ser machista, no hay que ser necesariamente hombre, como lo destaca el relato de la doctora Ana Carolina:

“Eso lo tenemos y es impresionante, porque de verdad uno escucha en los hospitales como la mujer le dice “abre las piernas, ¿qué? no lo gozó cuando lo tenía ahí enfrente?” Entonces dices “¡una mujer! Que un hombre a veces sea tan estúpido de decírselo ¡pero una mujer!” y luego las otras mujeres cuando va una mujer a hacerse un Papanicolaou, por ejemplo en la pregunta “¿Cuántas parejas sexuales has tenido?” Es una pregunta que hacemos nosotros, y que de alguna manera ese poder que nos da el hecho de ¡poder hacer esa pregunta! Y dices tú “pues es mucho respeto hacia la persona” y pues, si una chava tiene temor a decirlo, la mujer dice “qué, pues qué te dedicas o qué, que no sabes cuántas veces y cuántos hombres te has acostado” ¿no? entonces, eso uno lo escucha en las pláticas de las médicas cuando hacen una exposición, que hacen chistes misóginos, dices tú “¿pero si eres una mujer cómo se te ocurre?”

Lo femenino entonces por un lado, vinculado a la apariencia, al aspecto, a veces como metáfora o emergencia de la delicadeza, otras veces como un disfraz necesario. Y por otro lado, el aspecto negativo de lo femenino, opuesto a una mirada que busca de construirlo desde el feminismo. Por último, mostraré otra idea de lo femenino que si bien se basa en una de las ideas de sentido común –de la competencia entre las mujeres- la relativiza dándole contexto generacional y una autocrítica -que sirve para mostrar cómo las exigencias y los roles se basan en gran medida en “demostrar” que “se es mujer”, que se puede, obligándonos a volver sobre las ideas que ya vimos de reto, desafío, fuerza, etcétera-. En palabras de la doctora Ivana:

“Yo siempre he dicho que me gusta trabajar más con los hombres, porque creo que las mujeres nos exigimos tanto que terminamos como haciendo como perfeccionistas, y exigiéndoles demasiado a nuestras compañeras. No sé si hay como más competencia entre mujeres, o más necesidad de demostrar cosas. Hay una edad, a los 40 años más o menos en que las mujeres somos terribles. Como que ya no estamos chiquitas, jovencitas, como que sentimos que ya sabemos mucho pero todavía no tenemos la madurez que te da el tiempesito que falta por venir, y entonces, actúas como si te quisieras comer el mundo así, a puñetazos, y entonces empiezas a tratar de una manera muy especial a hombres y mujeres ¿no? como con una especie de menosprecio ¿sí? Ahora, que tengo más de 40 años, me ha tocado trabajar con mujeres de 40 años... es muy difícil. Cuando yo tenía esa edad quién sabe cómo fui, igual y por el estilo ¿no? Pero yo creo que sí. Esas mujeres de mi generación, que fue como el parte aguas, tenemos un perfil muy especial ¿no? De mucha exigencia. Y los hombres, pues yo lo siento más tranquilos, como que hacen lo que...como para lo que estaban diseñados”

Uno de esos varones, el doctor Eduardo, también hace referencia a las diferencias generacionales en la apreciación de las relaciones de género:

“Para los chicos que están entrando al parejo no está siendo tanta esta sensación de invasión y competencia ¿sí? Al contrario, es como el sentirse en un ambiente más abierto y con mayor posibilidad de expresión, esto sí me da mucho la sensación. Como que los chicos son menos cuadrados que los viejos. Sin embargo, los que se sienten amenazados somos los viejos (**MP**: ¿tú te consideras de los viejos?) (*Risas*) pues ya tengo 50. Entonces, lo que he visto, lo que te puedo decir es que la gente de mi generación sí se sienten amenazadas ¿sí? Entonces, desde “son mujeres, no van a poder con el paquete porque tienen sus crisis en cada ciclo. Las hormonas no las dejan decidir, se dejan invadir por el sentimiento, no son capaces de tomar decisiones” o sea, todos estos prejuicios *nindertales* (*neandertales*) que ya tenían antes, los refuerzan”

Una idea compartida por otro varón, el doctor Santino, para quien las diferencias en la práctica médica, sobre todo en lo relativo a las posturas en temas que en su especialidad, y en la medicina en general, provocan debate, más que de género, hoy, son generacionales:

“mi percepción, digo también es nada más una percepción, es que las diferencias más, más que de género son generacionales, como que... sucede bueno en todas las instituciones: los médicos de más experiencia, con más años de trabajo optan por una postura más tradicional en este tipo de temas -Aborto, parto humanizado- y esto sí es más, sí es más generalizable probablemente que las diferencias de género. Es más la edad sí, sí”.

Si bien hice mención a la idea de lo femenino y el arreglo de la imagen, me parece interesante subrayar que, salvo un caso, todas las médicas que entrevisté, en sus diferentes estilos corporales – con esto me refiero a la contextura física más el carácter, la pose, el *embodiment* de una personalidad- eran sin duda, femeninas. ¿Qué quiero decir con esto? Las había más elegantes, sobrias o barrocas, más informales, más cándidas o decididas, más cuidadosas en sus modales o voz, y más atrevidas. Modernas, tradicionales, atractivas o del montón, con el peinado y el maquillaje impecable, o no tanto. Si en una idea tradicional una “mujer femenina” hace alusión a una idea casi victoriana del pudor y los modos recatados –como las “señoritas porfirianas” (Ramos Escandón, 1987)- también es cierto que, y esto es lo que quiero subrayar, ser femenina puede ser y es muchas cosas. Hay modos femeninos de andar a caballo, fumar y jugar al fútbol, actividades antes reservadas a los varones. Las mujeres, en el último siglo, han avanzado hasta lugares antes insospechados y eso deja huella en las diversas feminidades que encarnan en las diversas experiencias, que son, cada una, actualizaciones específicas de una idea que, en su multiplicidad, nos habla de los cambios. Sólo una doctora, que tenía un estilo corporal andrógino, porque no era ni masculino ni femenino sino quizá, otra cosa, el resto eran mujeres que encontraron su propia dosis de armonía entre su lado masculino y femenino.

Lo masculino.

Si lo femenino se configura por oposición a lo masculino, con todo lo dicho hasta aquí se pueden interpretar ciertas ideas de lo qué es lo masculino. Haciendo hincapié sobre lo

performativo del género, me interesa resaltar lo que para muchas de mis entrevistadas es, más que lo masculino, el “masculinizarse”.

A una de las primeras a quienes oí hacer referencia a este “masculinizarse”, fue a la doctora Olga y por eso le pedí que me lo explicara:

“Por ejemplo: si eres bonita dejas de arreglarte ¿no? para no sentir el acoso y además tomas las actitudes que toman los varones, desde el regaño, la seriedad ¿no? Hay otro grupo que lo hace al revés ¿no? se sigue conservando su parte de ser femenina y su parte de su propia personalidad, digámoslo así, no es tanto de que todas las mujeres sean iguales, sino su cuestión de identidad, no la acaban perdiendo pero es muy complicado”

Según ese mismo relato, las mujeres que no se masculinizan y que logran ser buenas profesionales, sin ser el tipo femenino tradicional y sin caer en ningún estereotipo, son “mujeres excepcionales” o “mujerones”:

“son personalidades muy atractivas porque logran estar tranquilas, no sentirse tan presionados, no tragarse toda la presión, encuentran... no están en competencia siempre, tienen una...un algo de seguridad porque al final la carrera lo que te hace es dependiente de lo que te vaya a decir tu superior, casi casi..”

En las palabras de la doctora Olga “masculinizarse” es algo negativo, donde lo que se adquiere de los varones es la seriedad y el regaño, mientras que lo positivo es ser un “mujerón”, que en la descripción que hace, nos remite a ideas que ya trabajamos –como la del balance-. Así se refería a una doctora que creía excepcional, endocrinóloga ya jubilada del Hospital Infantil de México:

“es un mujerón, es un mujerón en el sentido de que es muy inteligente, muy buena maestra, muy buena médica; organizó la primera clínica de obesidad infantil ¿no? la clínica de diabetes, está casada, siempre está muy contenta, disfrutaba mucho la vida, disfrutaba mucho de su arreglo personal, se reía, era irónica sin maltratar a la gente ¿no? Entonces dices bueno, sí se puede”

Así, si una mujer puede volverse un “mujerón” sin masculinizarse, también está la idea de que hay mujeres que no son mujeres, aunque tengan cuerpo de mujer: son “hombres disfrazados” o mujeres masculinizadas, donde lo masculino no sólo remite a la fuerza, sino también a la misoginia y el poder del opresor. Así lo refería la doctora Lola cuando opinaba sobre la feminización de la medicina:

“el hecho de que sean más mujeres no garantiza, y eso lo hemos visto un mil de veces ¿no? Acabo de ver ayer la película “La Dama de Hierro”²³⁷ y me queda clarísimo que era un hombre, un hombre vestido de faldita, de bolsita”.

²³⁷ (The Iron Lady, 2011) Película sobre la vida de la ex primera ministra británica Margaret Thatcher, protagonizada por Meryl Street y dirigida por Phyllida Lloyd.

Siguiendo una idea similar, se expresaba el doctor Carlos para quien, en su especialidad –la ginecología- “ocurre un fenómeno muy extraño”:

“las mujeres que se dedican, la inmensa mayoría de las mujeres que se dedican a la especialidad, a esta especialidad, no todas, pero la inmensa mayoría se masculiniza en su comportamiento. Es muy, es muy impresionante, es muy impactante ver esa práctica, una cosa al respecto de eso, porque es muy impresionante ver como una mujer maltrata a otra mujer estando en la consulta médica, en la exploración y en todas estas prácticas que implica el ejercicio de la ginecoobstetricia. Cuando, por razones normales, naturales y que a mí se me harían perfectamente lógicas, una solidaridad de género implicaría la defensa de esas, de esa mujer y no la agresión sobre ella. Bueno pues, he encontrado colegas mujeres que regañan a las mujeres, que las maltratan en trabajo de parto, que les hacen exploraciones casi (no diría yo intencionalmente) pero muy poco cuidadosas de tal forma que les condiciona dolor, en fin. Una serie de actitudes que son profundamente misóginas y que están fundadas estructuralmente en el ejercicio de la especialidad y en la invención de la especialidad, en términos que es una especialidad básicamente manejada e inventada por los varones.”

Claramente aquí la idea de “masculinizar” el comportamiento implica volverse misógino/a y maltratar a las mujeres. Como veremos en el próximo capítulo, lo que plantea este doctor es la misoginia intrínseca en el dispositivo práctico y conceptual de la ginecoobstetricia.

Pero hay también una idea positiva del “masculinizarse”, una idea que no sugiere que esto signifique volverse misógino, sino por el contrario, una idea más en la línea del planteo de Virginia Woolf. Es lo que planteaba la doctora Suza, entablando un diálogo imaginario con ciertas ideas escuchadas una y otra vez en su vida profesional:

“Eres una mala inversión educativa ¿por qué van enseñarte a ti, si vas a terminar dedicándote a tus hijitos, y teniendo una vida light? ¿No? si eres doctora, pero de cervicovaginitis X ¿no? o sea, simples. Entonces, hay dos opciones (creo yo son las más frecuentes) Una, o te esfuerzas más y demuestras... y te masculinizas y demuestras que eres una buena inversión a futuro y que eres tan capaz como ellos o recurres a la cara de damisela en problemas ¿no? de “¡ay! Sí, doctor” y el pestañeo y estas cosas, dejar entrever la posibilidad de un ligue, de qué se yo. Creo que son las dos opciones”.

Otra vez la idea del desafío y la exigencia, por cuanto “masculinizarse” aquí refiere a estar a la altura de esos desafíos y puede interpretarse también casi como una estrategia de sobrevivencia, donde la otra opción al alcance sería la del estereotipo femenino de “la damisela en problemas”. La valoración de lo masculino pasa por la valentía, el enfrentarse a situaciones adversas y vencerlas, donde ser “hombre” es tener el valor –aunque seas una mujer- y ser “nena”, es no atreverse, ser temeroso/a, tal como lo expresan las palabras de la doctora Kía que por un lado, contienen todas las connotaciones despectivas del género impregnadas y naturalizadas en el lenguaje; y al mismo tiempo, por la frescura y el tono en que fueron dichas, pone en palabras la idea de cómo, el género de cada uno, se performa, se separa de la anatomía y refiere al cuerpo, que es simbólico y cultural, donde el género es un decir y un hacer:

“Muchas veces me dijeron que por qué escogí ortopedia, por qué no escogí oftalmología o dermatología, y mi respuesta fue “porque no soy nena” y entonces, finalmente eso como que empecé a entender que a los hombres no... o sea el trabajar y competir contra ellos les generaba mucho estrés, que más bien, pobrecitos de ellos, porque están estresados porque ellos no pueden hacer tantas cosas como tú, porque a la primera que les metían un castigo como a mí: ¡bueno! estaban como trapo y yo, a mí, no me pasaba nada”

Por último y entre las dos posturas –la de “masculinizarse” como negativo y la de “masculinizarse” como positivo-, quisiera concluir este apartado con las palabras de la hija y sobrina de las doctoras Anzures, ya que lo que ella expresa retoma la idea de la configuración subjetiva donde masculino y femenino conviven y donde quizá, la identidad de género en su inestabilidad lo que busque sea, de acuerdo al contexto específico –el área del trabajo, la situación de un país, etcétera- encontrar un justo medio entre masculino y femenino:

“Evidentemente que tiene que haber una energía masculina en el sentido de hacer, de decisión, de perseverancia, de muchas cosas que se le... cómo se le dice... se le atribuyen más al hombre ¿no? que es más de acción y menos sentimental y emocional, entonces en ese sentido sí. Una energía física que dices “que horror” ¿no? ahora sí que se echa a cualquier hombre, en ese sentido sí, pero en cuanto a su lado femenino, compasivo, y todo ¡no, hombre! ¡qué te puedo decir! Era el equilibrio perfecto.”

Vemos con todo esto cómo, sobre los dos estereotipos -masculino-femenino-, hay resignificaciones, o más bien, emergencias de lo masculino y lo femenino que no son ni tan dicotómicas ni tan excluyentes; más que ancladas en la biología, sujetas al hacer y en el hacer, el recrear :“el género siempre es un hacer” afirma Judith Butler: “si el género es algo en que uno se convierte –pero que uno nunca puede ser-, entonces el género en sí es una especie de transformación o actividad, y ese género no debe entenderse como un sustantivo, una cosa sustancial o una marca cultural estática, sino más bien como algún tipo de acción constante y repetida” (Butler, 2007, p.226). Creo importante matizar esta idea: no estamos planteando una identidad sustantiva –ni natural, o biológica o genital- pero sí que estas emergencias de lo masculino y lo femenino se dan al nivel del género como construcción simbólica, lo que no implica negar la existencia, a nivel del sujeto psíquico, de una identidad del “yo con género”, o mejor de una estructuración psíquica de la identidad sexual (Lamas, 1999). Así, lo performativo se da en sujetos que se conciben como mujeres y se permiten “masculinizarse” y/o sujetos que se conciben como varones y se permiten “feminizarse”.

¿Puede ser esta una de las consecuencias de la entrada de mujeres en una profesión tradicionalmente masculina? Aquí sólo caben las conjeturas: se trata de los cambios en las

configuraciones de género sociales que influyen en la profesión²³⁸; o, se trata de cambios más específicos de ciertas lógicas o procesos de la profesión –donde la feminización podría ser uno de ellos- que horadan los modelos dicotómicos más tradicionales, aunque se sigan buscando las explicaciones de la diferencia, sino en lo anatómico, sí en términos de biología molecular y de genética. Lo cierto es que emergen otras formas de lo femenino y lo masculino, más mestizas y menos rígidas, que quizá, en el ámbito puntual de la medicina, nos hablen de nuevas feminidades y masculinidades en la configuración de género profesional.

Quisiera ahora retomar las palabras de la doctora Susi K con las que abrimos este apartado, dichas en un simposio de homenaje a las médicas científicas por el día de la mujer (8 de marzo de 2012). Después de contar las investigaciones con los ratones y haciendo un balance del estado de la cuestión en su área de estudios –la genética de la diferenciación sexual-, en tono evocativo, la doctora dijo: “La genética sigue avanzando. En un futuro, nos permitirá saber si sólo hay dos sexos o no, cuáles son las similitudes y diferencias... que creo, es lo que se discute, en otros términos, en este simposio”. “En otros términos” también habrá que seguir discutiendo sobre las diferencias y similitudes. “Finalmente, logramos aprender cuáles son las diferencias biológicas fundamentales entre los sexos, pero todavía hay mucho por saber...”. En eso estamos.

5.4- Reflexiones finales del capítulo.

A lo largo de este capítulo analizamos las narrativas de las mujeres entrevistadas acerca del lugar de la profesión médica en su vida, donde destacaron ciertas ideas, como las de “reto” y “desafío”; vimos también sus nociones sobre el logro profesional y analizamos con profundidad un caso de “éxito” que no sólo muestra los modos concretos en que los techos de cristal pueden romperse, sino también las formas en que el “éxito” se resignifica. También, enmarcamos estas ideas y narrativas en una cierta mirada que ellas tienen sobre la medicina actual, en torno de lo que llamamos el diagnóstico de la “des-humanización”.

De las narrativas pasamos a las identidades y con ello busqué mostrar desde espacios concretos, los diversos modos en que se construye la identidad de las mujeres en la medicina:

²³⁸ “La identidad genérica, por poner un ejemplo simple, se manifiesta en el rechazo de un niño a que le pongan un vestido o en la manera con que las criaturas se ubican en las sillitas rosas o azules de un jardín de infantes. Esta identidad es históricamente construida de acuerdo con lo que la cultura considera “femenino” o “masculino”; evidentemente estos criterios se han ido transformando. Hace 30 años pocos hombres se hubieran atrevido a usar un suéter rosa por las connotaciones femeninas de ese color; hoy eso ha cambiado, al menos en ciertos sectores” (Lamas, 1999, p. 19)

estas identidades se comprenden en su diversidad como matices dentro de un continuo cuyos dos polos serían las identidades de “mujer” de lo que llamamos el mujerismo, y del feminismo. Por último, me concentré en describir las ideas sobre qué es lo femenino y qué lo masculino desde el punto de vista de los actores.

Ahora bien, si en el capítulo anterior propuse que una buena forma de comprender las configuraciones de género de la profesión médica era el análisis de las trayectorias, experiencias y sociabilidad de las mujeres en la medicina, en este capítulo la tarea fue la misma, pero a través del análisis de las narrativas, las identidades y los modos de concebir la feminidad y la masculinidad. Y lo que creo haber mostrado es que estos aspectos de las configuraciones de género están hablando de formas de la feminidad que se están desesencializando. Que esto ocurra en el seno de una profesión, un saber, una práctica, como la medicina, cuyo dispositivo de saber e intervención sobre los cuerpos se ha ocupado en gran medida de biologizar comportamientos y naturalizar la diferencia sexual, la desesencialización no es un dato menor. ¿Qué implica que la feminidad se desesencialice? Implica que otras feminidades emerjan, feminidades que contiene un aspecto de lo masculino –de una masculinidad también diferente a la tradicional y hegemónica-, que son más libres, y por lo tanto, más igualitarias. Al nivel de los discursos de la medicina como dispositivo de poder y saber, la desesencialización de lo femenino puede implicar una grieta en ese dispositivo.

Si una de las preocupaciones centrales de la investigación es dar cuenta de los cambios que la entrada masiva de mujeres produce en la profesión médica ¿sirve lo que acabamos de afirmar para postular que entonces la entrada de las mujeres produce estos cambios, estas grietas? En otras palabras: ¿la entrada de mujeres en la medicina, transforma las configuraciones de género hacia formas donde lo femenino se significa de forma más abierta y menos natural-biológica-fija-unívoca?

Para saberlo creo conveniente volver sobre la idea de configuración que tomamos prestada de Norbert Elías (Elías, 1996; Jurado, 2004). Según su planteamiento, el estudio de los cambios en las configuraciones sólo se ve a largo plazo y a través de cuestiones a veces marginales o casi anecdóticas, como por ejemplo, en los cambios en los modales, en los hábitos de comida e higiene. Cuando, a través de una minuciosa reconstrucción de las modificaciones en tales hábitos y modales, el autor nos muestra cómo emergen ideas como la vergüenza y el control de sí, que son indicativas de transformaciones en nociones centrales de la sociedad -como la de individuo/persona-; vemos en ello, un proceso de transformación de configuraciones de largo

plazo en la cultura y sociedad occidental que al autor llama proceso de civilización. El proceso civilizatorio que da lugar a una nueva sociedad, la sociedad cortesana, no se da de un día para otro y los elementos que permiten dar cuenta de esas sutiles transformaciones, son aspectos de la vida cotidiana – formas de dormir, de comer, de vestirse.

Volviendo sobre mi tema, los cambios, incipientes, sutiles, en las configuraciones de género en la medicina pueden ser identificados a través de ciertas expresiones en las narrativas, valoraciones sobre los logros, interpretaciones de las ventajas y desventajas, identidades que las mujeres construyen sobre su experiencia y lugar en el seno de una profesión y una disciplina que ha sido calificada como un dispositivo normativo del modelo patriarcal (Butler, 2007; Foucault, 2004, 2005).

Pero si todo esto es al nivel del discurso, considero importante que lo microscópico de estos supuestos cambios en las configuraciones sean puestos a dialogar con las prácticas efectivas de médicos y médicas en su quehacer cotidiano, prácticas que son las que afectan la vida y la salud de las personas. Para ello, en el próximo capítulo me voy a concentrar en una especialidad médica, la gineco-obstetricia, que es la especialidad que más ha hecho por controlar el cuerpo de las mujeres y por lo tanto, que nos abre una puerta para analizar si ellas, en prácticas puntuales de esta especialidad, modifican o no las prácticas. Es decir, si estos supuestos e hipotéticos cambios que se dan en las configuraciones de género, esta desencialización de lo femenino, se manifiesta también en las prácticas de la gineco-obstetricia, lo que implicaría reflexionar sobre los alcances y limitaciones de este proceso de cambio, algunos de cuyos significados buscamos desentrañar en este capítulo.

6. Desde las prácticas: El caso del “Parto humanizado” y la Gineco-obstetricia.

“Y créeme, cuando terminé la especialidad estaba yo tan cansada, tan exhausta, y tan decepcionada de la medicina que decía “¿de qué me va a servir estudiar el dato microscópico del ovario, si esto no les modifica la vida a estas mujeres?” Doctora Suza, Ginecóloga.

“No se trata de estar al lado, sino del lado de las mujeres” Dr. Villanueva En: “¿Es la muerte materna una nueva forma de inequidad?” Simposio sobre Equidad, Congreso del COMEGO, junio de 2012, México DF.

A lo largo de la tesis he intentado mostrar, desde el punto de vista de las mujeres médicas -con sus experiencias, trayectorias, sociabilidad, identidades, narrativas- los modos en que su presencia, de manera microscópica, contribuye con ciertos cambios al nivel de las configuraciones de género de la profesión. Ahora, tomando como caso las especialidades médicas que se orientan a la atención de la salud de la mujer –en las que la gineco-obstetricia tiene un lugar destacado- me interesa indagar en el nivel de las prácticas. Es decir, en la atención de la salud de las mujeres ¿las mujeres médicas modifican, interpelan, mejoran esas prácticas o no?

Tal como definimos en la introducción, la medicina es un saber y un poder, una profesión, pero también un dispositivo que contiene diversas tecnologías, una aglomeración de disciplinas y especialidades, de instituciones, organizaciones y ámbitos de trabajo e identidades. Lo primero que salta a la vista, entonces, es su heterogeneidad. Por eso, plantear que la masiva presencia de mujeres en la profesión produce cambios en la misma, no es sencillo y merece precisiones. Hasta ahora la mirada estuvo puesta en la profesión en general y en las configuraciones de género. En este capítulo la intención es continuar el análisis en la medicina como profesión y práctica, pero en un marco más acotado, esto es, en las especialidades médicas que se dedican a la salud de las mujeres: especialmente, la gineco-obstetricia.

En este capítulo, entonces, buscaré dar cuenta si la feminización de la medicina ha producido cambios en prácticas concretas de las especialidades dedicadas a la atención de la salud de las mujeres. En especial, me centraré en cierto grupo de prácticas que están siendo muy debatidas y giran en torno de modificar la medicalización del parto -lo que se ha dado en llamar parto “Humanizado” “fisiológico” “libre” “natural”, etcétera-. Por *medicalización* se entiende el proceso mediante el cual se extiende “la jurisdicción de la clase médica” sobre temas y problemas que antes no eran de su dominio (Conrad, 1982). La medicalización es un proceso de la sociedad

contemporánea y muchos no dudan en plantear que se trata de una medicalización de la vida, donde el parto, el nacimiento, la muerte, pero también, la alimentación, las conductas, la sexualidad, van entrando en la “jurisdicción de la clase médica” (Lock & Nguyen, 2010).

La medicalización del parto entonces hace referencia al proceso por el cual, éste, de ser un acto vital que quedaba restringido a los ámbitos de mujeres -abuelas, comadronas, parteras, familiares (Schallman, 2007)²³⁹-, a sus saberes y prácticas, poco a poco fue siendo expropiado por la medicina científica²⁴⁰. Un parto medicalizado contiene muchas prácticas y técnicas médicas, por lo que la demanda por des-medicalizarlo, además de abogar por la disminución y/o la suspensión de algunas de éstas, hacen referencia a cambiar el eje: del rol protagónico de la autoridad médica, al rol protagónico de la mujer que pare. Hay muchas alternativas al parto medicalizado que -no importa cómo sean llamados- se sintetizan en las recomendaciones que hiciera en 1985 la Organización Mundial de la Salud y que muchos de los actores, denominan “parto humanizado” -a pesar de las críticas y suspicacia que este adjetivo (“humanizado”) produce²⁴¹.

¿Por qué el parto? Porque tiene que ver con las demandas de los colectivos de mujeres y feministas, que han puesto en los últimos veinte años en México la salud reproductiva como uno de los ejes centrales de sus agendas²⁴²; porque analizar las prácticas en torno del parto, nos pone sobre el eje de cómo las médicas se enfrentan al dilema ser mujeres-ser médicas; porque está siendo discutida tanto por los miembros de la profesión como por la sociedad y entrañan una crítica a la autoridad del dispositivo médico y a la medicina, que en su Modelo Médico Hegemónico (MMH) se ha caracterizado por controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres

²³⁹ “En el comienzo de la humanidad, las hembras humanas, al igual que el resto de los mamíferos, parían solas porque prácticamente no tenían contacto con otras, no había socialización. Cuando empezaron a haber rasgos de comunicación, algunas que ya habían atravesado la experiencia de parir, empezaron a acompañar a las demás [...] Estas “acompañantes”, que contaban sólo con el saber de su propia experiencia, de la observación, y con su “coraje” (característica que después algunos historiadores adjudicarían a las comadronas), no recibieron el nombre de parteras hasta muchos siglos después. Pero lo eran.” (Schallman, 2007, p. 113)

²⁴⁰Es importante decir que el avance de la medicina científica sobre el parto tuvo al principio consecuencias positivas, sobre todo en lo respectivo a la baja de la muerte materna.

²⁴¹ Por eso, a pesar de los reparos, siguiendo los usos de los actores, lo denominaremos con comillas como “parto humanizado”, hasta que presentemos un modelo especial de “parto humanizado”, que es el “Modelo Intercultural de atención del parto” de la Secretaría de Salud.

²⁴² Para esto, se considera el modo en que la conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 fue central para cambiar el paradigma en el tránsito de una política de población centrada en la planificación familiar, a una centrada en los derechos sexuales, reproductivos, sexualidad y género, lo que implica un cambio de paradigma que impactó tanto en las agenda de investigación como en las de políticas públicas (Orozco Ramírez, 2010).

(Menéndez, 2005); y por último, porque más allá de discutirse los pros y contras de determinadas técnicas, lo que se discute con esto es el tema de la violencia de género, encarnada en violencia obstétrica, por lo que discutir en estos términos sobre el parto, es discutir sobre el poder y los modos y resistencias a la dominación de género.

Ahora bien, primero es necesario aclarar qué entenderemos por prácticas: específicamente, sobre las prácticas técnicas que, guiadas por las representaciones, son las que hacen al trabajo médico, que se caracteriza por la acción –esto es, atender y curar- (Menéndez & Di Pardo, 1996). El médico interviene por y a través de estas prácticas técnicas, que son las adquiridas a través del aprendizaje formal e informal en instituciones médicas, y de las cuales se apropia, pero dentro de un marco institucional dado. Al respecto “las prácticas no reproducen a las representaciones ni mecánica ni idénticamente; mientras que la representación médica se refiere a la enfermedad, la práctica se refiere principalmente al enfermo” (Menéndez y Di Pardo, 1996, p. 54). Es decir, el concepto de representación y práctica médica alude a las formas en que se piensa e interviene, de una manera objetiva y basada en saberes científico técnicos, sobre ciertos problemas de salud.

Las prácticas sobre las que trabajaremos en este capítulo refieren al cuerpo de las mujeres, específicamente en lo referido a su salud reproductiva; en particular, las que hacen referencia al proceso de medicalización del parto y el nacimiento y pueden ser fragmentadas en múltiples abordajes e intervenciones técnicas, que implican diversas habilidades, conocimientos y métodos. Para el caso del parto, estas prácticas pueden incluir desde las habilidades para realizar un parto pélvico, diferentes maniobras de inducción y extracción, tactos, administración de oxitocina, realización de episiotomía, utilización de fórceps y la cirugía de cesárea, entre las principales.

Ahora bien, plantear que el foco estará puesto en las prácticas, no significa que las mismas hayan sido observadas. El análisis del tema se realizará a partir de las entrevistas realizadas a médicos y médicas que atienden la salud de la mujer; y observaciones en un congreso científico de Ginecología y Obstetricia²⁴³. Es decir, el material de análisis, por diversas razones²⁴⁴, se refiere a los discursos y narrativas en torno de esas prácticas.

²⁴³ XVIII Congreso Regional del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, realizado en la ciudad de México, del 26 al 29 de junio de 2012.

6.1-La medicina y la atención de la salud de las mujeres.

La salud de las mujeres, sobre todo en relación a la atención de los procesos de embarazo-parto y puerperio, no fueron desde siempre “competencia” exclusiva de la medicina científica. Es más, durante siglos, la atención de estos procesos fue un dominio de las mujeres: “La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral” (Eirenreich y English, 1981, p. 4) afirman las autoras, para luego postular la idea de que la medicina científica expropió a las mujeres de sus conocimientos ancestrales en materia de cuidados.

Esas cuidadoras ancestrales, matronas y parteras, son para muchas autoras feministas, el linaje de identidad de las mujeres científicas de hoy. Así lo propone por ejemplo, Norma Blázquez (Blazquez Graf, 2008) quien traza una genealogía que liga a las científicas actuales, con las antiguas “brujas”. La autora distingue entre los términos “bruja” y “hechicera”: la hechicería pertenece a múltiples tradiciones de la cultura popular europea y tiene que ver con la magia –llamada magia baja- que practicaban grandes sectores de la población, basados en conocimientos empíricos: entre otras cosas, esa magia podía curar, sanar y aliviar. Al contrario de la magia alta de alquimistas y astrólogos –que devino, según la autora, en la ciencia empírica -, la magia baja fue perseguida en la Europa de los siglos XIV al XVII. En la lógica de esa persecución debe comprenderse el cambio de los conceptos de hechicera al de bruja²⁴⁵; esta última contiene la noción de lo maligno, ya que la bruja pactaba con el Diabolo y su poder, era el poder que él le otorgaba.

Analizando la caza de brujas desde una perspectiva de género, la autora propondrá que se trató de una cacería del conocimiento de las mujeres y que entre sus múltiples causas, no podemos olvidar el intento de controlar a mujeres independientes, sus cuerpos y su sexualidad. Así, la idea de la expropiación de los conocimientos de las mujeres toma un cariz mucho más violento y la lenta institucionalización de la medicina científica se antoja menos un proyecto de conocimiento como un proyecto de poder. Raquel Schallman narra: “Ellas fueron poco a poco

²⁴⁴ Tuve la intención de realizar algunas observaciones en el Instituto Nacional de Perinatología, para ello conté con el apoyo de la Doctora Mayra Chávez, antropóloga e investigadora de la institución. Pero para llegar a eso, debía presentarse un protocolo de investigación, ser revisado por el comité de bioética y demás procesos burocráticos de rutina que excedían los tiempos de esta investigación.

²⁴⁵ Quienes más contribuyeron a crear la idea de bruja que perseguirá la inquisición fueron precisamente dos inquisidores, Heinrich Kramer y Jacob Sprenger, en su obra de 1486 *El martillo de las brujas. Para golpear a las brujas y sus herejías con poderosa maza* (Blázquez Graf, 2008).

separadas de su oficio por la profesionalización de la medicina. Se vetó el acceso de las mujeres a las universidades y el paso siguiente fue la prohibición del ejercicio del arte de curar a quienes no tuvieran formación académica” (Schallman, 2007, p. 115)

Pero volviendo a esas mujeres sanadoras: ¿quiénes eran? ¿Cuáles eran sus conocimientos? Norma Blázquez nos sintetiza la respuesta: eran las cocineras y perfumistas, las curanderas, las parteras, las nodrizas, todas practicantes de la medicina popular de la edad media europea.

Esta misma línea de pensamiento la abonaron las médicas pioneras de la historia de la medicina, como Kate Hurd-Mead (citada por Ortiz Gómez, 2006) que en 1938 escribió sobre Tróta o Trótula, miembro de la Escuela de Medicina de Salerno -una de las pocas escuelas que durante toda la Edad Media permitió que las mujeres estudiaran medicina-. En la figura de Trota se concentraron muchos trabajos sobre salud de las mujeres; esta médica medieval se convirtió en un símbolo por varias razones: durante siglos se ocultó su trascendencia y muchas de sus obras fueron firmadas como Trotus –algo muy común, por otro lado, de lo sucedido con la autoría femenina a lo largo de la historia-; sus conocimientos tuvieron mucho que ver con la salud femenina, por eso para muchos fue una de las fundadoras de la ginecología y la obstetricia -además, sus conocimientos incluían la cosmética, la anticoncepción y muchos saberes más vinculados con la medicina popular y campesina que con los legados de Hipócrates y Galeno-; por eso se supone que Trótula es un nombre colectivo que abarca la obra de una médica –esposa y madre de médicos célebres- pero también el de sus colaboradoras y discípulas en la escuela de Salerno -lo que se conoce como las Mujeres Salernitanas “muchos de cuyos nombres fueron olvidados” (Salmerón Jiménez, 2006)-. Por todo esto, Trótula o Trota se ha convertido en un símbolo de la capacidad negada de las mujeres como médicas y es por eso que su redescubrimiento es parte de una reivindicación histórica que abarca el silenciamiento de su historia y con ella, el de todas las excluidas, silenciadas, marginadas y olvidadas (Alic, 1991).

Tenemos hasta aquí dos legados que se superponen y complementan: la historia colectiva de las sanadoras y curadoras de Europa, excluidas del saber desde antes de la emergencia de la medicina científica, asesinadas en la cacería de brujas; y por otro, la historia de las médicas

universitarias de la Escuela de Salerno, como un pequeño faro en la oscuridad²⁴⁶, el aporte científico de las mujeres silenciado por el surgimiento ahora sí de la medicina clínica, sucedido en lo que Foucault denomina la época clásica (Foucault, 2004). A estos legados, habría que sumar toda la tradición y saberes sobre la partería de las medicinas indígenas mexicanas²⁴⁷, muchas de cuyas prácticas -como sobadas, manteadas y baños de temazcal- siguen vigentes en la actualidad (Torres Lagunas & Rubio Domínguez, n.d.)

A medida que la medicina científica emergía fue desplazando a las mujeres de su interior, subordinando otros saberes y prácticas en general y en especial, los saberes y prácticas de la partería y el nacimiento y con ello, medicalizando los fenómenos ligados a los procesos reproductivos y del cuerpo de las mujeres. En este sentido, Michel Foucault propondrá en su *Historia de la sexualidad* (2005) que se despliegan –entre los siglos XVII Y XIX- cuatro grandes conjuntos estratégicos respecto del sexo -dispositivos de saber y poder- entre los que destacan por su relación con el surgimiento de la gineco-obstetricia moderna “la histerización del cuerpo de la mujer” y la “socialización de las conductas procreadoras”²⁴⁸.

Con todo este proceso, las mujeres caen bajo la mirada y el control de los médicos. Si las enfermedades genito-urinarias y el embarazo y el parto habían sido atendidos por la medicina hipocrática, se considera que es en el siglo XIX cuando surge la gineco-obstetricia científica, y el médico varón se convirtió en el “consejero y el protector de la moral de las mujeres” (López Sánchez, 2010). Se instala como práctica obligada el examen ginecológico, que se asociaba con la

²⁴⁶ Las historias de estas mujeres fueron recuperadas por las primeras médicas que hicieron historiografía, como la citada Kate Hurd-Mead, con lo cual, buscaban “valorizar la experiencia de las mujeres” y atribuirles un protagonismo inusual como agentes de salud”, todo esto contra la historiografía médica tradicional que al separar la medicina del resto, no hace más que reproducir los procesos de clausura de la profesión” (Cabré & Ortiz, 2001)

²⁴⁷ Que incluyen, para el parto, masajes, sobadas, manteadas, ejercicios, posturas, baños de temazcal y el uso de herbolaria, por ejemplo, el cihuapahtli o zoopatle: “Cuando una mujer tiene dificultad de eliminar el feto o simplemente para facilitar el parto, beba el medicamento hecho de corteza de árbol cuauhaláhuac y de la hierba cihuapahtle, molidas en agua, con una piedra que se llama éztetl, y la cola del animalillo que se llama tlacuatzin”. Tlacuatzin es un tipo de marsupial. Todo esto, según Martín de la Cruz en *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* en: (Martínez Austin, 2006, p. 463)

²⁴⁸ Las otras dos estrategias son: pedagogización del sexo del niño y y psiquiatrización del placer perverso. Respecto de la histerización del cuerpo de la mujer, Foucault dice que se trata de “un triple proceso según el cual el cuerpo de la mujer fue analizado – calificado y descalificado- como cuerpo integralmente saturado de sexualidad; según el cual ese cuerpo fue integrado, bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas; según el cual, por último, fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), el espacio familiar (del que debe ser un elementos sustancial y funcional) y la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación)” (Foucault, 2005, p. 127)

evaluación de la mujer para el embarazo, la determinación del mismo, la constatación de virginidad o desfloración y con la inspección forzada de prostitutas para el control de las enfermedades venéreas (Johannisson, 2006).

La historiadora sueca de la medicina Karin Johannisson (2006), detalla cómo el examen médico ponía en el centro la intimidad del contacto entre un médico varón y una paciente mujer. Por ejemplo, la palpación de los senos era regida por manuales que insistían todo el tiempo en que era una técnica que debía aprenderse bien porque si bien era poco complicada “resultaba comprometida debido a su parecido con los contactos eróticos o las caricias” (Johannisson, 2006, p. 144). Y si palpar era querer leer el interior del cuerpo, el examen vaginal era mirarlo directamente: en las primeras décadas del siglo XIX, el examen ginecológico consistía en palpar; muchas mujeres se cubrían la cara, ya que “no es la mano la que representa la vergüenza, sino la mirada” y los manuales insistían en evitar todo el tiempo, tocar el clítoris (Johannisson, 2006). Pero desde finales del siglo XIX, con la introducción del espéculo y la silla ginecológica, se permitió a los médicos abrir los ojos al interior del cuerpo de las mujeres: “El examen ginecológico estaba cargado con una tensión bipolar. De un lado, estaba la mujer que iba a develar lo más privado de su cuerpo y, del otro, el médico varón que tenía que transformar un campo hipererotizado en un objeto neutro, visto por el ojo científico” (Johannisson, 2006, p. 151). La autora continúa su análisis describiendo cómo variaba este encuentro según el lugar –hospital, consultorio privado- y la clase de las personas involucradas –mujeres de la burguesía, o trabajadoras, prostitutas y mendigas.

Lo que me parece interesante aquí es que el tipo y calidad del examen ginecológico –como práctica, como técnica- es central para entender por qué esta especialidad está tan relacionada con la subordinación y control del cuerpo femenino y por qué, al mismo tiempo, fue la especialidad donde se desempeñaron las primeras mujeres médicas. Las reacciones de las pacientes y los pudores fueron – y esto es lo más importante- y siguen siendo uno de los elementos señalados como razón por la cual las mujeres prefieren atenderse con ginecólogas mujeres²⁴⁹. Es que el cuerpo, en las sociedades contemporáneas, tiene que ver con la individuación y la noción de persona, por lo que tocar ese cuerpo es sobrepasar ciertos límites; y también es un cuerpo generizado, por lo que todo proceso es re interpretado de acuerdo al sexo

²⁴⁹ No quiero decir que todas las mujeres lo prefieran, pero sí que las que lo hacen, aducen la cuestión de la intimidad por el contacto, como uno de los motivos principales de su preferencia.

del otro cuerpo que interviene -el del médico- como bien lo demuestra la etnografía de Mayra Chávez, respecto a los procedimientos e intervenciones en las parejas estériles de parte de médicos y médicas. Ahora, como bien señala esta autora, el cuerpo de la mujer está “acostumbrado” a esas intervenciones y exploraciones: “Es interesante cómo, históricamente, el cuerpo de la mujer ha sido manejado para su exploración a través de objetos extraños, tanto así que se ha llegado a normalizar, pues “no importa” de entrada, la introducción de algún objeto extraño en su vagina, siempre y cuando éste sea común en la atención médica (como el pato o espejo)” (Chávez Courtois, 2008, p. 86).

Si las mujeres “se han acostumbrado”, cabe mencionar cómo la erotización sigue presente, tanto para ellas, como para los médicos, como se refleja en el siguiente relato de la Doctora Romina, especialista en senología:

“Por ejemplo, me preguntaba alguien: “oiga” -yo doy conferencias a médicos y me dijo alguien, algún médico- “oiga doctora y cómo le hago yo para no ponerme nervioso explorando los senos de una paciente”, dije claro, haber espéreme tantito ¿no? ¿Cómo que se pone nervioso? Sí, sucede ¡eh! Entonces lo primero que le dije (**MP**: claro porque está como muy simbolizado ¿no?) **V**: claro, es un símbolo sexual, la representatividad del seno de la que doy una conferencia, es tan amplia, tan amplia, puede llegar a ser algo tan sublime como las vírgenes lactantes y algo tan común y tan, tan... bueno, como un símbolo sexual (**MP**: y que le respondiste) **V**: pues yo le respondí esto, le dije “ lo primero que tiene que aprender a hacer, doctor, es respetar a su paciente sea hombre o mujer, porque también puede usted explorar glándulas mamarias de hombre, también tiene padecimientos. Entonces usted tiene que respetar como si estuviera explorando cualquier otro órgano, cualquier otra parte del cuerpo. Pero jamás mire a su paciente cuando esté explorando el seno, jamás la mire a los ojos porque entonces se va a sentir invadida, va a sentir que usted a lo mejor quiere tener alguna otra intención y el hecho de que usted a lo mejor roce un poco el pezón en lugar de explorarlo bien a ella le puede estimular de alguna manera y ella puede sentirse ofendida o usted mismo se puede meter en cierto problema porque ella puede decidir pensar que usted le está insinuando y ella puede responder de alguna u otra manera positiva o negativamente, entonces tiene que jamás mirar a su paciente a los ojos sea hombre o mujer. Usted tiene que dedicarse a ver al horizonte mientras está explorando y de repente echar una mirada, a la zona que usted sospeche que está alterada, pero nada más.”

Pero ésta que acabamos de describir no es la única de las cuestiones que sigue vigente. Si la ginecología fue una de las disciplinas centrales en la constitución de la diferencia sexual (Lacqueur, 1994), donde el útero era considerado el órgano central de las mujeres – un órgano, como veremos, cuya fisiología dictaba el comportamiento de la mujer-, es importante decir que aún hoy esta imagen es reactualizada por las nuevas tecnologías del cuerpo, que continúan generizándolo y concibiendo el cuerpo femenino por referencia a sus capacidades reproductivas. Así, en su análisis de las prótesis artificiales que ilustraban un artículo de la revista LIFE sobre cómo podía llegar a ser el “cuerpo del futuro”, Ann Balsammo (1999) apunta: “el cuerpo femenino está representado a través de una referencia al desarrollo de un útero artificial. Esta asociación entre el

cuerpo femenino y el útero subraya la definición cultural dominante del cuerpo femenino como cuerpo reproductivo” (Balsammo, 1999, p. 6, traducción mía).

6.2-La Gineco-Obstetricia Mexicana. Historia y situación actual.

Si bien desde 1750 el Protomedicato español aspiraba a regular la actividad de las parteras, es recién en 1833, ya bajo el paradigma de la medicina clínica, que se estableció, en el recién creado Establecimiento de Ciencias Médicas (que luego sería la Escuela de Ciencias Médicas), la primera cátedra de Obstetricia en México. Allí, las parteras compartían cursos con los estudiantes de medicina -hasta el año 1842, que se comenzaron a dictarse cursos diferentes- (López Sánchez, 2010). Como plantea Ana Carrillo (1998), ya entonces desde el nacimiento de la partería profesional tuvo ésta un doble carácter: por un lado, necesaria a la profesión médica, pero subordinada a ella; por el otro, como práctica represora de la partería tradicional.

Según las reglamentaciones dictadas, las parteras sólo podían atender los partos eutócicos²⁵⁰ y el puerperio fisiológico: es decir, los que se daban sin inconvenientes, allí donde se suscitaba algún problema, debían inmediatamente llamar a un médico. Se ha señalado que entre médicos y parteras las tensiones era muchas (Carrillo, 1999): por un lado, había un reconocimiento de los saberes de ellas - que se *inspiraban en* al mismo tiempo que *luchaban contra* la partería tradicional o empírica- ; y por otro lado, una necesidad de control. Cuando sucedía una muerte, las parteras eran acusadas de poco higiénicas e ignorantes (mientras que cuando esto sucedía a los médicos, el hecho se adjudicaba a lo inexorable de la naturaleza²⁵¹). Ellas se quejaban de haber perdido la parte más lucrativa de la profesión y de estar sujetas a las reglamentaciones del Consejo de Salubridad, que era manejado por los médicos.

En cuanto a la ginecología, como materia independiente, recién se constituyó en el año 1887, como cátedra de perfeccionamiento (López Sánchez, 2010) y es en 1893 cuando, junto con otras dos cátedra, se convierten en materias obligatorias. Con eso “Se pretendía que el nuevo

²⁵⁰ Es el Parto normal y parto distócico es el que presenta problemas.

²⁵¹ Es interesante hacer notar que, por ejemplo, en 1881, hubo en el Hospital de maternidad de la ciudad de México una epidemia de fiebre puerperal del 100% de las internas. Como después se reconoció, quienes habían infectado a las mujeres habían sido los propios médicos, aunque sólo uno lo admitió –todo esto, cuando poco se conocía de la teoría microbiana-. Fue el Dr. Sebastián Labastida, quien observó que las mujeres parturientas atendidas por él habían sido víctimas de fiebre puerperal, tanto en la ciudad de México como en el Hospital de San Andrés. Así, ante la Academia Nacional de Medicina, concluyó que sus observaciones indicaban que él había sido el propagador de la fiebre –por falta de asepsia en instrumentos quirúrgicos y en sus propias manos-(López Sánchez, 2010)

médico que recibiese su título profesional en la Escuela de Medicina pudiese, entre otras muchas actividades, atender los partos y las enfermedades de los niños y las mujeres” (Carrillo, 1998, p. 182).

Las dos disciplinas se unieron –ginecología y obstetricia- por “la importancia que tuvo la maternidad en el proyecto nacional” ya que el proyecto liberal requería para su desarrollo de una población sana y numerosa (López Sánchez, 2010, p. 130). Así, la misma autora propondrá que “la gineco-obstetricia decimonónica elaboró una representación técnico médica del cuerpo femenino, de su anatomía genital y de su fisiología sexual, encaminada a cumplir con su función reproductiva” (op cit, 2010, p. 131).

La gineco-obstetricia fue en esa época una de las áreas de mayor desarrollo dentro de la profesionalización de la medicina. Para la consolidación de la clínica obstétrica, se fundaron maternidades, donde los médicos podían aprender y poner en práctica sus conocimientos, en gran medida influenciados por la medicina francesa. En esos espacios, se introdujo la práctica de un fórceps mexicano, se extendió la posición supina o “a la francesa” para los partos²⁵², se practicaron cesáreas e hysterectomías²⁵³ con los nuevos avances de la anestesia.

Como describe Oliva López Sánchez (2010), a través de la lectura y análisis de dos textos clásicos de la gineco-obstetricia mexicana se puede dar cuenta de sus principales tensiones e inquietudes. Uno de esos textos se conoció como la Guía Rodríguez²⁵⁴: estaba dirigida a los jóvenes médicos en formación y funcionaba como un *vademecum* con las reglas generales para casi todos los casos. Esta guía consagraba la idea de lo normal y lo patológico en la salud de las mujeres, por lo que legitimaba, para el caso de lo patológico –los partos distócicos- la intervención médica. El otro texto es la Guía Torres²⁵⁵, que fue mucho menos exitosa, no sólo porque iba dirigida a las parteras, sino porque el autor reconoció y defendió las bondades de ciertas prácticas de la partería empírica –como el uso de sillas de partear y la posición vertical- que eran un atentado para la lucha que la corporación médica tenía contra estas prácticas -que además eran sancionadas por los reglamentos de salubridad vigentes.

²⁵² Es la posición típica de las camillas de salas de parto hospitalarias, la mujer acostada sobre el borde de una camilla, con las piernas flexionadas y en alto.

²⁵³ Cirugía de extracción del útero.

²⁵⁴ Guía Clínica del arte de los partos, escrita por Juan María Rodríguez, edición de 1885.

²⁵⁵ Manual de Partos dedicado especialmente a las parteras, escrito por Ignacio Torres, edición de 1858. (Ambos citados en Sánchez López, 2010)

Una de las ideas que dominaban toda la gineco-obstetricia mexicana de entonces era pues, una visión patológica de la fisiología del útero, que se concebía como el órgano regidor del cuerpo femenino. Entre estas ideas y la progresiva medicalización del parto –erradicación de la partería empírica con las parteras profesionales, y después, ya promediando el siglo XX, la erradicación de la partería profesional (Carrillo, 1999)- se constituyó esta especialidad médica que “fue construyendo sus objetos de investigación, desarrolló sus estrategias de diagnóstico y tratamiento, y con ello creó nuevas identidades nosológicas y culturales en las que las creencias milenarias sobre lo femenino y lo masculino guiaron las prácticas médicas y sus prácticas confirmaron sus creencias en la inferioridad del sexo femenino, ahora con datos aparentemente irrefutables porque provenían de la materialidad del cuerpo.” (López Sánchez, 2010, p. 276).

Las Mujeres en la especialidad.

Si la gineco-obstetricia fue la especialidad en la que muchas de las primeras médicas mexicanas se desarrollaron, según nuestros informantes, es hasta hace bien poco que comenzó a feminizarse de manera notoria. No dispongo de datos propios para dar cuenta de la evolución de la cantidad de mujeres en la especialidad a lo largo de los años. En el Congreso del COMEGO realizado en junio de 2012, al que asistí, un médico presentó estos datos al respecto:

Tabla XV. Mujeres en las Residencias Médicas de Gineco-obstetricia. México²⁵⁶.

Década	Porcentaje de Mujeres en Residencias de la Especialidad
1970	7.2
1980	12.3
1990	21.3
2000	26.9

El mismo médico mencionó que para 2014, se esperaba que las residentes de gineco-obstetricia fueran más del 60%: “aquí está presente, la gran cantidad de mujeres que estamos teniendo, esa fuerza laboral cómo ha cambiado, vean ustedes” agregó el doctor frente a un auditorio mixto.

²⁵⁶ Los datos son los de la diapositiva de la presentación del Doctor Quintana “Volver al parto ¿por qué?” Panel “Tendencias en Ginecología y Obstetricia: ¿regresión o progreso?” Congreso COMEGO. Los datos no están avalados por una fuente, por lo que no sé si se trata de datos propios del doctor Quintana o no. Baste aquí considerarlos, dadas las circunstancias de su presentación, más que como datos empíricamente comprobables, como una intervención de los actores del campo y como tal será tratado.

Los datos que he podido recabar hacen referencia a su presencia en la actualidad. Así, de las mujeres que han realizado la especialidad y se han certificado²⁵⁷, formando parte del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, ellas representaban hasta 2011 el 39% del total de médicos certificados. Sin embargo, es de esperar que estos porcentajes vayan en aumento dado que, por ejemplo, quienes aprobaron su examen de residencia para entrar a Ginecología y Obstetricia en 2011, el 63% son mujeres. Lo cual ha sido referido por algunos de los entrevistados, al mencionar por ejemplo que en el Instituto de Perinatología, cada 4 residentes, antes –hace 10 años- había 3 varones y 1 mujer, cifras que en la actualidad se han invertido.

Esta presencia cada vez mayor, ha obligado a los gineco-obstetras a plantear el tema de las mujeres profesionistas, sus colegas, tema que hasta no hace mucho estuvo invisibilizado. Lo pudimos constatar, por ejemplo, en una revisión de los artículos de la *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*. A partir del índice de títulos, sólo se encontró un artículo reeditado – publicado por primera vez en noviembre de 1945 en la *Revista Mexicana de Cirugía, Obstetricia y Cáncer*- que se llama “Algunos apuntes para la historia de la Ginecología en México” y en esa “historia” -escrita en un tono muy típico de la historia de la ciencia y la medicina tradicional- no hay mención a ninguna mujer dentro de la disciplina –pero sí de los varones-. Y en un número reciente se publica la conferencia de un médico (Ernesto de la Peña) titulada “Ginecología y Feminismo”(De la Peña, 2012), donde se enumera el caso de mujeres célebres en la ciencia -en su mayoría de la Antigüedad- y la mención más actual y vinculada a México es la de Sor Juana. La conferencia finaliza: “He señalado algunos de los momentos cúspides del talento de las mujeres. Sólo me queda añadir que, independientemente de su realización vocacional o profesional, como compañeras de nuestra vida son insustituibles”

En una revista de la especialidad, estos son los únicos artículos que tematizan el lugar de la mujer en la profesión y la especialidad, por lo que uno puede intuir que hasta que el fenómeno de la feminización no irrumpe de manera contundente, el lugar de las mujeres profesionistas ha estado invisibilizado (la última de las mujeres con talento reconocidas fue Sor Juana Inés de la Cruz -que vivió entre 1651 y 1695).

Tal como mencionábamos en el capítulo 3 para la medicina en general, la gineco-obstetricia es una especialidad que puede ser descrita como con una fuerte segregación vertical de género, por lo que los cargos directivos, a nivel de su institucionalidad, siguen siendo ocupados

²⁵⁷ A partir de 2011, esa certificación se volvió obligatoria.

por los varones –casi sin excepción-. Así, por ejemplo, las tres organizaciones más importantes – el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, encargado de las certificaciones; la Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia -organización que une los colegios de las distintas regiones del país-; y el Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO), no han sido nunca presididos por una mujer y sólo uno (La Federación) tiene en la actualidad, en su comisión directiva, una mujer (la doctora Josefina Lira Plascencia, Segundo Secretario Suplente).

La segregación vertical de género en la Gineco-obstetricia, no hace más que reafirmar lo que nos decían algunos de nuestros entrevistados, respecto del hecho de que se trata de un especialidad “misógina”. En las palabras de un destacado ginecólogo, el doctor Carlos:

“Predominan una serie de actitudes que son profundamente misóginas y que están fundadas estructuralmente en el ejercicio de la especialidad y en la invención de la especialidad, en términos que es una especialidad básicamente manejada e inventada por los varones. Es una especialidad... es muy curioso porque si bien es cierto que el área de dedicación de esta especialidad son las mujeres y entonces, la mujer debería tomar un papel preponderante, curiosamente muchos de los que inventaron y de mis maestros son profundamente misóginos y maltratadores de las mujeres; en esa lógica se forman ahora mujeres en esa especialidad, entonces, frecuentemente ocurre que se convierten en mujeres maltratadores de las mujeres ¡qué barbaridad! ¡Qué terrible! Habría que hacer una reflexión muy profunda para intentar comenzar a modificar este tipo de valores en la enseñanza. Es más creo que se necesita escribir más sobre eso”

Este doctor habla de “misoginia”, que puede ser aquello que llevó a una joven médica que había terminado su residencia -siendo muy crítica de lo que había vivido y de la formación recibida- a realizar una maestría en estudios de la mujer, y a concluir que la ginecología, su especialidad, era “la más mediocre”. La Doctora Suza recordaba así un diálogo entre ella y su ex pareja y ex jefe de residencia:

“Ay, le dije, quiero ser una ginecóloga mediocre” le dije “quiero ser una ginecóloga *just* normal” y me acuerdo que me dijo “pues, entre García (que era una compañera que era la peor de mi generación) y tú no va haber ninguna diferencia” y dije “pues lo siento, he decidido que quiero ser mediocre” porque siempre he creído, después se me reforzó la idea, y él me la reforzó todavía más: de que la ginecología es la especialidad de gente más mediocre en la medicina. Y ciertamente lo creo. Entonces, le dije “sí, decidí que quiero ser ginecóloga mediocre, *just* normal”

Esa mirada crítica, que la empujó a querer ser “sólo una ginecóloga mediocre”, llevó a otra joven doctora a renunciar a la residencia –luego de haber sacado las mejores notas y haber entrado a unos de los hospitales más prestigiosos de la ciudad de México en la especialidad-. Ella, a quien llamaremos la doctora C., hizo públicos los motivos de su renuncia, en una carta que salió en la revista *Género y Salud en Cifras* (“Testimonio de una médica residente ante la violencia

obstétrica institucionalizada,” 2010). Comienza diciendo que “mi nombre no es importante, soy una médica general recién egresada” y luego, después de describir que al principio de la residencia “todo era nuevo y emocionante”, poco tiempo después se dio cuenta que las cosas no eran como parecían: “Sobre todo, a mucha gente en realidad no le importaban las pacientes, y estaban en ese lugar por vanidad. Era como un teatro en el que había que representar el papel de aprendiz de especialista, había demasiada hipocresía y me daba cuenta que mientras más tiempo se pasaba en el hospital, menos auténticos se hacían las y los médicos”. Después de esto, la joven doctora hace una descripción terrible pero muy elocuente de los motivos que la llevaron a renunciar –“porque ya no creía en lo que hacía”. Como veremos más adelante, esos motivos pueden ser considerados una minuciosa descripción de las prácticas gineco-obstétricas cuyo mal uso (y abuso) han dado lugar al fenómeno de la Violencia Obstétrica.

Estas posturas de las doctoras C. y Suza, contrastan con lo que decía el coordinador de una de las mesas del Congreso de COMEGO, quien mencionaba que a pesar de la “crisis de identidad” que vive actualmente la gineco-obstetricia, es a pesar de todo “la mejor especialidad”:

“esta es la mejor especialidad, que tiene un componente quirúrgico fundamental, que tenemos la oportunidad de hacer medicina preventiva de forma primaria y la verdad, es que, no hay ninguna especialidad como ésta” (Doctor Zamora)

Así, en modo muy resumido, podemos decir que la especialidad se encuentra en vías de feminización y es caracterizada por algunos como “la mejor especialidad” - aunque sujeta a nuevas presiones y cambios-; y para otros, como una especialidad “mediocre”, “hipócrita” y “misógina”.

Es necesario decir que, como lo muestra el planteo del origen de la ginecología en México, la especialidad gineco-obstétrica nunca tuvo el monopolio en torno de los procesos de salud-enfermedad, embarazo y parto, de las mujeres. Parteras (empíricas; hasta los años 1960, las parteras profesionales), médicos homeópatas y generales y muchísimos otros profesionales²⁵⁸ se dedican en la actualidad a brindar atención en estos procesos con prácticas que se dan por fuera de la gineco-obstetricia científica. Lo importante es que se trata de prácticas muy diversas,

²⁵⁸ Educadoras perinatales, *doulas*, profesoras de yoga, instructora en profilaxis, puericultoras, psicólogas, matronas, son algunas de las profesiones y oficios que se ofrecen en el mercado para el proceso de embarazo y parto. Digo mercado porque en casi ningún caso, estos servicios son contemplados por lo seguros médicos, obras sociales, servicios públicos de salud, etcétera.

algunas de las cuales pueden ser consideradas alternativas al MMH (Menéndez, 2005); otras, como críticas del mismo en algún aspecto, y muchas, como complementarias.

Sobre estas prácticas por fuera de la gineco-obstetricia científica, me parece importante mencionar dos cosas: en primer lugar, que lamentablemente, salvo escasísimos casos, son servicios que por sus altos costos, quedan restringidos a un nicho puntual del mercado, se podría decir, de consumidores urbanos de clases medias ilustradas. En segundo lugar, que la emergencia de los mismos puede ser interpretada como una demanda cada vez más importante de desmedicalización del embarazo y el parto, demanda que puede ser relacionada con la vivencia de experiencias “naturales”, de consumo distintivos²⁵⁹; pero también, con el crecimiento del número de cesáreas y de denuncias de experiencias negativas en hospitales y clínicas.

Estas demandas son reconocidas por los mismos ginecólogos, interpretadas como “presiones sociales”, tal como lo vemos en las siguientes palabras de uno de los doctores en el Congreso de COMEGO (coordinador de la Mesa “Tendencias en Ginecología y Obstetricia: ¿regresión o progreso”):

“... lo que nos obliga también a nosotros a abrir estos foros, a estar pendiente de las actualizaciones eso al final, es bueno y puede ser también una presión para nosotros. Tenemos también presiones legislativas, las normas oficiales mexicanas, el hecho que nosotros, todos, debamos estar certificados, permanecer vigentes, también es algo que últimamente está en nuestra vida cotidiana; y por supuesto presiones de la sociedad que nos exigen a los especialistas que hagamos un trabajo a los que ellos le pueda parecer adecuado... Es evidente que nuestra disciplina ha cambiado, ha sido en los últimos años un cambio vertiginoso, en las conductas tanto médicas como quirúrgicas. El simple hecho de que ahora las pacientes lleguen a la consulta y nos piden que no utilicemos un bloqueo *epidural* para su parto, que no les hagamos una *episiotomía*, nos traen inclusive hasta un plan de cómo quieren que nazca su bebe, nos obliga a estar nosotros actualizados y preparados, y a tener otra actitud”

Además de las presiones y demandas, uno de los procesos que caracterizan a la gineco-obstetricia en la actualidad, es el de su sub-especialización interna: así, el especialista en gineco-obstetricia es lo que en Estado Unidos se denomina un ginecólogo “general”, que a su vez puede seguir sub especializándose, por ejemplo, en medicina materno-fetal, biología de la reproducción humana y urología ginecológica. Así describía el proceso el doctor Zamora, en el mencionado congreso:

²⁵⁹ Por ejemplo, muchos de los sitios web que ofrecen estos servicios apuntan a un nicho de mercado que se caracteriza por su alto poder adquisitivo y cultural y por su necesidad de distinción, consumidora de productos que se caracterizan por ser “cool” –como las marcas “cool” que se consumen por distinción cultural, cuyas publicidades giran en torno de las ideas de individualización, diferencia, no conformismo (Mc Guigan, 2009)-.

“Ya en los años ochentas, la gineco obstetricia ya consolidada como una especialidad también se empezó a distinguir, aparecieron las sub especialidades de perinatología (que se llamaba en ese tiempo la medicina materno fetal, la biología de la reproducción) En los años noventas, la oncología ginecológica, con aquello de que los cirujanos no quería soltar mucho esa sub especialidad, se hizo parte también de la formación posterior del gineco obstetra. En el año 94, para los que nos tocó que se alargara un año más la especialidad propia de gineco obstetricia con la integración con un cuarto año de forma obligatoria. Y, ya en una historia mucho más reciente, el Consejo reconoció y certificó a las sub especialidades en medicina materno fetal, biología de la reproducción, y posteriormente a la uro-ginecología con el previo reconocimiento universitario de estas propias subespecialidades tuvieron”

Esta heterogeneidad interna es importante de señalar porque de algún modo, la que está siendo juzgada no por su eficacia sino por su falta de “humanidad”, es la gineco-obstetricia general (la clásica), mientras que las otras subespecialidades pareciera que no sufren el mismo tipo de demandas. Pero, como sub-especialidades, conservan rasgos de la especialidad “madre”. La emergencia de nuevas áreas con nuevos tratamientos, que hacen crecer el campo de las subespecialidades - por ejemplo, de la fertilización asistida- tienen, sin embargo, las mismas lógicas y representaciones técnico-médicas que la ginecología clásica. Así por ejemplo lo muestra el trabajo de Mayra Chávez (Chávez Courtois, 2008), en torno de las representaciones del cuerpo “infértil”: “Desde esta postura, el cuerpo es un objeto que tiene como fin la reproducción, reconstruido a través de un proceso de control que, en ningún momento, toma en cuenta la dimensión simbólica de la paternidad, y del deseo del niño y que sólo se hace preguntas sobre el aspecto orgánico de la esterilidad” (Chávez Courtois, 2008, p.76). Es decir, una idea del cuerpo por sus fines reproductivos, más una clara asimetría médico-paciente, ya que si bien –como aclara la autora-se contemplan ciertos factores psicológicos y sociales en los tratamientos, lo que persiste fuertemente es una diferencia del trato genérico del cuerpo, donde “Las experiencias vividas, diferencialmente entre los géneros a través del cuerpo, reafirman la vulnerabilidad de la mujer ante los tratamientos de fertilización, pues se refleja el control del cuerpo femenino físico, simbólico y emocional que ejercen los procedimientos de solución institucional” (op cit, p. 257).

Estos no son los únicos “procesos” que vive la Gineco-obstetricia en la actualidad ni los únicos “problemas” ante los que se enfrenta: en el Congreso de COMEGO los “temas inquietantes en el ejercicio profesional”²⁶⁰, que fueron expuestos en discusiones y simposios fueron: cesárea-parto, aborto, maternidad subrogada y ginecología cosmética. A los fines de mi análisis, como ya lo expuse, me detendré en los debates en torno de la “humanización” del parto, que como vemos,

²⁶⁰ Además de los temas técnicos, científicos y clínicos que exceden las posibilidades de este análisis.

también está en la agenda de los propios especialistas. Para ello, es necesario dar un marco de la situación de salud que empuja a que estos temas sean eje de debate y demandas sociales.

Según el informe “Género, Salud y Desarrollo en las Américas 2011”, en México, de las mujeres que van a tener hijos, el 84% accede a tener atención prenatal de parte de personal capacitado (2007-2010) con un promedio de 4 visitas durante el embarazo y el 97 % tiene su parto atendido por personal de salud capacitado. Veamos en la Tabla XVI la comparación con otros países de la región.

Tabla XVI. Atención de Salud por personal capacitado (%) 2007-2010.

País	Prenatal (≥ 4 visitas)	Parto
México	84	97
Brasil	90	99
Cuba	100	100
Estados Unidos	96	99
Colombia	89	95
Costa Rica	87	100
Nicaragua	80	92

Fuente: OPS-OMS; UNFPA, ONU-Mujeres y CEPAL, 2011.

Estos datos son importantes porque muchas veces la cobertura de salud es presentada como una de las principales estrategias para combatir la mortalidad materna, que es uno de los indicadores más destacados a la hora de evaluar las políticas de salud sexual y reproductiva. También es muy importante para nuestro análisis, teniendo en cuenta que la baja abrupta de mortalidad en el parto es uno de los “orgullos” y emblemas de eficacia de la ginecología y obstetricia científica y moderna. Según datos de la OMS, la mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2010; como su baja se relaciona con el acceso universal a servicios de planificación familiar, a atención calificada del parto, a cuidados de emergencia obstétrica y a servicios para prevenir y tratar infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, en “México, la muerte materna es menos común en las localidades más desarrolladas. Sin embargo, en las poblaciones más pobres y con una alta proporción de población indígena, sigue siendo un fenómeno frecuente” (“Fondo de Población de las Naciones Unidas. México,” 2013). Es decir, la cobertura de salud no llega a todos lados por igual y según el Observatorio de la Mortalidad Materna en México “A pesar de que en los años 2007 y 2010 disminuyó acentuadamente la RMM²⁶¹, en ambos años sobrepasan las 50 muertes maternas por 100 mil

²⁶¹ Razón de Mortalidad Materna (RMM) por cada 100.000 nacidos vivos.

nacidos vivos. De continuar con el ritmo de disminución histórica del periodo 2002-2010, la meta prevista a 2015, de 22.2 fallecimientos por 100 mil nacidos vivos, estaría lejos de lograrse”.

Si como mostrábamos más arriba, para el total del país, el 97% de los partos son atendidos por personal de salud (2007-2010) (CEPAL-ONU, 2011) es interesante mostrar la evolución histórica de estas cifras, así como su variación regional:

Tabla XVII. Evolución del porcentaje de partos atendidos por personal capacitado (no necesariamente médicos gineco-obstetras).

	1990	2000	2007
Nacional	76,7 %	87,1%	92,7%
Oaxaca	43,3%	59,9%	76,9%
Chiapas	22,4%	31,2%	41,2%
Distrito Federal	99,0%	99,8%	99,4%

Fuente: Observatorio de la Mortalidad Materna en México (Numeralia 2010).

Me parece bastante ilustrativo contrarrestar los promedios nacionales con los datos de entidades que difieren tanto en cuanto a cultura, infraestructura y desarrollo como el Distrito Federal respecto a Chiapas y/o Oaxaca. Ahora bien, quiénes son y de qué trabajan estas mujeres que mueren a consecuencia del embarazo y el parto. Según la misma fuente de datos (del Observatorio) el 80,4 % “no trabajan o están inactivas”, el 33.7 % tiene al menos un año de educación primaria y el 29,7 % al menos un año de educación secundaria (mientras que las que tienen educación profesional sólo representan el 8% de las fallecidas).

Si la muerte materna es uno de los problemas de salud pública que tiene que ver, en gran medida, con la acción de los gineco-obstetras, otro de estos problemas es el del elevado número de cesáreas que se practican en México. Desde mediados de la década de 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los nacimientos quirúrgicos no sobrepasaran el 15% del total de nacimientos de un país. Sin embargo, en casi todos los países de ingresos medios y altos las cifras se fueron incrementando a lo largo de los años. Por ejemplo, para 1999-2000, las cesáreas representaban en España el 23%, en Gran Bretaña el 20% y en Estados Unidos el 23% (Puentes Rosas, Gómez Dantés, & Garrido Latorre, 2004). Los únicos casos de países que no superaron el 10%, son los escandinavos, Holanda y Japón.

En América Latina, las cifras de cesáreas son consideradas “alarmantes”: para 1999-2000, Brasil tenía más de 30% de nacimientos quirúrgicos y Chile, con más del 40%, era el país con el

porcentaje más alto. Para esa época, se estimaba que en México el 35% de los nacimientos eran por cesárea, cifra que se elevaba mucho más en el sector privado, donde alcanzaba para toda la república, el 53% (Puentes Rosas et al., 2004). Según otras fuentes, para el 2009 México había incrementado las cesáreas a 38.1 % (Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, Enadid, 2009). A principios de 2013, una asociación civil (“El poder del Consumidor”) dio una conferencia de prensa anunciando con alarma que México se había convertido en el país del mundo donde más cesáreas se hacen. Según datos propios de la organización, las cesáreas son el 45.2% de los nacimientos (“México es el país con más cesáreas del mundo: EPC,” 2013).

Para los que estudian la problemática, es importante dar con las diversas razones que esgrimen los actores para justificar tal aumento en las cifras. Y los motivos esgrimidos son: la percepción de los prestadores de servicio de que el procedimiento –cesárea- es más seguro que el parto vaginal; la disminución de habilidades obstétricas de parte del personal de salud; la creciente edad de las madres; la mayor capacidad tecnológica para detectar sufrimiento fetal; y los incentivos económicos de las aseguradoras privadas (Puentes Rosas et al., 2004).

Desde el lado de la salud pública, el aumento de las cesáreas preocupa porque eleva los costos de los servicios de salud y expone a “la madre y el producto” a riesgos innecesarios. Son muchas y variadas las voces que reclaman no sólo una baja del número de cesáreas para cumplir las recomendaciones de la OMS²⁶², sino la desmedicalización el parto y el nacimiento, considerando la mayoría de las prácticas innecesarias y arbitrarias y promoviendo un parto donde la mujer y su familia se vean empoderados (Schallman, 2007).

Por último es interesante mostrar que, si muerte materna y cesáreas implican a los médicos y médicas gineco-obstetras, ellos y ellas son los especialistas que más denuncias han recibido en cuanto a malas prácticas. Así, según datos del Sistema de atención de quejas médicas y

²⁶² Diez recomendaciones de la OMS con respecto a la atención del parto: 1-ser no medicalizados, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias.2-Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún superiores.3-Basarse en las evidencias científicas. 4-Regionalizarse y desarrollar un sistema eficiente de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario.5-Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales. 6- Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico. 7- Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja. 8- Ser apropiados, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos. 9-Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres. 10- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

dictámenes (SAQMED) de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para el período octubre de 2003 a 2007, la gineco-obstetricia encabeza la lista de las especialidades con más quejas, recibiendo el 15% del total -seguida en orden decreciente por ortopedia y traumatología con el 12,5% y urgencias médicas con el 10%-. Pero, si se analiza la especialidad en función de la gravedad del daño²⁶³ ocasionado, el 79,5% de las quejas se concentra en 10 especialidades y de las 5 que más daño físico generaron, está la gineco-obstetricia²⁶⁴ (Fajardo-Dolci & Al., 2009)²⁶⁵.

6.3- De Partos, Cesáreas y Conflictos.

Dado este contexto, me interesa profundizar en una propuesta de modelo intercultural de atención del parto, motorizada por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal²⁶⁶ y entre cuyos objetivos explícitos se encuentra luchar contra la violencia obstétrica. Así, en el análisis del proceso de implementación de este programa, veremos los apoyos y las oposiciones logradas desde dentro y desde fuera de la gineco-obstetricia, así como las posiciones y opiniones de médicos y médicas al respecto.

Hasta que en el actual sexenio asumiera como secretaria de salud la doctora Mercedes Juan, en esa dependencia el cargo más alto había sido ocupado por la Doctora Maki Esther Ortiz

²⁶³ daño físico relacionado con la atención médica cumplen con el criterio de evento adverso establecido por la OMS. (Fajardo-Dolci & Al., 2009)

²⁶⁴ de un total de 233 quejas: en 72 casos no hubo daño físico, en 38 casos, el daño fue temporal, en 46 casos, el daño fue permanente y en 77 casos el daño fue la muerte. Cuando las quejas son analizadas por motivo, el 5,2% refieren a la atención del parto y puerperio –siendo el 4to lugar de quejas según motivo- (Fajardo-Dolci & Al., 2009)

²⁶⁵ El mencionado artículo hace una epidemiología de las quejas, pero sin ahondar en su análisis. Así, es sugestivo el comentario que Roberto Castro (2010) realiza al respecto: “Un artículo recientemente publicado en la revista Salud Pública de México da cuenta en términos estadísticos de las quejas médicas atendidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) en el período 1996- 2007 (Fajardo-Dolci et al, 2009). El artículo reporta que durante estos años la Conamed recibió 18,443 quejas, de las cuáles la más alta concentración (15%) corresponde a la especialidad de ginecología y obstetricia. El artículo asimismo consigna la extrañeza de los autores respecto al hecho de que sólo el 5% de las quejas provienen de usuarias de la Secretaría de Salud, siendo que esta institución atiende a un tercio de la población general, la de más bajos recursos de este país. Para explicar esta “baja demanda” de atención de quejas de la población que acude a los centros de salud de esta institución, los autores vagamente hacen referencia a “factores de tipo sociocultural ya analizados en México” (pp.124, cursivas nuestras) [...] Tenemos así, expresada en un párrafo, toda una agenda de investigación que la salud pública y la biomedicina apenas pueden vislumbrar, pero que sólo puede ser planteada adecuadamente desde la perspectiva de las ciencias sociales” (Castro, 2010: 51)

²⁶⁶ El programa lo promovía, apoyaba y llevaba a cabo la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, dependiente de la Dirección general Adjunta de Implementación de sistemas de salud, de la Dirección general de Planeación y Desarrollo en Salud, de la Subsecretaría de Innovación y calidad, de la SS en el sexenio anterior, 2006-2012

Domínguez, quien ejerció como Subsecretaria de Innovación y Calidad. Como subsecretaria se planteó que entre las paradojas en el campo de la salud para el siglo XXI, especialmente en la atención del embarazo y el parto, se encontraba “por un lado, el importante avance en las tecnologías y por otro, la importancia de la atención humana” aspectos, que “estaban desarticulados y en franca oposición” (Documento, SS-Gobierno Federal). Con la intención de aunarlos, surgió el programa de “Atención intercultural del parto”, que se dio además en el marco de un plan de salud que buscaba que las políticas interculturales se conviertan en una estrategia para evitar -y erradicar- las barreras culturales que impiden el acceso a la atención de la salud²⁶⁷. Estas políticas deberían modificar dos cuestiones centrales: el diseño de los espacios y la forma de operar de los servicios de salud, aspectos que entrañaban una ardua de tarea tanto en lo relativo a la provisión de infraestructura como a la capacitación de recursos humanos.

El documento elaborado por la Secretaría de Salud que presenta el programa, define la “atención intercultural” a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, como aquella que “favorece la calidad de la atención de manera respetuosa, horizontal y sinérgica, en un contexto de seguridad y eficacia”. Para esto, se reconoce el valor del conocimiento de las parteras, cuyas técnicas fueron recuperadas, con la intención de incorporarlas a las prácticas institucionales de centros de salud y hospitales, con miras al mejoramiento de la atención y la adecuación de las prácticas a las sugerencias de la OMS.

Según el mismo documento, los elementos más importantes del modelo intercultural son: acompañamiento psico-afectivo durante todo el trabajo de parto, acompañamiento de un familiar si la usuaria lo demanda, uso de masajes para relajar y disminuir el dolor en la cadera durante el trabajo de parto, posiciones verticales (sentada, hincada, cuclillas, parada), contacto piel a piel y amamantamiento inmediato del recién nacido, climatización de la sala de expulsión, desmedicalización en la medida de lo posible, evitar el abuso de la utilización de la tecnología, respeto a las mujeres en la toma de decisiones.

Es interesante ver cómo las guías y folletos que promueven el modelo resaltan los dos aspectos del mismo: por un lado, si el modelo implica un “nuevo diseño de espacios” para

²⁶⁷ Como veíamos con las cifras del apartado anterior: Chiapas y Oaxaca tienen índices de atención de salud mucho más bajos que el promedio nacional, lo cual dada la importante presencia indígena en estas entidades, permite inferir cómo las barreras culturales impiden el acceso a la salud (aunque las barreras culturales, que no son de las personas sino del sistema de salud, no son los únicos razones de la inaccesibilidad)

promover un “nueva forma de operar los servicios de salud”, las fotografías apuntan a reflejar cuáles son esos re-diseños: mesas y bancos obstétricos y ropa que favorecen “la atención humanizadas del parto”. Y por otro lado, la cuestión de la “sinergia”, esto es, cómo los distintos elementos – la medicina científica, la medicina tradicional, la perspectiva de género- trabajan juntos, contribuyendo entre todos a mejorar la atención. Al respecto, el doctor Diego, subdirector de la SS e impulsor del modelo, decía:

“elaboramos la propuesta de atención intercultural como un modelo sinérgico entre lo mejor del modelo medico occidental, la medicina tradicional y las demandas de mujeres que buscan ser sujetas del parto y no objetos”

Después de la entrevista, el doctor Diego me regaló un texto que escribió, donde recupera la historia de Trótula, lo cual puede ser interpretado como una forma de identificarse con cierto legado de un saber médico, opuesto en alguna medida al de la medicina hegemónica. En su oficina de la Secretaría de Salud, tenía una colección de estatuillas de barro indígenas, estatuillas que representaban diferentes cuerpos de mujer -muchas de ellas en postura de parto en cuclillas-. En el póster que coronaba la pared de entrada al despacho se anunciaban las pláticas en el marco del Modelo de atención intercultural del parto: en la foto principal del póster se veía a una mujer pariendo en una butaca, sentada y acompañada de su pareja. ¿Qué suman estos datos -en apariencia anecdóticos- a las palabras del doctor Diego? Pues reafirman su posición crítica respecto de la formación médica en general, pero especialmente de la gineco-obstetricia. Posición crítica que vertebra su práctica constante en la Secretaría de Salud.

Sabiendo estas cosas sobre él, leí el documento sobre Trótula, que está escrito con un tono apologético y humanista, y versa sobre el aporte de esta mujer y en general, de la Escuela de Salerno, a la medicina y la cultura medieval. No hay citas ni referencias historiográficas y las referencias temporales son muy laxas -del tipo “en aquellos tiempos” “en la alta edad media” -. Pero a la vez, subraya cómo fue posible que la historia de la medicina olvidara a Trótula: “Sudhoff y Singer, a comienzos del siglo XX, trataron de eliminarla por completo afirmando que “sus trabajos incluyen instrumentaciones quirúrgicas demasiado complicadas, ninguna mujer escribiría tan explícitamente sobre cuestiones sexuales””²⁶⁸. En el texto, que tiene sin dudas la intención de rastrear un linaje de mujeres gineco-obstetras comprometidas con la salud de la mujer –

²⁶⁸ En esto, el doctor Diego sigue casi a rajatabla el planteo de Margaret Alic (1991) pero sin citarla. No queremos con esto criticar el texto, porque lo estamos evaluando no como un texto académico sino como una intervención en su campo de trabajo: la gineco-obstetricia y la introducción del “parto humanizado”.

contrariamente a las ginecólogas “duras” que según sus dichos encabezan los maltratos a las parturientas en los hospitales públicos de la ciudad de México-, el doctor Diego también resalta la sensibilidad y cualidades de Trótula – y no sólo su formación científica- por ejemplo, cuando escribe: “Ellas le abrían el cuerpo y el alma y le confiaban secretos que los hombres no comprendían ni merecían. Trótula les enseñaba a aliviar la viudez, a simular la virginidad, a sobrellevar el parto y sus trastornos, a evitar el mal aliento, a blanquear la piel y los dientes, y a reparar de los años el irreparable ultraje.” Es decir, de alguna manera su “documentito” (tal como él lo presentó) es una intervención en su arena de disputa dentro de la profesión y también implica un alinearse con determinadas ideas y nociones sobre el posible lugar de las mujeres en la especialidad.

Volviendo al modelo de atención intercultural: está claro que el modelo se inspira bastante en las recomendaciones de la OMS. Como si este apoyo no fuera suficiente, me parece importante mostrar cómo los médicos y funcionarios que lo llevan a cabo, lo respaldan además desde la evidencia científica, poniendo de relieve datos “científicos” rigurosos que apoyan tanto las bondades del modelo, como las críticas que contiene hacia ciertos rasgos del Modelo Médico Hegemónico y la puesta en valor de algunos elementos de la partería tradicional²⁶⁹.

Así, por ejemplo lo hace a partir de los análisis llevados a cabo por la organización internacional “Colaboración Cochrane”²⁷⁰, que muestran cómo ciertos procedimientos técnicos que se realizan de rutina no sólo no son necesarios, sino que además no muestran efectos positivos. Entre estos, destacan el rasurado del pubis, el enema, las episiotomías de rutina y las revisiones de cavidad uterina previas al parto; respecto al recién nacido, se critica la ligadura y corte temprano del cordón (mantener el cordón es una medida recomendada contra la anemia) y la inducción a la leche artificial (o por lo menos, la no estimulación de la lactancia materna). Y entre todos, uno de lo que más debate ha generado, es el del uso y abuso de los oxitócicos sintéticos²⁷¹, ya que “además de vulnerar los derechos humanos de las mujeres en trabajo de

²⁶⁹ La relación-tensión con la partería tradicional, es una característica constante a lo largo de toda la historia de la gineco-obstetricia mexicana, como he intentado mostrar en la primera parte de este capítulo.

²⁷⁰ Es un organismo sin fines de lucro cuyo fin es elaborar revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados, así como revisiones de la evidencia más fiable derivada de otras fuentes. Para más información: www.cochrane.es

²⁷¹ La oxitocina es una hormona que se produce durante el parto y la lactancia y en situaciones de paz y confort: favorece las contracciones uterinas. El problema es que se inhibe en todas las situaciones de producen adrenalina, como, estrés, miedo, frío, mucha luz, pudor, inseguridad. Por lo que, en las situaciones en que se dan los partos en clínicas y hospitales –salas frías, con mucha luz con gente que observa, con otras

parto, puede alterar los procedimientos fisiológicos, producir distocias de contracción (anomalías en la contracción y dilatación uterina), sufrimiento fetal por la posición de litotomía (acostada sobre la espalda), atonía uterina (pérdida del tono muscular del útero, que puede retrasar su involución y causar hemorragias) y extirpación del útero por excesos de oxitócicos sintéticos”(Almaguer González, García Ramírez, & Vargas Vite, 2010, p. 7).

Otro de los temas que más debate producen es la posición durante el parto. Tal como veíamos en uno de los primeros manuales de Gineco-obstetricia mexicana (*La Guía Torres*, publicada por primera vez en 1858), la posición vertical en el parto es uno de los elementos más recuperados de las tradiciones de la medicina popular- y también el que tiene más elementos científicos que lo avalen-. Así, por ejemplo, además de argumentar en la cuestión cultural e histórica -en todos los continentes y en casi todas las épocas históricas, las mujeres parieron en posición vertical hasta la emergencia, en Europa, de la medicina científica (Bernardo, 2004) -, se afirma que las ventajas están dadas en los efectos respiratorios (no hay presión sobre los pulmones y entonces hay mayor oxigenación), en los mecánicos y de gravedad (que favorecen el encaje y descenso del feto), en los efectos musculares, en la disminución de los riesgos de compresión aorto-cava, que previene sufrimiento fetal y el efecto Poseiro²⁷², en la disminución de la posibilidad del prolapso del cordón, además de que, en términos generales, hace más rápido el parto y el alumbramiento. La desventaja principal para las mujeres es que aumenta las posibilidades de hemorragia, por lo que es desaconsejada en casos donde se constaten tendencias hemorrágicas.

Lo que el tema de la posición en el parto muestra es cómo, en el proceso de su medicalización, se dio prioridad al médico gineco-obstetra en detrimento de la mujer, ya que – salvo la cuestión de las hemorragias, que pueden ser controladas en una institución asistencial debidamente equipada- la única justificación de la posición horizontal y a la francesa, es la comodidad del médico. Por eso, la discusión, que por momentos pareciera ir por canales científicos, muestra que lo que está por detrás es otra cosa: el poder, es decir, quién decide qué está bien, cómo se hace una práctica, cómo se pare, cómo se nace.

mujeres también asustadas- es común que la adrenalina inhiba a la oxitocina y se detenga el proceso natural de contracciones y trabajo de parto (Almaguer González et al., 2010). Por eso, en la atención humanizada se estimula el parto en lugares con poca luz, cálidos, con música, con compañía, etcétera -todos elementos que estimulen la oxitocina natural y por ende, el trabajo de parto-.

²⁷² Efecto causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído.

Es a través de estas técnicas y prácticas, que se cristalizan relaciones de poder: el que interviene, ve, palpa, decide, corta y la que tiene que obedecer, no tiene dominio de su propio cuerpo y debe “dejar hacer”. Es por todo esto que los distintos autores conciben a la gineco-obstetricia como un dispositivo de poder que busca controlar y patologizar el cuerpo de las mujeres (Jornadonova, 1989; Foucault, 2005; Butler, 2007; López Sánchez, 2010). Y es también la razón por la cual, los médicos que promueven el Modelo intercultural del parto, dan un lugar central a la cuestión de la posición vertical y conciben su modelo como una alternativa al nacimiento medicalizado, que tal como se da en las clínicas y hospitales, es considerado como Violencia Obstétrica -y ésta como una “forma de patriarcado en las instituciones de salud” (Almaguer González et al., 2010)-.

Me interesa analizar detenidamente las definiciones de los médicos que publicaron su trabajo sobre violencia obstétrica ya que ellos eran, a la vez, los funcionarios encargados de diseñar e implementar el Modelo de atención intercultural del parto, de modo que lo que ellos definen y publican, debe ser considerado más que como un aporte teórico, una intervención y una toma de posición²⁷³. Sitúan la Violencia Obstétrica dentro del fenómeno de la Violencia de género, y la describen como la que afecta la salud reproductiva, ejercida por el personal de salud y “frecuentemente presente en la atención convencional de los servicios institucionales y privados”. Esta frecuencia en la atención “convencional”, los alerta sobre la “naturalización” que se hace de estas violencias -como la obstétrica-. La Violencia obstétrica es entonces un tipo de violencia institucional, producto del patriarcado (consideran patriarcado al orden sociocultural que “genera y legitima relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, que se expresa en múltiples formas de desigualdad, discriminación y violencia”), que se manifiesta en la legitimación de procedimientos como la apropiación del cuerpo de la mujer y un trato deshumanizador y una patologización de sus procesos naturales (Almaguer González et al., 2010, p. 5)

Además de las precisiones de esta definición, y poniendo el acento en la cuestión de la naturalización, es interesante transcribir las palabras del Doctor Villanueva, ponente en la mesa de discusión sobre “Equidad y Género en México” en el congreso de COMEGO. La suya también es una intervención, ya que si bien trata un tema que no se considera “taquillero” –y de hecho, de las

²⁷³ Esto es importante de remarcar, ya que otros actores, por ejemplo académicos provenientes de las ciencias sociales como Roberto Castro, consideran a la violencia obstétrica desde una óptica diferente, englobándola en el conflicto entre los derechos de ciudadanía –en este caso en salud reproductiva- y su choque con el *habitus* autoritario como lo es el *habitus* médico (Castro, 2010)

mesas a las que asistí en el mencionado congreso fue, por mucho, la menos numerosa- lo hace interpelando a sus propios colegas, en un foro donde fue invitado por la misma corporación a la que pertenece -pero, de soslayo, como veremos, critica-. Allí, describiendo el escenario de lo que se considera el trabajo cotidiano en la “medicina defensiva” –donde pareciera se da una lucha de médicos contra pacientes- el Doctor Villanueva aboga a terminar con lo que él denomina “malos tratos” y que pueden ser traducidos como Violencia Obstétrica:

“Regaños, burlas, ironías, humillaciones, negar el tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna –eso que llamamos el multi-rechazo hospitalario-, aplazamiento de la atención médica urgente, manipulación de la información, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando, utilizarlas como recurso didáctico, exhibición y/o revisión masiva del cuerpo, incluyendo sus genitales, ignorar solicitudes o reclamos, el dolor en el trabajo de parto como castigo (todo esto que no saqué de los libros, sino de las vivencias) [...] la coacción para obtener el consentimiento, nalgadas, cachetadas, golpes, pellizcos con pinza o la famosa episiotomía sin anestesia, porque muchos creen que en la coronación no duele y ¡sí duele!, también el “clásico nacional” *“Así gritabas cuando te lo estaban haciendo”*, los que se ríen, los que les parece gracioso insultar a una mujer en el trabajo de parto... [...] aunque quisiera... no los puedo llamar médicos a estas personas que tienen dos nociones de mujer: la virgen, -la pura- y las que ejercen su sexualidad, que si son pobres, son putas (*silencio total en el auditorio*)”

Además de la precisión que esta enumeración brinda, me parece interesante cómo el doctor subraya las ideas que tienen sobre la mujer quienes ejercen estas prácticas, poniendo al descubierto lo que los autores del artículo describían como “el patriarcado como orden sociocultural”. Este discurso puede considerarse completamente disruptivo, sobre todo considerando que el día anterior, en el mismo salón (el OLMECA 2 del Centro de Convenciones del *World Trade Center*) un colega suyo –como veremos más adelante- se despachaba en una férrea defensa de la cesárea, con comentarios que buscaban la complicidad del auditorio –lográndola- y que estaban muy en la línea de lo que Villanueva enumeraba como “malos tratos”.

Hasta aquí nos hemos basado principalmente en documentos y textos que dan cuenta de las definiciones, objetivos y metas del Modelo de atención intercultural del parto. A continuación y en base a las entrevistas realizadas, me enfocaré en cómo se logró la implementación del modelo.

El modelo de atención intercultural del parto. La implementación.

El modelo de atención intercultural del parto consiste en atención conjunta con las parteras tradicionales en los servicios de salud. Para fortalecer el intercambio cultural, se organizaron charlas y encuentros en los centros de salud y hospitales de Chiapas, Colima, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla y Veracruz. Primero se realizaron varios “encuentros

de enriquecimiento mutuo” entre parteras tradicionales y personal de salud: en las fotografías de estos encuentros se ve a las parteras, muchas veces vestidas con sus atuendos tradicionales y el personal de salud, todos en un ambiente distendido y de alegría, ensayando posiciones de parto o platicando. Luego, se lanzó el plan piloto, que empezó en abril de 2009, con partos verticales atendidos en el hospital General Aurelio Valdivieso, en la Ciudad de Oaxaca.

Pero para lograr esas charlas y el plan piloto, primero fue necesario conseguir “aliados”, que apoyaran y sirvieran al proyecto, como lo cuenta el Doctor Diego:

“desde 2005, 2004 que comenzamos a trabajar eso, comenzamos a detectar gineco obstetras hombres -o sea, al principio fue una pareja- una pareja laboral, un gineco obstetra y un anestesiólogo que habían estudiado toda la fisiología del parto vertical; luego identificamos otro que está en la Clínica de Especialidades de la Mujer de la SEDENA, en el CIMIGEN (aquí en México), en Tula, en Oaxaca... puros hombres, que son los que han estado preocupados por incorporar en la atención del parto las recomendaciones de la OMS.”

Este comentario comienza a reflejar uno de los aspectos que más interesan a este análisis: el papel de las mujeres —en especial, las gineco-obstetras- en este tipo de procesos que tanto conciernen los derechos sexuales y reproductivos. El doctor Diego describe cómo se fue dando el proceso para “detectar” perfiles de doctoras y doctores que pudieran sumarse al proyecto:

“el año pasado hicimos un trabajo muy fuerte en 16 hospitales del país para capacitar en este modelo, con el apoyo -tuvimos el apoyo económico del Centro Nacional de Salud Reproductiva-, contratamos tres—no conseguimos—no encontramos gineco obstetras que pudiéramos contratar, contratamos tres doctoras generales expertas en atención del parto bajo la recomendación de la OMS. O sea, sí hay médicas con ese perfil, con esos elementos: pero no son gineco obstetras.”

Una de ellas es la Doctora Yola, médica homeópata que se dedica a atender partos fisiológicos, es decir, sin ninguna intervención y que por eso fue convocada por el equipo del Doctor Diego para colaborar en la capacitación del personal de salud. Ella dice sobre el parto:

“cuando uno se dedica a atender partos, está uno claro, al pendiente de todo, pero sobre todo está uno viendo la sabiduría de un cuerpo, la sabiduría de la naturaleza, dejar que la naturaleza vaya haciendo su proceso. O sea, está con el corazón también, sin descuidar tampoco lo que esté pasando, entonces, como esas dos partes, porque, lo que a mí me enseñaron pues fue atender partos. Cuando yo fui aprendiendo que la fisiología del parto es muy diferente, la fisiología del parto es dejar que la naturaleza de sus tiempos y lo vaya haciendo ¿no? como un árbol como un... hablando de la naturaleza, o como los animales ¿no? que saben su momento. Es como la flor que a veces estamos viendo ahí el botón y uno va y quisiera abrirlo y ya está a punto de brotar, y tener que esperar—no, esa paciencia—y regresa uno unas horas a ver si ya abrió ¿no? Sin intervenir, el parto es así: están dejando que evolucione, claro, siempre y cuando todo esté bien ¿no? Conocer la verdadera fisiología del parto es muy diferente a ser un parto natural, como conocemos. Porque de los médicos decían “pues nosotros hacemos partos naturales, no sé por qué nos critican” y por qué...yo también lo decía ¿no? “pues si me enseñaron a atender un parto natural, cuál es la diferencia” pues

sí, sí hay diferencia, porque un parto natural es no intervención, y para ellos un parto natural es estar interviniendo”.

La idea y el proceder de la doctora Yola es bien distinto al de los gineco-obstetras que trabajan en los centros de salud y hospitales, cuyas prácticas de trabajo y su excesivo intervencionismo, son lo que se quiere modificar. Por eso, el doctor Diego, decía:

“entonces, bueno nosotros ahora con este trabajo hemos estado identificando gineco obstetras (hombres y mujeres) que... que están como abiertos, queremos hacer como en otros países una red de “parto humanizado” de sobre todo de gineco-obstetras, parteras profesionales, tradicionales, enfermeras, que estén... médicos y médicas que están apoyando esto; y estamos intentado rescatar mujeres gineco obstetras (ya tenemos identificadas dos)”.

Sobre una de ellas, la doctora Liz, él decía:

“supimos que en el Hospital Gea Gonzalez hay una doctora gineco obstetra que también es Jefa de Servicio que está metiendo lo que es ciclo profiláctico, algunas cosas, no está metida en la posición, y otras cuestiones. Tienen además muchas dificultades por los espacios, pero ya es una mujer abierta. No quiso llamarlo “humanizado” para que no se lastimaran las sensibilidades de los “pobrecitos gineco obstetras”, entonces lo llamaron “Modelo Gea” ¿no? a eso que es una cuestión desde nuestro punto de vista, parcial, que está bien si es gradual: yo sí creo que muchas cosas es difícil cambiarlas de un jalón pero si decir “esto es lo que quiero” y empiezo a recorrer los escaloncitos... Nosotros no queremos que la gente se frustre y se dé contra la pared, pero que sí sepa a donde se quiere dirigir”

Vemos en este relato las precauciones y prevenciones de una estrategia que a la vez que confronta las prácticas y saberes de los gineco-obstetras, también entiende sus susceptibilidades y admite que sin ellos, el cambio es imposible. Me interesa mostrar lo que plantea al respecto esa médica gineco-obstetra, del Hospital Gea González, a quien también entrevisté, la doctora Liz:

“yo en alguna ocasión le comentaba al Dr. Diego, que eso de parto humanizado, como tal, a mí no me gusta ese concepto, porque da entender que lo que nosotros hacemos ¡es inhumano! ¡Y no es así! entonces, si tú llegas y le dices a alguien “oye, cómo ves todo lo de la tendencia del parto humanizado” no, dice “es que está...pues ¡qué padre! Pero discúlpame, yo no soy inhumano, o sea, lo que yo hago no quiere decir que esté mal” Desafortunadamente, utilizan ese concepto como para dar entender que, pues que debe ser como un poco más individual la atención, darle como (*duda*) mucha participación a la paciente, a la familia, que va haber menos intervencionismo por parte del médico, etc., pero yo creo que no es cómo tal el termino adecuado, y mucho menos para entrar a un grupo [...] Si tú le dices a alguien, te va a generar un rechazo, pero inmediato”.

Sobre si “humanizado” es o no la palabra correcta, el Doctor Diego explicaba que éste es un término que nació en Brasil “porque además, ellos tienen una política de humanización de todo, no nada más de los partos”. Y que sea cual sea el término utilizado, la cuestión es tener en cuenta “a las personas y que es importante explicitar una atención con ciertas características, que son contrarias a la violencia obstétrica ¿no? Donde la persona es sujeto, es protagonista y no es un objeto ahí que puedas cosificar, lo que también nosotros hemos identificado que nos tomó de lo

médico, es un modelo androcéntrico (dentro del sistema patriarcal) y ese modelo androcéntrico cosifica a la mujer”

Así, lo que se busca es ir contra un modelo, considerado “androcéntrico”, que “cosifica a la mujer”, para cambiarlo y eliminar la violencia obstétrica. Es interesante que en este uso de “humanizado”, hay algo similar a lo que planteábamos en el capítulo anterior sobre los diagnósticos de la medicina actual como una medicina “deshumanizada”, donde “humanizar” refiere, entre otras cosas, a hacer la medicina más cálida, más sensible –¿más femenina?- y así, menos fría, menos ruda –¿menos masculina?- y quizá, así, más genuinamente “humana”. Pero en el caso del parto “humanizado” y del “modelo intercultural”, hay que negociar con los gineco-obstetras. Y para eso, hay que ir con cuidado. Como plantea la doctora Yola:

“Entonces, es cierto por un lado, los médicos, es en su práctica “porque me vas a venir a enseñar!” yo decía “no se trata de pelear con ellos, de estarlos enjuiciarlos tanto, son esto, son lo otro” porque pues están defendiendo tantos años que les costó o nos costó: una carrera de medicina es... no es fácil, y la especialidad no es fácil, entonces, les cuesta soltar todo eso [...] Pero si uno logra contactarlos y exponerles el por qué y cómo, es más bien invitarlos a que escuchen, más que atacando o confrontando. Una de ellas, una de las ginecos me decía “por qué nos atacan tanto” “por qué no nos escuchan también” o “por qué no nos lo muestra, que siempre nos están ataca, y ataque en nuestra práctica, porque es lo que sabemos, es cómo vamos atender” Entonces, yo lo que fui aprendiendo de ellos era pues a invitarlos. ...”

Por un lado, para no confrontar, como estrategia, y por otro lado, comprendiendo que hay una cuestión de “sistema”, institucional, que excede el comportamiento de los gineco-obstetras individuales, como lo relata la doctora Liz, quizá en defensa de sus propios colegas, se lamenta y reclama:

“yo creo no es tampoco culpa tanto del ginecólogo, que todo eso se haya ido dando a lo largo del tiempo, de manera rutinaria, yo creo que es como parte de un sistema ¿eh? De todo un sistema ¿por qué? Porque por ejemplo, violencia obstétrica hay muchas formas de violencia obstétrica, hasta el hecho que tú tengas a una paciente sentada en una silla y que no le puedas ofrecer una cama digna para acostarla y para llevar su atención, en una cama o en una camilla adecuada y la tengas que tener sentada: eso es violencia. Pero eso no depende de ti, eso depende de la infraestructura del hospital, de los servicios de salud que hay, de cómo están distribuido esos servicios, del dinero, cómo construyen las áreas hospitalarias, qué si hay o no material, qué si hay o no hay espacio; que la población está rebasando pero mucho, los hospitales públicos: no caben ¿eh? Las mujeres no caben, y podrán abrir otro hospital, el problema es que los abren y los abren sin material, sin personal médico, pasan años en que a veces... por ejemplo, aquí en la zona sur abrieron hace poco un hospital, ya tiene dos años funcionando, y esta la fecha tiene el 70% de su planilla, o sea, aunque haya hospitales, no están cubiertos los hospitales y no son funcionales al 100%”

En esta idea de tratar de comprender que los gineco-obstetras no son los “malos” de la película, me parece interesante mostrar lo difícil que es en principio para los propios especialistas definir ciertos comportamientos y prácticas totalmente rutinizadas como algo que está mal y debe

ser modificado. Es decir, cómo, el mismo concepto de violencia obstétrica, los perturba. En el Instituto Nacional de Perinatología, un pequeño grupo de médicos jóvenes y estudiantes e investigadores de otras disciplinas –entre quienes me encontraba- convergimos en la necesidad de promover un protocolo de investigación sobre violencia obstétrica, a realizar en el mismo Instituto. En una de las reuniones, uno de los gineco-obstetras discutía con otro colega, diciéndole que él entendía la violencia obstétrica como “quitarles autonomía a las pacientes, que ellas deberían poder decidir”; su colega lo confrontaba argumentando que no se puede decidir sobre todo porque hay cosas que las pacientes no saben ni pueden saber, por ejemplo, si se debe usar fórceps o no. Transcribo de mi cuaderno de campo:

“entonces Santino dijo “pero hay que respetar la percepción de la paciente, si ella considera que fue innecesario, es su opinión, pero vale” el otro le decía “pero cómo va a saber si era o no necesario” y entonces llegan a esto de que el médico sabe si es o no necesario, pero debe explicar bien y respetar lo que es la percepción de la paciente, involucrarlas en la toma de decisiones, “como en Amsterdam, donde paren en su casa pero afuera hay una ambulancia”, porque no es que “los gineco-obstetras somos unos rufianes que obligamos a las pacientes a parir como en la inquisición” Terminan entre ellos llegando a una especie de consenso, según el cual “lo del parto humanizado” “no debe quitarle la autoridad de la decisión del médico” y de lo que se trataría entonces sería de mejorar la comunicación.”

Esto nos va mostrando una interesante diversidad de posturas dentro del mismo universo de los gineco-obstetras: de los más abiertos, que se dejan enseñar y ponen en tela de juicio sus propios saberes y prácticas; los que buscan una salida negociada entre su poder, autoridad y saber y los derechos de las pacientes; y los que de plano, se resisten. Sobre los “más abiertos”, la doctora Yola decía:

“Hubo unos ginecos que me tocó, y que estuvieron muy atentos. En uno de los hospitales tuvimos la práctica y una de ellas, una gineco decía “Dra., yo me siento aquí, yo voy a estar calladita, sentadita y me va a enseñar cómo” Y entonces estuvimos mostrándole los pasos y lo que decía ella era “¿por qué nunca nos enseñan esto?” dice “qué bonita atención, por qué nunca nos enseñaron esto, sino que tenemos prácticas erróneas” ¿no? Entonces, estaba admirada, del tipo de atención.”

Y también:

“cuando yo hablaba con los diferentes médicos, ellos veían cómo se atiende un parto, veía las caras de expresión ¿no? Están viendo los tiempos, sin estar interviniendo, sin estar jaloneando, ellos estaban en ese momento en los partos y se quedaban, uno los veía así, como... sorprendidos, qué es esto ¿no? pasaba el parto y decían “qué bonito parto” [...] Un especialista se quedaba admirado, era lo que a mí me tocó en los diferentes hospitales “¡wow! Qué hermoso es que nazca un bebé así” O sea, como que en ese momento nos cae el veinte, cómo hemos estado atendiendo, como se interviene, te digo, es cuando se toma conciencia de la forma de atender ¿no?... Cuando ellos entraban y veían como la mujer estaba en esa plenitud, en esas contracciones, nos tocó acompañar nos tocó atender partos donde el esposo acompañaba a las mujeres. Imagínese la escena ¿no? la mujer acompañada de su esposo, pujando poco a poco, el bebé saliendo sin jalones, en su tiempo, para el médico eso “qué es esto, qué es esto” “espérame, espérame qué es esto” ¿no? Se queda uno impactado, o sea, esto jamás me lo enseñaron, o sea, son dos mundos distintos”

Como decía más arriba, otra de las posiciones es reconocer que si bien hay condicionamientos institucionales y estructurales, también adoptar algunas de estas nuevas prácticas implica hacer una especie de autocrítica, que deriva en actitudes diversas, como las de una joven residente de Perinatología que buscaba hacer una maestría en derechos humanos para “elaborar modelos de atención de calidad” que contemplen los “derechos de las mujeres”, o como lo señala la doctora Liz:

“Pero yo siento que nosotros mismos nos estamos volteando a las pacientes ¿no? Porque, sí tienen razón, sí está mal lo que estamos haciendo (de alguna forma) que insisto, no es todo culpa del ginecólogo, es parte de un sistema. De que todo lo que hacía antes, las prácticas de las parteras, las prácticas (*duda*) como en otros lugares ¿no? que hasta la enfermera obstetra es la que atiende un parto, que todo eso es lo que debe de regresar. No, si yo no digo que no, está bien, debemos respetar hasta las costumbres y la cultura de cada quién, pero para poder empezar a manejar ese tipo de información, hay que cambiar las cosas: es cambiar todo”

Pero, hay que decirlo, lo que también hay es mucha resistencia, como lo describen los siguientes relatos:

“hay muchísima resistencia de hombres y mujeres, aunque te comento: por ejemplo, ahorita hablando de mujeres agresivas. Hace poco el estado de Puebla nos pidió que hiciéramos una presentación del parto vertical y toda esta propuesta a los médicos y gineco obstetras del estado. Entonces, nos convocaron ahí a un salón de la Universidad, entonces, presentamos toda la propuesta, inclusive hubo un médico que sin decir nada pidió todas las presentaciones, todo el material, lo dio él, él impartió el curso en su hospital y ya está comenzando a meter el modelo. Pero una doctora salió agrediendo ¡pero durísimo! No me agredió a mí y agredió a una compañera (de aquí de nosotros) que ella presentó, tenemos una presentación muy bonita de recomendaciones de la OMS—ella lo maneja muy bien—además, la atención del parto no debe ser medicalizada ni menos gineco... gineco obstetricocéntrica, sino que debemos participar mucha gente, además son muchos los que pueden atender partos, no solamente los médicos...bueno agrediéndola así “¡cómo una mujer que no era médica hacía la presentación!” y que éramos muy agresivos. Por hablar de violencia obstétrica... se sintió agredida aunque nunca señalamos que es una cuestión de la persona sino del modelo.”

Decía el doctor Diego, mientras que la doctora Yola, también lo relata:

“Sí. Sí, sí me he topado con mucha resistencia, sí. No solamente de parte de ginecos, sino de los mismos médicos generales, sí, o de pasantes también de medicina [...] Estuve trabajando en diferentes hospitales, hablando en los hospitales, pues iba yo a este curso a dárselos, entonces, algunos cuando estábamos...fue teórico y práctico- cuando estábamos en lo teórico- algunos se salían ¿no? y ya no regresaban como diciendo “no me interesa ese tema” ¿no? Algunos se quedaban, o salían y regresaban, como de “a ver, cómo que me suena” siempre se está como minimizando, minimizando “a ver demuéstreme, y a ver científicamente esto” siempre, el médico siempre va estar “a ver, demuéstreme, a ver dónde dice, a ver muéstreme” Y pues se demostraba, siempre tenemos herramientas para estar demostrando, entonces, a pesar de que se demostraba, algunos aceptaban, o algunos, o sea “sí, pero eso no, lo que tiene que prevalecer es lo que yo aprendí en la carrera”.

Sobre la “cientificidad” de los argumentos a favor del Modelo de atención intercultural del parto, el doctor Diego contaba sus muchas discusiones con miembros de las organizaciones

científicas de la corporación ginecológica y llegó a la conclusión que los argumentos científicos para ellos no importaban, sino que era un modo de buscar excusas para desprestigiar la propuesta:

“Y le dije “aquí la SEDENA²⁷⁴ tiene...” ellos dijeron “que casuística tienen para proponer todas esas cosas que están diciendo” “además de que la OMS dice que hay investigaciones, aquí en México tenemos esto” me dice “tiene 27 mil partos, es muy poquito” ¡cómo que muy poquito! ¿Pues cuantos habría que tener de muestra? Y dice un médico gineco obstetra, no voy a decir un calificativo porque no, le queda chiquito “yo creo que como un millón”... o sea qué significa: no solamente que no saben nada de investigación ¡no les importa!”

Por eso, según este doctor, lo que muestran esas actitudes es la defensa de intereses:

“Claro que hay intereses. Uno de ellos comentó “¡no!... yo estoy a favor de que la mujer decida, porque la mujer decide por la cesárea” O sea, son médicos que son de la línea pro- cesárea. Hay hospitales privados que no tienen ya sala de expulsión ni sala de labor porque ya todo va directamente a la cesárea”

La Defensa de las Cesáreas

Los dichos de mis entrevistados indican la existencia de resistencias a la implementación del Modelo intercultural del parto y con él, de todas las prácticas que insinúen una desmedicalización del proceso del embarazo-parto-puerperio. Con la intención de conocer los puntos de vista de la “corporación gineco-obstétrica”, asistí como observadora a un congreso de COMEGO²⁷⁵. En uno de los simposios de discusión -“Tendencias en Ginecología y Obstetricia ¿regresión o progreso?”- presencié una conferencia que puede ser considerada el ejemplo perfecto de estas oposiciones y resistencias que los doctores Diego y Yola mencionaban. Por eso, me interesa dedicarme especialmente en este apartado al análisis, no sólo de los contenidos, sino de la puesta en escena de esa defensa, a través de la exposición del Doctor Quintana,²⁷⁶ un hombre de unos setenta años, de pelo canoso, gruesos lentes y tono de voz fuerte y certero.

²⁷⁴ SEDENA: secretaría de la Defensa Nacional, en sus hospitales de la mujer, se practica el parto vertical con éxito desde 1999.

²⁷⁵ Debo agradecer al doctor Luis Senties, del COMEGO, por permitirme asistir gratuitamente a las mesas que, según los fines de esta investigación, consideré importantes.

²⁷⁶ Quiero recordar que algunos nombres han sido modificados, pero no los datos biográficos. Según el coordinador del simposio, el Dr. Quintana no precisaba presentación, lo cual significa que para los presentes era alguien conocido: “egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, hizo su residencia en el Hospital de Gineco Obstetricia número 1 del IMSS; ha sido formador de muchas generaciones de gineco obstetras en México, fue presidente de nuestro Colegio, cuando todavía se llamaba Asociación Mexicana de Gineco Obstetricia. Es profesor de gineco y obstetricia, y jefe de admisión del Hospital Ángeles de las Lomas y en la actualidad es vicepresidente del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia” fueron las palabras introductorias del presentador.

El doctor fue invitado para discutir con su ponencia “temas que abordan la resolución del embarazo”, y para que no quedara ninguna duda, el coordinador de la mesa, introdujo al ponente con la pregunta –que sería sin lugar a dudas, respondida-: “¿Realmente queremos los ginecólogos bajar el número de cesáreas?”

El simposio tenía otro ponente (cuya presentación fue mucho más técnica ya que versaba sobre los diferentes modos de realizar una histerectomía –de modo vaginal, abdominal o por laparoscopia-); se realizó en uno de los salones del centro de convenciones del WTC, el salón OLMECA 2, que estaba prácticamente lleno, con un público que rondaría las 500 personas.

La primera diapositiva de la presentación del Doctor Quintana era un listado de los “dioses” y personajes de la Antigüedad Clásica que según él, habían nacido por “la vía abdominal”, lo cual describe como un “parto inmaculado” que evita “el estrecho camino de la vagina”: entre ellos figuraban Esculapio, Dionisio, Adonis, Brahma, Odín e Indra.

El argumento que llamó “los Dioses nacen por cesárea” fue una introducción, seguida por la presentación de los datos de la historia científica que muestran la baja en la mortalidad materna:

“lo que espera la Organización Mundial de la Salud en el 2015, prácticamente espera cero de mortalidad materna. Y vean la mortalidad en el años de 1840, cuando llegó la mejora en la atención, la mejora en el saneamiento: un pequeño descenso, un descenso prácticamente de nueve y medio. Si bien los años pasaron y llegó la atención prenatal –que tampoco tuvo mucho éxito- que no vengan con el cuento de que nos sentamos cada mes con la paciente, la revisamos y eso es una garantía de que no va a tener una complicación, y ustedes mismos lo saben (*todo esto dicho con tono belicoso*). Podemos tener entre una consulta y otra una bola de problemáticas ¿sí?”

Aquí su discurso ya comienza a mostrar dos rasgos que serán permanentes: por un lado, la puesta en duda de los imperativos que la salud pública y especialmente, organizaciones como la OMS plantean e impulsan -aquí, es la puesta en duda de los controles pre –natales como forma de evitar la muerte materna-. Y otro, es el uso de un tono despreciativo, irónico y teatral, especialmente a la hora de realizar descripciones que aluden al cuerpo de las mujeres. Retomando, entonces, para el doctor Quintana, la baja en la mortalidad materna se debe a la aparición de los antibióticos –lo cual, no es una “conquista” de la gineco-obstetricia, aunque pareciera que así quiere presentarlo-:

“Lo que trajo consigo una gran disminución, fue que aparecieron los antibióticos... Apareció el banco de sangre—esto apareció a raíz de la segunda guerra mundial-. Ustedes se acordarán que esta situación se dio

en esos momentos críticos, porque los momentos críticos en la vida del hombre, siempre han traído mejoras tecnológicas y conocimientos. Y las mejoras clínicas... ¿quién de los viejos que están aquí no se acordarán en los hospitales? Aquellos antiguos, como “Gineco uno”, y otros que podíamos recordar, tenían un piso para aquellas pacientes que se les había hecho cesáreas y estaban infectadas ¡verdaderamente olía a podredumbre! ¿Sí? Y muchas mujeres, que se les había hecho cesárea perdían el útero ¿Por qué? Porque no teníamos suficientes antibióticos o no conocíamos los antibióticos, y le echábamos la culpa hasta la sutura, verdad que eran dramáticas...Pero hoy, gracias a esta situación, gracias a la cesárea a la que estamos juzgando el día de hoy, hemos logrado abatir en un número importante la mortalidad ¿Sí? Y esto es parte del asunto”

La exposición continuó con una diapositiva donde se mostraban las tasas de cesáreas en varios países y regiones, destacando el doctor que Latinoamérica es “acusada” de tener una tasa “altísima” de cesáreas, aunque sin embargo agrega que México tiene una “tasa elogiabile” (vale la pena recordar que la misma tasa era vista con preocupación por otros analistas, como ya lo vimos en el presente capítulo). El doctor Quintana continúa analizando la tabla con los datos y afirma:

“hay tasas muy diferentes de lugar a lugar... Europa donde sobre todo quieren referirnos y quieren comparar ¿Ustedes pueden comparar una sueca con una oaxaqueña? (*Algunas risas del público*) ¡Son iguales! (*dicho con tono irónico*) Todos se ven con el color del cristal interno -por eso una es opaca y otra es güera, vean el contraste- (*más risas del público*). Y entonces, pues obviamente si comparan aquella sueca de 1.80 con una percha y un cabuz de este tamaño, a una oaxaqueña desnutrida por generación ¡por generaciones! Obviamente no van a tener una tesis racional en ese diagnóstico, porque esa mujer todavía pare en su casa, no se ha despedido del parto... que le vaya mal, es otro rollo”

Las palabras hablan por sí solas. Evitando elaborar un juicio, me gustaría relacionarlas con algunos elementos interesantes. Como lo muestra Oliva López Sánchez (López Sánchez, 2000) la discusión sobre las medidas de la pelvis de las mujeres mexicanas respecto a las tablas de “normalidad” de la medicina europea, fueron uno de los debates característicos de la naciente gineco-obstetricia mexicana: “Así, las estrechas dimensiones de la pelvis de las mexicanas fueron tomadas como un signo bajo el cual se ocultaba una patología cuyo origen era inaccesible a la mirada del médico. Esta patología constitutiva de la mujer mexicana permanecía oculta y los vicios de la conformación sólo se hacían visibles cuando se presentaban los síntomas característicos de los partos distócicos. Esto colocó a las mujeres mexicanas, de manera anticipada, cerca de lo anormal” (López Sánchez, 2000, p. 194) Claro está que en esos debates estaban insertos en una ciencia europeo-céntrica, que tenía connotaciones claramente racistas.

A más de cien años de aquellos debate médicos sobre “las pelvis abarrotadas y viciosas” de las mujeres mexicanas según la pelvimetría de algunos gineco-obstetras, lo interesante es subrayar cómo los resabios de esos discursos se filtran en los discursos científicos de la actualidad. Se actualizan viejas ideas, pero se ignoran otras, como por ejemplo, las ancestrales costumbres –

para el caso, de la medicina indígena oaxaqueña- de la partería. Lo que señalan cifras del Observatorio de la Muerte Materna, es que si en entidades como Oaxaca, hay una alta tasa de muerte materna, no se debe ésta a la práctica del parto vertical o a las pelvis “estrechas” de sus mujeres, sino a la escasez de atención y servicios -que muchas veces pueden significar un médico o agua potable-. Es decir, no es la intención discutir con el Doctor Quintana, sino mostrar cómo, tras la defensa de una práctica médica –defensa que se disfraza de datos científicos- hay no sólo intereses –como decía el doctor Diego- sino ideologías y prejuicios.

Otra cuestión interesante sobre este pasaje de su ponencia es que, el auditorio, a esa altura –transcurridos quince minutos de abierto el simposio- estaba colmado, con un público variado de hombres y mujeres, mexicanos de diferentes estados de la República y algunos extranjeros –de Estados Unidos²⁷⁷, Centro América y el Caribe sobre todo- público que permaneció en silencio la mayor parte del tiempo. Ni siquiera se escuchó un leve murmullo de inquietud o algo que indicara que las palabras del doctor pudieran incomodar a alguien o fueran de por sí, incómodas y políticamente incorrectas. Todo lo contrario, como iremos comentando a continuación, algunos pasajes que para alguien que no pertenece a la corporación médica gineco-obstétrica –como era mi caso- podían ser considerados exabruptos, eran festejados como chistes y ni siquiera al final alguien interpeló, preguntó o discutió los contenidos polémicos de la ponencia. Para una investigación de corte antropológica como ésta, basada en una perspectiva etnográfica, esta “recepción del discurso”, las risas y/o el silencio, son un dato que puede ser interpretado como complicidad y el sentimiento de un “entre nosotros” que da la idea de comunidad, de saberes y valores compartidos.

Como expusimos más arriba, la OMS ha sugerido que la tasa de cesáreas sea menor al 15% de los nacimientos. La ponencia del doctor Quintana se dirigió a discutir esta cifra:

“Obviamente la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha puesto la pila con los países, y con las naciones diversas, y han dicho que exclusivamente 15% ¿De dónde nace el 15%? Pues son historias que ya platiqué el año pasado: donde una serie de expertos se conjuntó y dijo, que si en sus países era el 10% pues le daban el 5% más y que ésa era la tasa mundial que debíamos tener. En América Latina tenemos 853 mil cesáreas que dicen aquí ellos está por arriba del 15% lo cual, viene a ser las cesáreas innecesarias (*remarcado y dicho en tono burlón*). Y esto tiene un costo de 450 millones de dólares para los países, que podrían ocupar en otras cosas. O sea, somos responsables de un gasto exorbitante del nacimiento de nuestros niños, de nuestras pacientes... que cada quien juzgue o allá arriba lo van a juzgar por hacer cesáreas innecesarias, pero ¿quién? Si los dioses nacieron por cesárea. Mejor no juzguemos”

²⁷⁷ Integrantes del American College de Gineco-Obstetricia habían sido invitados como ponentes en varias mesas del Congreso.

Luego, la presentación intentó ponerse un poco más técnica, describiendo por un lado, cuáles eran las indicaciones médicas para la realización de una cesárea –las dividió entre las incuestionables²⁷⁸ y las cuestionables²⁷⁹- y cuáles los beneficios –para la madre, el producto o ambos-, entre los que destaca, la decisión materna en estos términos:

“que hoy una serie de gentes deciden tener esta forma de nacimiento simplemente por el hecho de que es muy “nice” tener una cesárea y no un parto de eso, de que el niño nazca entre orina y excrementos, mejor no...” [...] “Esto es una situación ¿Qué les parece? Les dice el médico “su fecha de parto es el 17” “estaré ocupada, prefiero el 4 a las 15:00 ¿Le parece?” Esta es otra forma de ver a las pacientes en la obstetricia ¿sí? “Estate pendiente de que se mueva bien”, cuántas veces lo decimos en las pacientes “hay poco líquido” Quién no va a tener poco líquido al final del embarazo, es una cosa normal pero a veces nos espantamos de que hay poco líquido... “Tu bebé es muy valioso” ¿Cuántas veces decimos eso? “Creo que no debemos arriesgar, mejor un cortecito y ya está tu bebe contigo” ¿Alguno no dice esto? Levante la mano el que no lo haya dicho ¿Nadie? Gracias”

Es interesante mencionar que se utiliza el mismo argumento que los movimientos de mujeres y feministas han elaborado para defender, por ejemplo, el aborto, argumento que se ancla en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Claro que aquí, re interpretado, sin preocuparse por analizar cuánto de violencia simbólica hay en el mismo argumento, es decir, en el hecho de que las mujeres pidan tener sus hijos por cesárea. Es interesante cómo un mismo argumento es actualizado y reinterpretado. Aquí el doctor se hace cargo de las connotaciones extra médicas de lo que está proponiendo:

“ ¿una reflexión que podemos decir ante esta situación? La cesárea ha trascendido la frontera de los problemas exclusivamente de orden médico (yo no sé si estarán de acuerdo) involucra problemas económicos, sociales, jurídicos y religiosos muchas veces. Hoy, está alzada para complacer a la gestante y evitar el trabajo de parto, y aquí, surge la segunda pregunta ¿Debería ser utilizada como un recurso exclusivamente médico o realmente esto en lo que se ha convertido es válido o no es válido?”.

Para poder responder a esto, el Doctor Quintana se propone revisar cuáles son los riesgos de una cesárea y los va relativizando -cuando no descartándolos- uno a uno. Por un lado, adjudicando algunas de las desventajas -más que a la cesárea- a grupos de edad, costumbres institucionales y regionales, haciendo que esta práctica quirúrgica no sea la única variable explicativa del riesgo; por otro lado, estadísticamente –por su baja proporción- y por último, gracias a los avances de la tecnología: así por ejemplo, describe que para el caso del posibles daños al feto:

²⁷⁸ Enumeró: Sufrimiento fetal, placenta previa, prolapso del cordón umbilical

²⁷⁹ Enumeró: Distocia dinámica, presentación transversa –los bebés que “vienen de nalgas” (hoy, los que hacen partos pélvicos son considerados por el doctor como “temerarios”), cesárea anterior, embarazo múltiple o logrado por reproducción asistida.

“me enseñaba el Dr. Zamora (me hubiera gustado tomarle una foto), un nuevo bisturí para hacer la cesárea, que trajo de los Estados Unidos, tiene un protector inferior para que el corte no pueda lesionar al feto, o sea, vamos avanzando en la tecnología y por otro lado vamos a ver cómo nos quieren hacer que bajemos en gasto” .

Como contrapartida, analiza las ventajas de la cesárea y dice: “¿Cuáles son las ventajas reales de la cesárea? ¿La ausencia de trabajo de parto para las pacientes? ¿la comodidad para los pacientes y para nosotros como médicos? ¿Mantener su estado virginal de la vagina hoy en día con toda esta tecnología nueva de la estética vaginal?”. No brinda aquí una respuesta clara, que de todas formas queda expuesta a continuación, cuando se propone “juzgar el parto” y lanza lo que se puede considerar casi como una diatriba contra el “parto humanizado”, en una fase del discurso en que el doctor Quintana representa una diálogo imaginario con las “recomendaciones de las OMS”, las que va refutando en tono irónico y por momentos, agresivo:

“¿qué significa un parto humanizado? Vean esta lista interminable de la OMS (Lee) “reconocer en padres e hijos los verdaderos protagonistas; no intervenir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente; reconocer y respetar las necesidades individuales de la mujer y su pareja que desean transcurrir la intimidad esta experiencia -en una institución o hasta en su domicilio-; respetar el entorno durante el parto y nacimiento; favorecer la libertad de posición y movimiento -trabajo de parto; en cuclillas, en al agua, semi sentada o como lo deseen-“ ¿Ustedes saben atender partos en cuclillas? ¿Les ha tocado esto? No me digan que no, cuando llega una señora y cae en rodillas y hay que atender el parto para... -pausa-...entonces sí saben (*Risas del público*) (*Sigue leyendo*) “Promover el vínculo personalizado, rescatar la necesidad de atención de la mujer de ser acompañada de su familia” ¡hasta sus amigos! (*exagerando*) Imagínense ahí... ¡todo un show! (*cínico*) Perfectamente (*Sigue leyendo*) “cuidar del vínculo inmediato del recién nacido” o sea, no cortar el cordón, hay que dejarlo; que no hay que hacer exámenes innecesarios, todos los exámenes eso que hacen de que le pican al pobre chamaco los pediatras, algo tienen ellos contra esto; y estas son las recomendaciones, cómo vemos”

Después, haciendo referencia a los estudios de la Fundación Cochrane que apoyaron las recomendaciones de la OMS, especialmente sobre el rasurado y el enema, el doctor Quintana dice:

“yo el enema no lo hago, porque tuve una experiencia muy desagradable, ni les digo... Me tuve que ir a bañar y regresar a atender el parto, entonces, desde entonces le hago caso a la OMS y no pongo enema” Y luego, agregó “creo, depende de cada paciente, quién decide y qué decide, yo no creo que Cochrane tenga la razón totalmente”.

“¿Quién debe acompañar el trabajo de parto y el parto? Esto es 2007 para acá, en donde hablan de que existen “venga a la fiesta” hasta el cansancio, que no nos agotemos después de las 20 familia, ni el tacto les podemos hacer para ver cómo va avanzando de que estos siguen ahí entrando...” “La OMS, aquí, dijo “admisión espontánea, deambulación, tener un apoyo emocional” o sea una *doula*, escoger el tipo de mesa de parto ¡Ya me imagino! “¿Qué versión quiere usted señora? En este lugar tenemos tres, escoja usted (*Risas del público a partir de aquí in crescendo, también porque el tono de exposición del doctor Quintana se va volviendo más grotesco*)” “Éstas son las recomendaciones, vean ustedes: “valorar canalizar una vena, evitar oxitocina, permitir el parto espontáneo” nada de “puja y ahorita mijita” cuando ella quiere y como

quiera, que la episiotomía no sea rutinaria... al fin, y las que hay que evitan los desgarros, pero..." "Demorar el deslizamiento del cordón" bueno, esto sí lo podemos llevar a la práctica sin mayor problema, mientras todo esté bien, pero a veces los pediatras ya se quieren ir hasta de la sala de parto "apúrate" te dicen "tengo consulta" (*Más risas, la presentación ya se parece a un espectáculo de stand-up*) "Alumbramiento expectante" por eso, ayer decía yo, que un porcentaje de las pacientes que se atienden en su casa, ante el alumbramiento expectante²⁸⁰ ¡acaban el 36% en el hospital! ahí esperando, hasta que se cierra el cuello y a ver cómo lo sacas, y a ver cómo le sacas a pedazos y a ver cómo lo exploras, y a ver cómo le sacas lo que tiene y luego le dejas un cacho de placenta. Las suturas de desgarro no van a ser fáciles. Y favorecer a la lactancia, pues nosotros no estamos peleados con la lactancia ¿Alguien está peleado con la lactancia? Tal vez algunos hasta la promueven o son amigos de la leche, otros no han dejado de lactar (*Risas*)"

Terminando su puesta en escena y con noto melodramático, el doctor Quintana se pregunta "¿realmente estará coludida la OMS con la virgen? Es una pregunta que yo siempre me he hecho, porque a las mujeres dicen que la biblia les dijo "con dolor darás a luz a los hijos" Seguro la OMS lo leyó y lo está poniendo vigente".

Después de señalar el pronunciado proceso de feminización de las residencias médicas en gineco-obstetricia, expone como razón casi indiscutible de las ventajas de la cesárea que se les pregunte a ellas –las mujeres gineco-obstetras- si prefieren un parto o una cesárea, planteando que si bien no hay datos, de seguro prefieren una cesárea.

Según los dichos de mis informantes, de existir esos datos le darían la razón al doctor Quintana. Me parece interesante, sin embargo, cómo, desde el punto de vista de la Doctora Amalia, gineco-obstetra ella también, el mismo argumento, puede tener otro matiz:

"Sin embargo, también uno es como el aborto o sea, uno tiene el derecho a elegir "quiero que nazca por abajo mi bebe o simplemente no quiero tener dolor en su debido momento y con todas las garantías que sea vía cesárea..."

M: tú lo platicas eso con tus pacientes... cuando ellas quieren

F: por supuesto "ahora ¿cuántos bebes quieres? ¿Quieres uno, quieres dos?" o sea, ya no, ya los pacientes no pasan de dos, tres ya son bien intrépidos (les digo) que valientes ¿no? Pero si quieren dos las programan y puede ser cesárea y sin problema. Yo así les digo "quieres parto" pues te dejamos a parto, pero finalmente tampoco el que empecemos un parto es una garantía de que tengan un parto, pero tampoco si no tengo una indicación no soy de las que te voy a convencer de lo contrario".

La doctora Amalia, que tuvo a su propia hija por cesárea, realiza ambas prácticas, pero, no está demás aclarar, su idea del parto fisiológico no tiene connotaciones negativas o despreciativas –como sí podía verse en el discurso del doctor Quintana-. Ella opina que:

"Yo creo que el parto es completamente fisiológico, con ayuda o sin ayuda del médico el parto pues, los bebes van a nacer...todo lo demás que están tratando de hacer, es como decir, como querer vender la lluvia, como querer empaçar el oxígeno, o sea es así, el parto es el parto, es algo fisiológico, tú lo orientes, le ayudas a respirar, no le ayudas a otra cosa en realidad. O sea contigo y sin ti, es como las gripas, tres días en

²⁸⁰ Se refiere a la salida de la placenta después del parto, existe debate sobre si es mejor intervenir en el alumbramiento o no hacerlo.

cama y si quieres paracetamol y agua ¡y se acabó! O sea, no hay de otra, con tu ayuda o sin tu ayuda, como los arbolitos agua y sol ¡crecen! Entonces, finalmente es como hacer la diferencia. Ok estamos haciendo la diferencia pero no podemos vender el que “te voy a garantizar, o el te voy hacer” porque si el niño, la frecuencia cardíaca de ese bebé dice no, te voy hacer cesárea y ya, y sí, con tu ayuda o sin tu ayuda, sí tu no haces una buena atención del parto va a tener repercusiones con respecto a que se caiga la vejiga o sea descenso...trastornos de la estática por el simple embarazo o después por la mala atención del parto. Entonces sí yo quiero que sea integro no lo paso por ahí, lo saco por arriba”

El relato de esta doctora está mucho más des-dramatizado, pero también, naturalizado. En síntesis, muestra cómo la práctica de la cesárea se ha convertido en algo rutinario, casi sin discusión, que sólo puede ser puesto en tela de juicio por la voluntad de las mujeres.

Desde una postura totalmente opuesta a esta y sobre todo, a la del doctor Quintana, me parece importante retomar las palabras del doctor Diego, cuando decía que esta sentencia del “parirás con dolor” contribuye en parte a que las mujeres no se rebelen contra ciertas prácticas, incluida la cesárea, que hacen a la violencia obstétrica. Y que, como veremos luego, hacen que las mismas mujeres médicas sean no sólo reproductoras de la misma, sino las más rudas ejecutoras.

“Mira, por ejemplo, te comento: una compañera odontóloga que no se podía embarazar, yo le recomendé unos puntos de acupuntura, unas posiciones de Kama Sutra y una serie de cosas, y se embarazaron “¡ay, sí! Que padrísimo” Entonces, los estuve ahí siguiendo, pero me voy a trabajar en provincia y después ya regreso, y había dado a luz “¿Cómo te fue en tu parto?” “no, pues fue cesárea” “¿Cómo que fue cesárea? Venía todo bien, la última vez que vine” “sí, pero mi médico, el gineco obstetra dijo que no se podía de manera normal, que el niño tenía un soplo” “¿Cómo que tenía un soplo? Y después del soplo lo intervinieron o alguna cosa” “no, nada” entonces, a ver ¿cómo? Entonces el marido que era ingeniero “sí, nos pusieron el aparato y se oía (*sonidos de corazón*) entonces les dije “sabes qué, es el soplo placentario, ese sonido es normal, el sonido que hace la sangre al pasar por el cordón umbilical. ¡El médico se los carneó! ¿Quieren que los ayude a denunciar al médico?” “¡ay no! ya para qué, mejor nada más quiero dedicarme a cuidar a mi hijo” Entonces, eso lo he escuchado en un *chorro* (*muchas*) de mujeres “yo para qué me peleo, lo único que quiero es estar con mi bebé, ya pasé el dolor del parto, ya” Entonces ¿con esto que te quiero decir? Una de las principales personas cómplices para pelear en contra de la violencia obstétrica son las propias mujeres”

Con esto vemos que las mujeres, aquí como pacientes, son “cómplices” de la violencia obstétrica. Ahora bien, para una investigación que busca poner de relieve cuáles son los cambios que las mujeres médicas introducen en la medicina, lo interesante es ver qué hacen y qué no, las mujeres gineco-obstetras respecto a este tipo de prácticas. Y si con la doctora Amalia vimos que muchas veces, basándose en un discurso sobre el derecho a elegir sobre el propio cuerpo, ellas eligen tener una cesárea, es importante no olvidar que el abuso de la práctica de la cesárea y la violencia obstétrica –casi intrínseca al dispositivo de la subespecialidad gineco-obstétrica- son realidades que en la mayoría de los casos, las realizan practicantes –varones y mujeres- socializados en una disciplina que ha sido desde su origen una forma de control social del cuerpo de las mujeres y que, hasta hace muy poco, ellas ejercían en una proporción muy menor. Es decir,

muchas de las palabras dichas por el doctor Quintana en el congreso de COMEGO fueron acompañadas por risas del público, en el que había muchas mujeres. Y que una mujer festeje un chiste machista puede ser considerado humillante o grave o cómo se desee. De alguna manera, el análisis de ello lo trabajaremos a continuación. Lo que no debe hacernos olvidar es quién dijo el chiste, bajo qué circunstancias –un congreso científico, en la capital del país, ante más de 500 colegas, respaldado por el Colegio Médico de la Especialidad- y defendiendo qué intereses.

¿Las principales cómplices y ejecutoras?

Si recordamos las cifras sobre quejas ante la CONAMED, veríamos que la gineco-obstetricia encabeza la lista de las especialidades con más quejas. Se puede acceder a esas cifras y saber el lugar donde labora el médico que recibió la queja, pero no su sexo. Ante esto, escandalizado, el doctor Diego decía que si se pudiera saber el sexo del médico, la mayoría de las quejas serían sobre mujeres gineco-obstetras, lo que consideraba al mismo tiempo, posible e inadmisible. Y, en la misma línea de pensamiento, contaba que “paradójicamente”, quienes impulsaron a nivel del continente la cuestión del “parto humanizado” eran en su mayoría, médicos varones.

“de México fui yo a hablar de la propuesta de modelo; fue el Dr. Marcos Santos, de Brasil, que tiene una experiencia padrísima; y fue otro médico ecuatoriano. Todos a hablar de la propuesta de parto humanizado. Entonces, una de las encargadas -de las doctoras del Centro Nacional- nos dijo “por qué si es parto humanizado ¿por qué son tres hombres los que nos están hablando de esto?” y dijimos “Pues” en principio reconocimos que debían ser mujeres que tendrían que... y de hecho, hay muchas mujeres enarbolando la lucha de parto humanizado, pero que no son gineco obstetras: son mujeres de la sociedad civil, son de grupos civiles, inclusive, son parteras profesionales, parteras tradicionales, algunas enfermeras, pero gineco obstetras no había”

A partir de estas palabras comienzo a entrever lo que muchos textos y dichos que escuché de mis entrevistados significaban: la misoginia de la gineco-obstetricia -el desprecio, el asco, la patologización hacia el cuerpo de las mujeres- como partes del dispositivo de formación y por lo que los gineco-obstetras -varones o mujeres- difícilmente pueden impugnar los ejes del saber en el que fueron entrenados. Si el doctor Diego se “escandalizaba” porque las mujeres también éramos cómplices de la violencia obstétrica, lo que más lo escandalizaba era que fueran las mujeres gineco-obstetras las más duras ejecutoras de tal violencia. Lo que se puede discutir es que él, con esa actitud, las condenaba en vez de intentar comprenderlas. Por eso, a continuación, me basaré en los testimonios de dos jóvenes mujeres médicas, una que terminó su residencia en Gineco-obstetricia y otra que renunció a poco de empezar. Con el análisis de ambos casos intentaré abordar la complejidad de este tipo de experiencias, para comprender cómo una mujer no sólo se

convierta en “cómplice” sino también en “ejecutora” de una violencia dirigida especialmente al cuerpo de las otras –que algún día pueden ser ella misma.

Fue el doctor Diego, quien me introdujo en el caso de la doctora C., a quien él conoció: “Cuando la escuché a ella, su testimonio, bueno, me cae el veinte”. La doctora C. era una residente de Gineco-obstetricia que publicó su carta de renuncia a la residencia en la revista *Género y Salud en Cifras*²⁸¹. Dice de sí misma que se convirtió en una persona “insensata” para quienes la rodeaban porque después de trabajar disciplinadamente durante años para ser ginecóloga-obstetra -“lo que siempre había soñado”- renunció a la residencia. “ ¿Qué pasó –escribe- para que tirara todo eso por la borda?”. Lo que pasó fue que no soportó los malos tratos a las que eran sometidas las pacientes: se chocó con la violencia obstétrica ya desde el primer parto que atendió “Cuando le pusieron el suero, me di cuenta de que la dosis era el doble de lo normalmente utilizado. Sin embargo, pensé que en realidad yo no sabía nada y por algo lo hacían, ya que éste²⁸² era un hospital prestigiado”.

Luego, enumera una serie de prácticas que ella no estaba de acuerdo en realizar, pero a la que sus superiores la obligaban. Por ejemplo, tactos: “A cada paciente le tocaban mínimo 4 o 5 tactos después de su parto o cesárea ¿La razón? Nadie me la supo explicar de manera coherente aun cuando los libros y artículos indican que hay que hacer la menor cantidad de tactos vaginales posibles, ya que se aumenta el riesgo de infección”. O lo que llaman según ella, “darle cuerda” a la parturienta, práctica que “para lograr que la dilatación fuera más rápida, el personal residente, al hacer el tacto, estiraban el cuello de la matriz con los dedos, lo cual producía mucho dolor y obviamente puede causar desgarros cervicales a las mujeres”; la episiotomía, en una ocasión en que ella conducía el parto y la señora “tenía buen espacio y no la requería”, la residente superior le dijo “Tú estás aquí para aprender a reparar, así que a todas las pacientes se las va a hacer, la requieran o no”. Con lujo de detalles, con la intención de llamar la atención sobre un asunto que se considera normal y parte de la condena bíblica del “parirás con dolor”-, borrado por la felicidad posterior de tener un hijo, la doctora describe el primer parto que atendió en esa institución:

“Una vez que inicié con el goteo normal, subiendo la dosis poco a poco y evaluando las contracciones, como la señora era primigesta y avanzaba lentamente, un residente de segundo año me ordenó inmediatamente que le aumentara el goteo, para que todo avanzara más rápido. La señora (que tenía sólo 18 años) pasó

²⁸¹ (2010, vol 8, num 3)

²⁸² En su carta, en ningún momento menciona a qué hospital se refiere, pero se dice que es un Hospital Público reconocido en el Área Metropolitana.

muchas horas de dolor, acostada sin poderse mover porque lo tenía prohibido. Además, mojada en una cama de plástico, llena de líquido amniótico, sudor, sangre y moco, tal vez un poco de orina porque no se podía levantar. Con restos de jabón y vello púbico de cuando la habían rasurado y con una luz de neón en la cara durante toda la noche. Por si fuera poco, le era imposible concentrarse en su trabajo de parto porque la señora junto a ella no paraba de llorar y gritar, los residentes discutían continuamente y las enfermeras no dejaban de regañarla. Se quejaba de hambre y sed, pues no había comido ni tomado nada en 12 horas y debía permanecer en ayuno, en caso de que algo se complicara y fuera necesario hacer una cesárea (como sucedía frecuentemente)."

La doctora C. dice que así fue el primer parto, pero no por eso la excepción: "así fue durante varios meses, hasta que no resistí y presenté mi renuncia". Y sobre sus colegas, dice "era decepcionante ver cómo nadie aparentaba darse cuenta de lo que sucedía ahí no corresponde a las recomendaciones de la OMS. Todos lo veían como normal, como si así debiera suceder siempre". Y no era solamente que no se respetaran las recomendaciones de la OMS, sino cuestiones que le parecían directamente faltas de ética, como buscar cualquier pretexto para realizar un cesárea, fórceps, o el uso excesivo de oxitocina "provocando que muchos partos terminaran en la extirpación parcial o total del útero", cosas que a nadie le parecían un fracaso: "Creo que algunos médicos, tanto hombres como mujeres –en el fondo- se dan cuenta que no está bien lo que hacen. Por ello inventan múltiples excusas para justificarse"

Y después, como respondiendo al argumento de Quintana sobre el hecho de que las propias gineco-obstetras eligen la cesárea -hecho que para éste era una prueba irrefutable de las bondades del método- la doctora C. argumenta:

"Siguen haciendo las cosas como hace 40 años y les parece bien. Aunque lean las nuevas propuestas, los artículos y las normas. Aunque la evidencia se encuentre en todos lados, no la quieren ver. Hasta las propias residentes se han convencido de que el parto es un suplicio, un desastre para el periné y la vida sexual, así que desean cesáreas para sí mismas. No han entendido que no es la única forma; no pueden ver más allá de lo que siempre han visto".

Esta joven doctora, que después de su renuncia se fue del país a buscar experiencias formativas en partos felices y sin violencia, escribe en uno de los últimos párrafos de la carta una declaración de principios que deja muy mal parados a la mayoría de sus colegas:

"Es muy fácil dejarse llevar por la ambición. Más que el dinero, lo más seductor es el poder. Es agradable que todos te respeten y te llamen doctora, que hagan todo lo que indiques solo porque tienes tu título y se supone que sabes más. Sin embargo, ese poder se alimenta con el miedo y la ignorancia de las pacientes y no es el tipo de respeto que deseo".

Ahora cabe preguntarse ¿cuán excepcional es esta doctora? Quizá mucho, porque su respuesta ante lo vivido fue radical. Pero también hay otras y otros, que no están conformes y

discuten y proponen alternativas, como vimos lo expresaban los Doctores Diego y Yola. Hay un grupo de jóvenes médicos en el Instituto de Perinatología que buscan investigar la cuestión de la Violencia Obstétrica, una de cuyas integrantes se proponía realizar una maestría en Derechos Humanos. Otras, como la doctora Suza, después de haber terminado la residencia, se volcaron a los estudios de género y hoy se dedica a dar pláticas a diferentes sectores de la comunidad. Pero la mayoría parecieran “no darse cuenta”, como dice la doctora C. Y como nos comentaba el doctor Diego, en “no darse cuenta” y con ello, reproducir las violencias, las médicas mujeres, paradójicamente, suelen ser peores. Basada en sus propias vivencias y observaciones, la doctora Suza lo explicaba así:

“pues a lo largo del tiempo, y con todo lo que es la violencia y demás, llegas a la conclusión de que...o sea, yo, para entrevistar a las mujeres les decía “todas hemos sufrido violencia” o sea, como para que se sintieran más en confianza, y a la fecha parte de lo que hago es dar pláticas, curso de capacitación, entonces, les digo “todas la mujeres hemos sufrido violencia, a la que diga que no, es que todavía no se ha dado cuenta” Entonces, yo creo que mucha de la violencia que ejercen las propias mujeres contra las usuarias, tiene que ver con este, con esta... es como una violencia reactiva, es como la que ejercen con los hijos ¿no? “O sea, me violentaron... entonces, pues me tengo que desquitar con la que está debajo de mí.” O sea, si yo era el último peldaño, hay alguien más abajo. Entonces, creo que tiene que ver con eso, creo que tiene que ver... no sé, eso suena muy perverso, muy cruel. También, otra explicación que creo va de la mano es lo que mi mamá me hacía: mi mamá era una mujer violentada, me violentaba a mí” como en este sentido de hacerte más fuerte ¿no? “a ti no va pasar eso, y tú tienes que, y no puedes fallar” como “sálvate tú” aunque los métodos sean un poco crueles ¿no? entonces, supongo que va por ahí, quiero pensar que va por ahí”.

Así, pues, si una de las “teorías” es esta del “desquitarse”, también, según otros, hay que entender las condiciones laborales. Cuando en la mesa de COMEGO sobre “Equidad y Género en México”, el doctor Villanueva enumeraba los malos tratos de los que “les hablo como gineco-obstetra, no desde mi imaginación” se puso a enumerar las “justificaciones” de esos malos tratos que había oído y que pretendía entender:

“el estrés laboral, la sobrecarga laboral, la fatiga... acaban con las mejores intenciones, eso lo sé...Pero de ninguna manera, esto alcanza para maltratar a nadie. Digo, las instituciones tienen que cambiar, el desgaste profesional sí existe, pero aquel que maltrata, para mí, no tiene justificación y no debe ser llamado “médico””

La doctora Suza, reconociendo estas situaciones, se preguntaba “y ¿qué haces ante eso?” Una de las respuestas, es la de la doctora C.: renunciar. Otra, puede ser la del Doctor Diego y su equipo: buscar lugares de gestión desde donde introducir diferencias con programas y proyectos. Otra de las respuesta, que me parece clave para entender por dónde y a qué escala se producen ciertos cambios -en la línea de lo que planteábamos sobre las configuraciones de género- es

aquella que consiste en pequeños cambios, sutiles, micro, pero cargados simbólicamente, que quizá, en sí mismos, hacen la diferencia:

“Siempre me ha parecido como un cuarto de tortura ¿no? las áreas de toco cirugía, incluso antes de saber del parto humanizado, antes de todo, las señoras ya sabes “es que me quiero parar a caminar, es que quiero estar de pie” ¿no? y todo mundo “no, no, no tiene que estar acostada” bueno, pues yo era de las que les decía “sí” y yo las ayudaba a caminar “Dra., es que la paciente se está parando” “sí, yo le di permiso, no se preocupen” entonces, más bien es lo que yo siento, o sea, a lo mejor lo que yo hago es lo mismo, siempre fue como, a la hora de pujar les decía yo “lo estás haciendo muy bien” en vez de “¡no, así no!” ¿no? está maniobra que está prohibidísima que se llama *Kristeller*²⁸³ que les aplastas la panza, y yo nunca aprendí a dar *Kristeller*, aprendí a poner *fórceps* pero nunca a dar *Kristeller*, entonces les ponía yo la mano en la panza y les decía “yo te ayudo” entonces, hacía cara como de que aplastaba la panza pero obvio no ¿no? entonces les decía “mira, ya está saliendo” o ese tipo de cosas. La diferencia está en que ahora, me cimbra más, o sea, yo lo vivo como más intenso, lo sigo haciendo igual y es como... desde hace mucho tiempo llegué a la conclusión de que no eres la gran doctora, de que no es que sepas mucho, es simplemente que las acompañas un ratito ¿no? o sea, tu papel no es saber grandes cosas, es simplemente poder acompañar a alguien y ayudarle a sentirse menos sola ¿no? con menos miedo”.

Estas palabras, dichas por la Doctora Suza, ameritan no sólo la comprensión, sino también, agudizar la mirada, porque allí donde domina la crueldad, muchos pueden escandalizarse y no comprender. Otros, en cambio, pueden ser los que allí están, intentando disminuir la crueldad desde adentro del sistema que la produce. Unos y otros, contribuyen a la reproducción, pero quizá también a la transformación de esa realidad –que para el caso es la violencia obstétrica.

Las palabras de la doctora Suza también me llevan por la pista de algo que Roberto Castro²⁸⁴ planteó para el caso de la interrupción legal del embarazo realizado con técnicas no – invasivas, como la del uso del misoprostol: “la técnica del aborto con medicamentos requiere de la activa participación de las mujeres, al grado que supone un desplazamiento en el rol protagónico de la prestación del servicio, rol tradicionalmente asignado – o arrebatado por- los médicos quienes desde esa posición suelen valorar el grado de “colaboración” de las “pacientitas”. Lo mismo sucede en los partos, pues ella es la que está presentando el bebé a los médicos y sin embargo allí se construye la situación de tal manera que los médicos presentan su bebé a la señora y todo mundo cree que así son las cosas, porque hay ahí un poder de constitución de la realidad que puede invertir las cosas”. Así, lo que Castro remarca es que la “irritación” de los médicos ante estas prácticas que los desplazan del rol protagónico se debe a la “vivencia y

²⁸³ Técnica obstétrica que consiste en presionar el útero y empujar para favorecer la salida del feto hacia el canal de parto.

²⁸⁴ Palabras del Dr. Roberto Castro en la Conferencia “El impacto de la despenalización del aborto en el personal de salud” Coloquio Anual del Programa de Estudios de Género PUEG-UNAM. 24 de agosto de 2011, Ciudad Universitaria, México DF.

ejercicio de la jerarquía que es constitutiva del *habitus* médico” que se ve de esta forma amenazado. Tal como lo menciona el mismo autor, lo mismo puede ser dicho sobre el parto humanizado.

Las resistencias de los médicos probablemente puedan ser interpretadas como las reacciones de un *habitus* autoritario (R. Castro, 2010) que se siente interpelado, debilitado, puesto en duda. Entonces, volviendo a lo que decía la doctora Suza, la diferencia que quizá traigan consigo algunas gineco-obstétricas como ella, pasa por pequeñas actitudes, que en vez de reafirmar el rol del poderoso, buscan estar al lado de la usuaria, actitudes que buscan acompañar, ayudar a otro a sentirse menos solo. Si bien esto no implica de por sí, como diría Roberto Castro, una visión de la usuaria como portadora de derechos, sí al menos introduce una diferencia en el ejercicio de la jerarquía.

6.4- Reflexiones finales del capítulo.

Así como la entrada de mujeres en la medicina en general –en sus diversas especialidades y ámbitos de trabajo- no ha producido radicales transformaciones en la profesión, así vimos a lo largo de este capítulo que la incipiente feminización de la gineco-obstetricia, tampoco produce modificaciones sustanciales. Si una mirada ingenua hubiera esperado que con más mujeres en la especialidad, iba a mejorarse la atención obstétrica, iban a disminuirse las cesáreas y la muerte materna, la evidencia de este capítulo muestra lo contrario.

Lo que más llama la atención es que las mujeres de la especialidad sean consideradas “las más crueles y maltratadoras”. Y la explicación a tal fenómeno no es simple: si es importante considerar explicaciones como las de la doctora Suza, esta idea de la “violencia reactiva”, de la violencia “por desquite”, que ejerce el que fue a su vez violentado, también es importante volver sobre las descripciones históricas de conformación de la especialidad -sobre la misoginia explícita del origen, latente en la práctica actual, explícita de nuevo en discursos como el de Quintana- y considerar que el producto final de una tal socialización, formación, entrenamiento, es un producto –varón o mujer- negador de lo femenino, a lo que considera patológico e histérico.

Vale entonces retomar lo que planteábamos en el capítulo anterior, sobre lo performativo de la identidad de género, sobre todo en los ámbitos laborales que valoran ciertas marcas de género y desprecian otras. Así, los sujetos deben potenciar aquellas marcas valoradas, para ser

considerados aptos en la práctica gineco-obstétrica. Y como decíamos también en el capítulo anterior, a diferencia de la teoría puramente performativa, considero que existe, a nivel de la configuración de ese sujeto, una identidad de género, por lo que la escenificación, la puesta en valor, la exacerbación de determinadas marcas de género –en el caso de la gineco-obstetricia, masculinas- variarán según se trata de un sujeto femenino o masculino. Quizá, las mujeres gineco-obstétricas, tiene que sobre actuar sus rasgos masculinos para ser parte y en ello radica que sean las más rudas, las más crueles, las más “chingonas”²⁸⁵. Estas actitudes, que pueden ser comprendidas como violencia simbólica, muestran lo hegemónico –por lo menos en la gineco-obstetricia- de una configuración de género donde lo masculino patriarcal tiene un lugar central y donde lo femenino es desvalorizado.

Al mismo tiempo, también es posible pensar que la virulencia de las reacciones a la introducción de prácticas como el “parto humanizado” se deban a la incipiente desnaturalización de prácticas antaño consideradas científicas y que comienzan a ser leídas en la actualidad como productoras de violencia de género y catalogadas como violencia obstétrica. Todo lo cual puede ser leído como la emergencia de cambios en las configuraciones de género de la sociedad y de la medicina en general, que, obviamente, influyen en la gineco-obstetricia. Como decía Roberto Castro para el caso del ILE, estas nuevas prácticas “desclasas” a los médicos a la periferia de eventos en los que antes eran los principales protagonistas. Si la gineco-obstetricia se fundó en una mirada del cuerpo femenino como inferior y patológico, modelos como el de atención intercultural del parto y leyes como ILE, restituyen el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo: dejan de ser las “pacientitas” para ser las ciudadanas que quieren hacer valer sus derechos reproductivos. El tono “belicoso” del Doctor Quintana, los propios dichos de sus colegas sobre las demandas y presiones sociales a las que se ven sometidos, no son más que defensas de sus posiciones privilegiadas que sienten amenazadas.

¿Y qué pasa con las mujeres, titulares de derechos y a la vez, portadoras de ese *habitus* médico autoritario que se siente amenazado? Las opciones son muchas: están las médicas que ejercen violencia obstétrica con saña –como lo narraba el ejemplo de la Doctora C. sobre sus compañeras residentes de años superiores-; están las médicas como la Doctora Amalia, que naturaliza y a la vez reinterpreta ciertas prácticas –como la cesárea- desde un visión de derechos;

²⁸⁵ No está de más aclarar que esta es la visión de lo “masculino” que consideran los actores y es una visión de la masculinidad –la hegemónica- que opaca otras masculinidades, como las que plantean y practican algunos de los médicos varones que entrevisté.

están las médicas como la Doctora C. que renuncia y denuncia un dispositivo de violencia; las médicas como la doctora Suza, que no renuncian pero proponen una práctica que busca estar “al lado de” las mujeres. Con todo esto quiero decir que, si bien escandaliza, la violencia obstétrica ejercida por las mujeres médicas puede ser leída como violencia simbólica pero también como señal de una configuración de género, portadora de un *habitus*, que comienza a sentirse amenazado, desclasado y que por eso reacciona. Al nivel de las mujeres, las distintas opciones tienen que ver con las trayectorias, las experiencias, los *habitus*, la sociabilidad, elementos que configuran sus propias identidades de género y condicionan, una vez más, la forma de establecer un propio balance y equilibrio (como planteábamos en el capítulo 4) entre ser mujer y ser médica, una vez más.

A modo de síntesis, quisiera recordar las palabras de la doctora Lola, médica feminista que ejerce en el ámbito de la ginecología, pero no es gineco-obstetra. Al preguntarle sobre cómo veía ella el futuro de la medicina a raíz de su importante feminización, ella respondió:

“no va a cambiar. Eso para mí, digo, cambia estadísticamente los indicadores de género macro, de hecho, tengo un hijo que está estudiando medicina, está por acabar y claro, sus novias son médicas, son estudiantes, donde estudia él hay un predominio, se invirtió en cuanto una generación con la mía ¿sí? Aquí ahorita son mujeres de un 70 a 30 ¿sí? Son las académicamente más avanzadas, son los primeros lugares ¿sí? Ganan los mejores puestos de residencia, por supuesto que van a ser las que van a dirigir las políticas de salud en el futuro ¿sí? ¿Qué observo de ellas? (*silencio de reflexión*) un retroceso en los conceptos que teníamos en los noventa, o sea, no entienden lo que es salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos. Por lo menos en los noventa lo teníamos claro y ahorita yo creo que hay un retroceso y un conservadurismo muy severo en estas médicas. No te vaticino un buen pronóstico en la salud de las mujeres, el hecho de que sean más mujeres no garantiza nada. Y eso, lamentablemente, lo hemos visto mil veces.”

Este pronóstico pesimista refiere a una realidad, donde más mujeres en la medicina y específicamente, en la gineco-obstetricia, no producen cambios que beneficien a la salud de las mujeres. Pero, a la vez, propuestas como las del Modelo intercultural de atención del parto y actitudes aisladas y microscópicas como algunas de las que mostré en este capítulo, estén mostrando que si la Gineco-obstetricia como especialidad médica, dispositivo de saber y poder sobre el cuerpo de las mujeres, es producto de una época, los cambios en la sociedad, y en las configuraciones de género de la profesión, tarde o temprano, irrumpirán y harán mella. Quizá, algunas de las disputas y tensiones que describimos, sean señal de eso.

7. Conclusiones

*“Cambia lo superficial
Cambia también lo profundo
Cambia el modo de pensar
Cambia todo en este mundo.”*

Todo Cambia. Julio Numhauser.

Comencé esta tesis preguntándome por qué varones y mujeres somos diferentes y en qué cosas nos diferenciamos. A partir de un trabajo de campo sobre las experiencias de las mujeres en la medicina, espero haberme acercado a algunas respuestas –posibles, provisionales y contextuales. Dichas respuestas no versan sobre las diferencias ontológicas entre *los sexos*, sino sobre los modos en que se construyen y significan –todo el tiempo- esas diferencias y similitudes entre *los géneros*, en un espacio específico: la profesión médica en la ciudad de México.

Aportes teóricos.

Habiendo planteado el acercamiento al problema desde la articulación de distintos enfoques teóricos, considero que los aportes más significativos al respecto, fueron los siguientes:

-La importancia del análisis conjunto de trayectorias, contextos y género en el estudio de las profesiones. El ejemplo de las primeras mujeres médicas y las reacciones sociales que su intención de estudiar y ejercer una profesión produjeron, muestran que su entrada a la medicina puso en juego el orden de género y los roles tradicionales establecidos. Por lo tanto, sus trayectorias e identidades deben ser comprendidas en el marco de sus contextos históricos. Así, a lo largo del siglo XX, queda de manifiesto el modo en que va cambiando la sociedad, la profesión y las mujeres en ella. Si las “pioneras” –en la Universidad, en la salud pública, en la ciencia médica- eran mujeres “excepcionales” respecto a sus congéneres, la perspectiva de largo plazo permite el contraste y la comprensión de cómo esas mujeres médicas - en una medicina cada vez más masificada y feminizada- dejaron de ser “excepcionales”. También, cómo, en el contexto del México actual – con un sistema de salud de corte neoliberal, en una sociedad donde las mujeres gozan de nuevos derechos pero siguen siendo amenazadas por viejas violencias- son mujeres que comparten con las otras trabajadoras y profesionistas, las mismas preocupaciones y tensiones, que pueden

sintetizarse en la búsqueda del equilibrio entre lo público y lo privado, lo personal y lo social, la familia y el trabajo: el dilema entre ser mujer y ser médica, sin perder nada en el camino. El espacio dado a este análisis mostró la necesaria relación entre estos espacios sociales: la forma que en las mujeres intentan “conciliarlos” está íntimamente ligada con las características de su desarrollo profesional. Esto implica subrayar la centralidad, en el estudio de las profesiones, de la comprensión de los modos en que los profesionistas y la sociedad organizan los trabajos de cuidados.

Además, las formas en que se experimentan los distintos momentos de la trayectoria profesional; las formas en que se viven y valoran los techos de cristal; las segregaciones que persisten al interior de la profesión; las nuevas ideas sobre lo que es el logro y el éxito profesional, las narrativas a las que éstas dan lugar; los debates en torno a la introducción de nuevas prácticas – como vimos, sobre el parto-, prueban, creo yo, la pertinencia de incluir la dimensión de género en el estudio de la profesión médica – y de las profesiones en general.

-La mirada antropológica en la profesión médica: Teorías nativa, narrativas, identidad, cuerpo y saber médico. El trabajo realizado desde un punto de vista antropológico ha permitido poner de relieve el punto de vista del actor. En lo referente al fenómeno de la feminización, esto significó mostrar las “teorías nativas” al respecto; con ello creo haber dejado claro cómo lo masculino y lo femenino como atributos de las personas -pero también de las cosas- está cargado de valor, por lo que *performar* el aspecto femenino o masculino de cada quién tiene que ver también con el modo en que cada uno de éstos se experimenta, valora y significa socialmente.

A su vez, la perspectiva antropológica permitió la comprensión de una nueva noción del logro profesional, a través del análisis de las narrativas. Quedó expuesto, entonces, que ciertas narrativas sobre la elección y logro profesional en el caso de las mujeres, pueden ser entendidas como conteniendo elementos de lo masculino, pero resignificado. Así, si las narrativas tradicionales de lo femenino se vinculaban a lo romántico o lo victimista, con la narrativa del “reto” o “desafío” se describió una de tipo épico: la narrativa épica se basa en el héroe -que aunque sea mujer- tiene atributos considerados masculinos -como fuerza, valor, coraje, etcétera.

Por otro lado, si la antropología médica ya había mostrado a la medicina como un dispositivo de saber y poder, a lo largo de este trabajo quedó de manifiesto que la introducción de nuevas prácticas – por ejemplo, el Modelo de atención intercultural del parto- permite

visulumbra los modos en que nuevas significaciones de lo femenino y lo masculino son entendidas, resistidas, apropiadas, por el dispositivo médico ginecológico y los actores sociales que lo encarnan y actualizan. Ante el caso de las médicas señaladas como “maltratadoras” y ejecutoras de la violencia obstétrica, mostramos varias de las explicaciones dadas por los actores, que también versan sobre los significados positivos y negativos de lo masculino/femenino. Analizar cómo el dispositivo de la gineco-obstetricia es puesto aquí bajo la lupa y el modo en que los médicos y médicas lo interpretan, defienden y renuevan, posibilita una nueva comprensión de los dispositivos de saber tal como son vistos y vividos desde la perspectiva del actor.

Las significaciones e interpretaciones de lo femenino y lo masculino también se dejan ver en las diferentes identidades colectivas que las médicas construyen en el seno de su profesión. Una profesión que tiene claramente una dimensión encarnada, lo cual se expuso con la idea de itinerario corporal, esto es, cómo la profesión médica se vuelve cuerpo, sensaciones, modos de hacer y se desarrolla en el seno de relaciones con otros cuerpos que huelen, sufren dolor, emanan sustancias, están desnudos, erotizan, producen asco, sangran y mueren. Y si las profesiones son saberes y prácticas que encarnan, vimos también cómo la relación médico-paciente no es la misma cuando en el primer lado del par, la que atiende es una mujer.

-La noción de configuraciones de género. Propuse un análisis de las configuraciones a dos niveles. Uno, subjetivo: esto es, cómo cada sujeto intenta producir una cierta combinación entre lo masculino y lo femenino. Esta combinación puede ser leída como la búsqueda de un equilibrio que no siempre se alcanza y que produce una configuración subjetiva del género, que entreteje lo femenino y lo masculino sin suponerlos necesariamente opuestos u ordenados jerárquicamente. Haciendo una lectura particular de las teorías performativas y sosteniendo que existe una identidad corporal y simbólica de género en los sujetos –aunque estos puedan transformarla contextualmente- intenté mostrar cómo esto se produce en arenas específicas, como las profesiones –en mi caso, en la profesión médica y dentro de ella, las especialidades médicas. Al respecto, se describió el modo en que ciertas especialidades, constituidas como territorios generizados, exigen de parte de los profesionistas, actualizaciones de esos rasgos/marcas de género –por ejemplo, fuerza o sensibilidad- que producen significaciones distintas según el género de quién las realice. En este análisis, la corporeidad y la identidad de los sujetos son aspectos centrales para entender los significados de la performatividad. Con todo esto quise mostrar cómo feminizarse o masculinizarse son procesos que, según el contexto, cambian su significado.

A nivel social, la noción de configuración de género fue central en dos aspectos. Uno, en lo relativo a la escala o nivel de análisis para conocer los cambios producidos por la entrada de mujeres en la profesión; otro, con la misma idea de cambio en el largo plazo.

Respecto al nivel de análisis, el concepto de configuración de género le dio una clave interpretativa a los cambios sutiles y moleculares que la entrada masiva de mujeres produce en la medicina. Con los datos cuantitativos demostré que dicha profesión, en los últimos veinte años, se feminizó de manera significativa. Esto introdujo cambios a nivel poblacional y demográfico, lo cual no implicó, a primera vista, que se dieran cambios sustanciales en la práctica de la profesión. Sin embargo, otros elementos sí indicaban que había algo que estaba cambiando. Así, comencé a pensar si feminización era algo más que un cambio cuantitativo. Si feminización podía significar “volver algo femenino” y qué podía significar eso, qué sería femenino en tal caso. Y aquí entró el concepto de las configuraciones de género: quizá, esos cambios que yo quería localizar, que intuía estaban ahí, se daban al nivel de las formas en que se ordenan y construyen las relaciones e identidades de género, en el seno de la profesión. Es decir, pensar en las configuraciones me permitió buscar los cambios no ya en la práctica profesional – por ejemplo, cristalizados ya en nuevas prácticas médicas - sino en los significados -y las disputas que los originan y modifican-, en las formas de feminidad y masculinidad que se construyen; y me permitió pensar también que esos cambios *estaban siendo*, y estaban siendo al nivel de las relaciones entre varones y mujeres, entre femenino y masculino, en el seno del saber y la práctica profesional de la medicina. Esto suponía la necesidad de incluir la dinámica del cambio y el largo plazo.

Entonces, la segunda cuestión que aportó el concepto de configuraciones de género es la del tiempo y el cambio. Si los conceptos de género utilizados permitían el análisis de lo simbólico y lo material, de lo social, lo psíquico encarnado y lo individual; pero también, introducían la posibilidad de lo performativo y variable, el aporte de las configuraciones le daban un marco dinámico a estas ideas sobre el género: es decir, hizo posible pensar que los cambios en las configuraciones de género se dan *junto con* y *a partir de* otros cambios en las relaciones sociales.

Por todo esto, considero que uno de los aportes principales del análisis a ha sido poner un ejemplo de cómo el género es algo que se va configurando, ordenando, resignificando, a lo largo del tiempo. Elías propone una mirada para atender el cambio: no el cambio revolucionario, repentino, de todo o nada; sí el cambio en el largo plazo, el que al cambiar las relaciones de interdependencia de los entramados sociales, va modificando lenta –pero a veces,

inexorablemente- la figuración o forma de la estructura, del orden que sostiene dicho entramado. Y justamente, porque la configuración de género es un entramado de relaciones de poder, los cambios se dan a diferentes velocidades en los diferentes niveles de esas relaciones. Si el sociólogo alemán pudo mostrar cómo la idea de persona que sostiene a la sociedad cortesana – que da lugar a la sociedad de los Estados modernos del siglo XX- emergió a lo largo de los siglos y lo muestra a través de la acumulación de datos microscópicos, que sin embargo, dan lugar a cambios en los diferenciales de poder entre los grupos y sujetos, por qué yo no podía hacer un intento similar para entender los cambios que la entrada de mujeres traía a la profesión médica.

Esa fue la inspiración, que buscaba también introducir el tiempo y la larga duración en un estudio etnográfico²⁸⁶. Esta idea de cambio, suponía que la feminización de la medicina –en su mero aspecto cuantitativo- era una parte más –quizá la más notoria hasta el momento- de este proceso de cambio que se está dando al nivel de las configuraciones de género de la profesión. Algunas de las dimensiones que hicieron posible ver y aprehender esta noción fueron los relatos de las trayectorias de las médicas, de sus experiencias, de su sociabilidad; los modos en que intentaban hacer conciliables la familia y el trabajo, sus narrativas sobre los motivos de elección de la profesión, de la especialidad, de su lugar en la profesión, de ésta en sus vidas, de sus propias apreciaciones sobre la situación de la profesión, de lo masculino y femenino de las distintas especialidades médicas y de cada quién en ellas; sus identidades como mujeres en el seno de distintas instituciones profesionales, sus prácticas y opiniones respecto a la introducción de nuevas prácticas en la ginecología, principalmente.

Analizar el proceso de cambio en estas dimensiones suponía poner el acento en modificaciones microscópicas quizá, pero que son muchas. Se dan a distintos niveles y con muchas asincronías –cambios más notorios en algunas áreas, casi intrascendentes en otros. Pero, como había sido mi intuición, allí estaban los cambios: no se trataba sólo de querer verlos, sino de construir un dispositivo conceptual que permitiera verlos. Y ése dispositivo fue el de las configuraciones de género, que como en la metáfora de la gota de agua, hacía posible ver que, más allá de que la piedra parece seguir igual porque la gota no le hacía mella, allí está la gota, persistente, sutil, horadando la piedra y dejando su huella.

²⁸⁶ Cuando la etnografía fue tantas veces criticada por construir un presente eterno y ficticio –crítica realizada sobre todo por los historiadores a trabajos clásicos como el de Malinowski.

Continuidades y Rupturas.

Ahora bien, estas reflexiones y aportes teóricos se dieron de la mano de hallazgos y datos empíricos que, analizados como un proceso de cambio, nos obligan a realizar una síntesis de los mismos en clave de continuidades y rupturas. Esto es, qué cambia y qué no con la entrada de mujeres en la medicina.

-Sobre la feminización de la medicina. Si algo se ha modificado en las últimas tres décadas en la profesión médica, es la población. Las mujeres son la mayoría de las estudiantes de medicina en casi todas las escuelas, y la profesión hoy está casi en una situación de paridad. Sin embargo, cabe aquí matizar. El análisis de las características al interior de la profesión muestran las asincronías y desfases del proceso, lo que abre la puerta al análisis de las continuidades: la segregación horizontal por género de la profesión muestra cómo algunas especialidades médicas se han feminizado mucho –la pediatría, la dermatología, la genética- mientras que otras permanecen como nichos masculinos –la cirugía, la ortopedia. Lo mismo ocurre con la segregación vertical por género, ya que la presencia de mujeres en los puestos de mayor prestigio y poder – en la gestión de la salud, en los organismos científicos y gremiales- todavía es escasa; y si bien hay casos notorios de acceso de mujeres a cargos relevantes –como el de la actual secretaria de salud del gobierno federal-, las instituciones más prestigiosas –como por ejemplo, la Academia Nacional de Medicina- todavía manifiestan sus resistencias al respecto.

Respecto a las explicaciones sobre el proceso de feminización, entre los especialistas – actores hegemónicos del campo, como sanitaristas, gestores y académicos- aún hoy se mantienen ciertas ideas como la del “desperdicio de recursos”, por cuanto las razones de la feminización deben buscarse en el desprestigio de una profesión que ha perdido “valor” ante los ojos de los hombres a la hora de elegir un futuro profesional. Al mismo tiempo, existen otras explicaciones y “teorías nativas”, que connotan de otro modo lo femenino y que dan cuenta de la feminización como parte de un proceso de democratización de la profesión médica y de secularización y ampliación de derechos en las sociedades contemporáneas.

- Sobre las experiencias de las mujeres en la medicina. Uno de los elementos más novedosos se relaciona con las ideas sobre el logro profesional que tienen las mujeres médicas y es lo que hemos descrito como la narrativa casi épica del “reto” o “desafío”. Este fue uno de los principales hallazgos del trabajo de campo. Casi todas las médicas entrevistadas, de las más grandes hasta las

más jóvenes, en algún momento planteaban la idea de la profesión como un reto, que al haber sido alcanzado, produce una sensación de orgullo y realización que impregna sus propias nociones de lo que es el logro profesional. Esta narrativa épica contiene elementos de lo masculino; y por tratarse de narrativas femeninas, alejadas de las tradicionales –que serían la romántica, de la búsqueda del amor; o la victimista, de la madre abnegada y la esposa oprimida- resignifican tanto lo femenino como lo masculino. Todo esto hace pensar que hay otra idea de logro profesional, que se opone a la noción clásica –y masculina- de éxito y que por eso mismo, contribuye -o puede contribuir- a modificar la noción misma de lo que es un profesional bueno y exitoso.

Un aspecto de las experiencias de las mujeres en la medicina donde conviven continuidades y rupturas, es al nivel de las interacciones entre la familia y el trabajo. La búsqueda del balance, de la conciliación “armoniosa” de la familia y el trabajo, es un aspecto que contiene en sí todas las tensiones y claroscuros de los avances de las mujeres en las sociedades contemporáneas.

Respecto a los diagnósticos que las propias mujeres hacen sobre la situación actual de la profesión, se destacan como novedosos los significados dados a la “des-humanización” de la medicina y las reinterpretaciones sobre ciertas marcas de género de las especialidades médicas. Con ello vislumbramos cómo la demanda por la “humanización” implica cierta re-valoración de cuestiones vinculadas al universo de lo femenino; y cómo, lo femenino y lo masculino de las actividades y cualidades de los profesionistas, no depende siempre de la condición de género de los mismos. Las mujeres se masculinizan – y esto puede significar muchas cosas, no todas negativas- ciertos varones se feminizan – lo mismo- para ser mejores profesionales. Éste es uno de los elementos principales de los cambios en las configuraciones de género de la profesión, lo cual no significa una inversión de los valores –donde lo femenino pasa a ser valorado en detrimento de lo masculino- sino un cambio en los diferenciales de poder de ambos polos. Todo lo cual hace posible la emergencia de nuevas formas de lo masculino y lo femenino –en las configuraciones de la profesión y en las propias identidades subjetivas- que permiten pensar en una nueva configuración de género, menos dicotómica y jerárquica.

Sin embargo, como matiz, es necesario mencionar ciertos rasgos de permanencia. Por ejemplo, en el marco de los debates que prácticas como “el parto humanizado” introducen en la ginecoobstetricia. La defensa de estas prácticas y las resistencias que produce, muestran los dos aspectos: las continuidades y las rupturas. Mientras que por continuidades se entiende que los

gineco-obstetras sigan – y aún, defiendan- ciertas prácticas propias de un dispositivo patriarcal, que muchas de estas mismas prácticas sean catalogadas como “Violencia Obstétrica”, que se las busque combatir y erradicar, y que esta búsqueda genere encendidas discusiones que no dejan inmune a nadie, demuestra que las rupturas se están dando. Y lo más notable es que en este caso, refieren a las nociones principales del núcleo duro de saber de la especialidad gineco-obstétrica – las nociones sobre el cuerpo femenino. Es decir, las rupturas son pequeñas grietas, pero no se dan en la periferia de la profesión, sino en el mismo corazón del saber médico.

A modo de balance. Todo esto muestra lo difícil que es realizar un balance neto. Más bien, lo que predominan son los contrastes. En líneas generales me parece interesante apropiarme de la metáfora de los *techos de cristal*: con esta idea se hace alusión a la invisibilidad de los impedimentos que persisten en el desarrollo de las trayectorias profesionales de las mujeres. En el caso de la medicina, ya no hay impedimentos legales ni formales de ningún tipo. El avance de las mujeres a nivel demográfico en la profesión comienza a hacerse sentir en los diferentes ámbitos: más en la universidad y en la carrera científica, menos en los cargos ejecutivos y en las instituciones gremiales. Pero allí están, son cada vez más y ya hay mujeres al frente de la Secretaría de Salud y de algunos Institutos Nacionales. Con esto quiero decir que las barreras y los impedimentos ahora son sutiles: no están escritos en la legislación sino en las costumbres, en los mandatos familiares, en culturas institucionales, en las pautas familiares, en los arreglos de pareja, en las mentes, cuerpos, sentimientos – en los *habitus*- de los y las profesionistas. Y allí, como vimos, también hay avances y retrocesos. Por eso, a la hora de entender los cambios, se vuelve necesario que la mirada enfoque estos fenómenos, que forman parte de las configuraciones de género.

Sutiles, microscópicos, llenos de claroscuros, pero persistentes, los cambios que he intentado mostrar, se dan al nivel de las configuraciones sociales del género de la profesión médica. La entrada de mujeres en la profesión ha producido y sigue produciendo cambios, que hacen que ellas y ellos, en el cotidiano de su ejercicio profesional, estén –pese a las resistencias- *reconfigurando* el género.

Estos cambios que hacen posible pensar, en el largo plazo, en la reconfiguración del orden de género. Una reconfiguración que se oriente, sino a trascender el género, a que el orden de lo masculino y lo femenino se vuelva menos dicotómico; y con ello, la vida de los varones y mujeres, más libre y equitativa. Trascender el género no debe ser entendido, pues, como un orden de

relaciones sociales donde las diferencias entre varones y mujeres no existan. Más bien, se trataría de un orden donde estas diferencias -se expliquen en base a la anatomía, la experiencia o el orden simbólico- no entrañen rígidos ordenamientos jerárquicos productores de desigualdad; y donde la diversidad y los múltiples modos de ser del género, tengan su lugar.

Epílogo: Las funambulistas.

En el libro *Mujer que sabe latín* la escritora mexicana Rosario Castellanos²⁸⁷ (1973) hace un balance del avance de las mujeres en la educación formal hasta 1970, que es cuando escribe su texto. Después de repasar el ideal femenino de la cultura occidental y las encarnaciones concretas que el mismo tuvo en la sociedad mexicana; de explicar sociológicamente las acusaciones de hipocresía contra las mujeres como una forma de resistencia a la opresión; y de subrayar cómo la falta de educación formal mantuvo a la mayor parte de las mujeres en la ignorancia²⁸⁸ hasta mediados del siglo XX; Castellanos pinta la situación de las mujeres de su época, sus contemporáneas, las que como ella, han podido acceder a la educación superior. Basándose en datos de la ANUIES de 1970, afirma que hay 4,500 mujeres dedicándose al ejercicio de la medicina –contra 19 mil quinientos varones. A pesar del avance que estas cifras indican, la autora describe la fuerza de ciertas ideas en torno al género vigentes hace cuarenta años: que las mujeres son una mala inversión para la educación porque más allá de que estudien y se gradúen, en gran medida siguen aspirando a casarse y tener hijos: “Porque las estudiantes o desertan a la mitad de la carrera, traspasadas por la flecha de Cupido, o no ejercen la profesión aunque hayan recibido el título que las faculta para ello, porque siguen prefiriendo el mucho más glorioso y todavía, en muchos sentidos, exclusivo, de esposa y madre. Aunque, desde luego, un título es un pararrayos en caso de divorcio o viudez. Casos de desgracia, desde luego, por fortuna, excepcionales” (Castellanos, 1973, p. 30). Luego, para dar cuenta de las vicisitudes que debe atravesar una mujer que sí se dedica de lleno a la profesión, pone el ejemplo de una obra de teatro que aclara, a pesar de tener muchos años, puede explicar algunas circunstancias de su época. Hace referencia a *La*

²⁸⁷ Rosario Castellanos (1925-1974) escritora mexicana, promotora cultural, diplomática. En sus ensayos da cuenta de su ideario feminista. La biblioteca del Programa de Estudios de Género (PUEG) de la UNAM, lleva su nombre.

²⁸⁸ Y aquí describe un dato histórico no menor: Josefa Ortiz de Domínguez, considerada una de las heroínas de la independencia mexicana, no sabía leer ni escribir, mientras que el resto de los insurgentes del movimiento -Hidalgo, Morelos, Allende, etcétera- sí sabían.

*virgen fuerte*²⁸⁹, que trata de la vida de una mujer médica, de vocación firme y excelente profesionalista, soltera, dedicada por entero a su profesión, que sin embargo, lo arruina todo porque al tratar a un niño enfermo, no puede enfrentar el sufrimiento de la criatura, un sufrimiento que es atroz e incurable y “sin encomendarse ni a Dios ni al diablo y olvidando el juramento de Hipócrates” le aplica la eutanasia²⁹⁰. Para Castellanos, la obra muestra cómo la vida de las mujeres que renuncian a la vida amorosa en pos de una vida profesional, está atravesada por “el conflicto latente o actual entre la potencia intelectual y la potencia afectiva” que se vuelven, en este caso, extremos incompatibles.

Traer este ejemplo me parece importante por varias cosas: la primera, es que Rosario Castellanos escribe en 1970, que es cuando comienza a darse la masificación de la educación superior en México y es el momento que en nuestra propia periodización de la feminización llamamos el momento de la “expansión” o “despegue”. Segundo, porque si bien estas conclusiones tienen cuarenta años, siguen mostrando una de las tensiones cruciales de la experiencia de las mujeres en la medicina: la tensión entre el *caring* y el *curing* de la propia profesión, entre el saber y el sentir, pero también, entre la familia y el trabajo, entre lo público y lo privado –y por qué no, entre femenino y masculino.

Más de cuatro décadas después que Castellanos reflexionara sobre el asunto y más de sesenta años en que esa obra – *La virgen fuerte*– fuera escrita, está claro que esta preocupación de las intelectuales (de Ocampo, de Castellanos y tantas otras que he citado a lo largo de la tesis) sigue siendo -a pesar de los avances, y de cuarenta años de feminismo-, uno de los nudos gordianos de la experiencia de las mujeres: las que logran desatar o romper ese nudo, siguen siendo mujeres excepcionales, las que logran “el equilibrio”, las que hacen la diferencia. La gran

²⁸⁹ *La virgen fuerte: Comedia en tres actos*, estrenada en 1942. María Violeta Ocampo, escritora y dramaturga mexicana (1905-1974) (Ocampo, 2002)

²⁹⁰ Es interesante plantear que en esta decisión del personaje, se pone de manifiesto lo “antiguo” de la obra de 1942, ya que en la actualidad, la eutanasia –aún produciendo encendidos debates- no sería considerada un “error” que sepulta la carrera profesional de alguien, sino como un acto en pos del derecho de bien morir. Si bien sigue siendo penada por el ley, según los dichos del Dr. En Bioética Horacio García Romero “en México se le aplica la eutanasia pasiva al 45% de los pacientes de terapia intensiva”(Sánchez Limón, 2013). En el DF, en tanto, desde 2008 está vigente la Ley de Voluntad Anticipada, que contempla los derechos del buen morir. En una encuesta aplicada en 2008, ante la pregunta “Cuando una persona tiene una enfermedad que no se puede curar ¿usted considera que los doctores debieran tener el derecho legal de terminar con su vida si así lo requieren el paciente y su familia?” A nivel país, 6 de cada 10 personas respondió afirmativamente, mientras que en la capital del país, sólo el 27% de los encuestados respondió negativamente(Tecnológico., 2008) .

mayoría, sean médicas o de cualquier otra profesión, viven y ordenan su experiencia en torno a la búsqueda del mismo.

Esta idea de las mujeres médicas, pero en general, de las mujeres profesionistas, como buscadoras del balance, o más bien, como funambulistas “haciendo equilibrio”, no es una idea mía. Ya en su libro de 1999, Ellen More (1999) habló de ello: a pesar de todos los avances –y la autora norteamericana se preocupa por dejar en claro que son muchos- dice, las médicas actuales, como las del siglo XIX, buscan aún, en el día a día, generar un balance entre ser mujeres y ser doctoras. ¿Cómo se logra eso? More dice que si uno se detiene en el análisis del proceso de las mujeres por la búsqueda de la igualdad al interior de la profesión médica, su resistencia a una única concepción de la profesión y su intento constante de poner a interactuar en su práctica lo psicológico, lo social y lo fisiológico, la búsqueda del balance queda en evidencia. Mi punto de vista, concluyendo este trabajo sobre las experiencias de las mujeres en la medicina mexicana, no es tan diferente. Creo que la mayoría de las médicas que entrevisté, acordarían con esta metáfora de ser un poco funambulistas, de estar siempre en la búsqueda de un equilibrio. Muchas se reconocerían, quizá, en la obra de teatro *La virgen fuerte*; otras no, pero en general, sí se sentirían identificadas con las conclusiones de More.

Lo cierto es que llegados a este punto, es evidente que la tensión indisoluble de esta idea de las mujeres como funambulistas, alude a las contradicciones no ya de ellas –aunque ellas las vivan como propias y personales- sino del orden de género. Las mujeres en la medicina fueron en muchos casos la vanguardia de la entrada de las mujeres en el mundo de la universidad, de la ciencia, de las profesiones. Hoy son parte del colectivo de mujeres –de distintos oficios y profesiones- que siguen avanzando y que en ese intento –que insisto, parece personal, individual, familiar- van reconfigurando las relaciones de género. Lo cual implica un cambio también de lo masculino y de la experiencia de los varones. Allí está la nueva meta por alcanzar, hacia ellos y sus responsabilidades familiares, de crianza y de cuidados ¿Esto significaría trascender el género? No lo sé. Pero seguro que si las mujeres médicas –y todas las profesionistas- son funambulistas, el horizonte donde termina la cuerda floja se encuentra allí, en un orden de género basado en la equidad. Como todo horizonte, se aleja. Pero mientras tanto, las funambulistas avanzan y con ello, sin saberlo ni proponérselo, van reconfigurando el género.

Referencias Bibliográficas.

- Abbot, A. (1999) "Écologies liées. À propos du système des professions" en *Actes du Colloque de la société Française de Sociologie*.
- Abramo, L. (1996). Inserción de la mujer en los nuevos paradigmas productivos. En Valenzuela, M. E. comp. *Igualdad de oportunidades para la mujer en el trabajo*. SERNAM: Santiago de Chile. pp. 107–140.
- Abramo, L., & Paiva Abreu, A. (1998). Género e Trabalho na Sociologia Latinoamericana. Uma introdução. *Gênero e Trabalho na sociologia Latinoamericana* (pp. 9–18). Rio de Janeiro: ALAST y SERT.
- Abrantes, R., & Arjonilla, S. (2003) "Descentralización del sector de salud y conflictos con el gremio médico en México" *Revista CIESS*, (4 y 5), 91–98.
- Acker, J. (1990). "Hierarchies, jobs, bodies: a theory of gendered organizations". *Gender and Society*, 4(2), 139–148.
- Agostoni, C. (2005). Discurso Médico , cultura higiénica y la mujer en la ciudad de México entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. En Armus, D. comp. *Avatares de la Medicalización en América Latina. 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Aguilar, A. M., Nigenda, G., Méndez, Ó., & Knaul, F. M. (2003) "Desperdicios de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería en México". *Caleidoscopio de la salud* (pp. 125–134).
- Aguiluz Ibarguen, M. (2011). *Marianne Weber. Ensayos Selectos*. México: UNAM. CEIICH.
- Alic, M. (1991). *El legado de Hypatia. Historia de las mujeres en la ciencia desde la Antigüedad hasta fines del siglo XIX*. México: Siglo XXI editores.
- Almaguer González, J. A., García Ramírez, H. J., & Vargas Vite, V. (2010) "La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las Instituciones de Salud" *Género y Salud en Cifras*, 8(3), 4–20.
- Amorós, C. (1994). *Historia de la teoría feminista*. Madrid: Universidad complutense de Madrid/Dirección general de la Mujer.
- Amorós, C. (2005). *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*. Madrid: Cátedra.

Andrews, T.M. y Wærness, K. (2011) "Deprofessionalisation of a female occupation: Challenges for the sociology of profession". *Current Sociology* 59 (1), pp. 42-58.

Anta Félez, J. L. (1997). Servicio militar y Veteranía: ritual y símbolos. En F. Checa & P. Molina (Eds.), *La función simbólica de los ritos: rituales y simbolismo en el mediterráneo*. Barcelona: Icaria. Instituto Catalá de Antropología.

ANUIES

----(2000). *Diagnóstico 1990-2000. La educación superior en México y en el mundo*. Retrieved from http://www.anui.es.mx/e_proyectos/html/diagnostico.htm

----(2009) *Anuario Estadístico 2009. Población escolar y personal docente en la educación media superior y superior*. México DF: ANUIES.

Anzures, M. E. (2005) "Conferencia Ignacio Chávez". *Gac. Méd. Méx*, 141(4).

Aranda, E. (2003) "Global Care Work and Gendered Constraints: the case of Puerto Rico transmigrants" *Gender and Society*, vol. 17, No. 4. pp. 609-626.

Aranda Sánchez, J. M. (2009) "La sociedad civil en México 1985-2005: de las organizaciones a los movimientos de resistencia y autonomía social". *Contribuciones desde Coatepec*, 17, 65–93.

Arango, L. G. (1998). Familia, Trabajo e Identidad de Género. Analogías y contrastes entre dos categorías socioprofesionales en América Latina. *Genero e Trabalho Na sociologia Latinoamericana* (pp. 168–195). Río de Janeiro.: ALAST y SERT.

Archenti, N., & Tula, M. I. (2008). *Mujeres y política en América Latina: sistemas electorales y cuotas de género*. Buenos Aires: Heliasta.

Archundia García, A. (2011) "El movimiento médico en 1964-1965". *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 16, 28–31.

Arriagada, I., & Torres, C. (1998). *Género y Pobreza. Nuevas Perspectivas*. Santiago de Chile: ISIS.

Arriagada, I., Aranda, V. y Miranda, F. (2005) *Políticas y programas de salud en América Latina y el Caribe*. [Informe] División de Desarrollo Social. Santiago de Chile: CEPAL-ONU

"Autorizaron a un varón para partero" (1998, October 17). *Diario Clarín*. Buenos Aires. Retrieved from <http://edant.clarin.com/diario/1998/10/17/e-05903d.htm>

Auyero, J. (1997). Evita como performance: mediación y resolución de problemas entre los pobres urbanos del Gran Buenos Aires. *¿Favores por votos? Estudios sobre Clientelismo político contemporáneo*. Buenos Aires: Losada.

- Balsammo, A. (1999). *Technologies of the gendered body*. Durhan and London.: Duke University press.
- Bañez Tello, T. (1997) "Género y Trabajo social" *Acciones e investigaciones sociales*. Universidad de Zaragoza, num 6, pp. 151-188.
- Barfield, T. (2000). *Sangre. Diccionario de Antropología*. Siglo XXI editores.
- Barrancos, D. (2007). *Mujeres en la sociedad argentina: Una historia de cinco siglos*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Bartra, E. (1992)"Mujeres y política en México: aborto, violación o mujeres golpeadas" *Política y Cultura*, otoño, 23–33.
- Bartra, E., Fernández Poncela, A. M., & Lau, A. (2000). *Feminismo en México, ayer y hoy*. México.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Bastian, J. P. (1987). Modelos de Mujer Protestante: Ideología religiosa y educación femenina, 1880-1910. En C. Ramos Escandón & R. M. de Jesús. (Eds.), *Presencia y Transparencia: la mujer en la historia de México*. (pp. 164–180). México: PIEM. El Colegio de México.
- Baudelot, C., & Establet, R. (1992). *Allez les filles*. París.: Seuil.
- Becker, H. (2009) *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Berger, J. (2012) *Modos de Ver*. México DF: Editorial Gustavo Gili.
- Bernardo, A. (2004, Mayo). "Parir como Diosas: recuperando el parto vertical" Suplemento *Triple Jornada*. México DF: La Jornada.
- Blazquez Graf, N. (2008). *El retorno de las brujas*. México.: UNAM. CEIICH.
- Blum, A. (2009) Haciendo y deshaciendo familias. Adopción y beneficencia pública, ciudad de México, 1938-1942. En: Cano,G, Vaughan, MK y Olcott, J (eds) *Género, poder y política en el México posrevolucionario*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Boivin, M., Rosato, A., & Arribas, V. (2004). Introducción. *Constructores de Otredad* (pp. 7–13). Buenos Aires: Antropofagia.
- Bolton, S. y Muzio, D. (2008) "The paradoxical processes of feminization in the profession: The case of established, aspiring and semi-profession." *Work Employment Society* 22 (2) pp. 281-299.
- Bonet, O. (1999) "Saber y Sentir: uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina" *Physis. Revista da Saúde Coletiva*, 9(1), 123–150.

- Bonner, T. (1995). *To the end of the earth. Women's search for education in medicine*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (1986) L'Illusion biographique. *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, vol 62-63.
- (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- (2004). Espacio social y poder simbólico. *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- y Wacquant, L. (2008) *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Brooks, D., & Brooks, L. (1997). *Seven secrets of successful women*. New York: Mc Graw-Hill.
- Buquet, A. (2006). *Presencia de mujeres y hombres en la UNAM. Una Radiografía*. México DF: UNAM.
- Burke, P. (1997). *Historia y Teoría Social*. México DF: Instituto Mora.
- Burin, M.
- (2003) "El deseo de poder en la construcción de la subjetividad femenina. El "techo de cristal" en la carrera laboral de las mujeres" En H.Gonzalo (eds) *¿Desean las mujeres el poder? Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo* (pp. 35-70). Madrid: Minerva.
- (2012 junio 7) "El techo de cristal aún en los cielos" *Página/12*. Buenos Aires.
- Buscatto, M., & Marry, C. (2009). « Le plafond de verre dans tous ses éclats ». La féminisation des professions supérieures au xxe siècle. *Sociologie du Travail*, 51(2), 170–182.
- Butler, J. (1998) "Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista" *Debate Feminista*, 18, 296–314.
- (2002)*Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Barcelona: Paidós editorial.
- (2007) *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós editorial.
- y Preciado, B. (2008)"Entrevista" Traducción realizada por Ursula Del Aguila en noviembre de 2008 para la revista francesa *Têtu* (nº 138).Disponible en:
<http://lasdisidentes.com/2012/04/20/judith-butler-y-beatriz-preciado-en-entrevista-con-la-revista-tetu/>
- Buvinic, M., & Roza, V. (2004). *La mujer, la política y el futuro democrático en América Latina*. [Informe] Igualdad de género en el desarrollo. Washington DC: BID.

- Buzzatti, G., & Salvo, A. (1998). *El cuerpo-palabra de las mujeres. Los vínculos ocultos entre el cuerpo y los afectos*. Valencia: Ediciones Cátedra.
- Cabré, M., & Ortiz, T. (2001). Introducción. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. Barcelona.
- Cacho, Lydia (2012, junio 15) "Entre mujeristas te veas" *Sin embargo.com*. México DF.
- Calveiro, P. (2012) *Violencias de Estado*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Cardaci, D. (2004). *Salud, género y programas de estudios de la mujer en México*. México DF: PUEG-UNAM/ UAM-Xochimilco. OPS.
- Carrera, I., Enrí, L., & D'ottavio, E. (2004) "La atención primaria de la salud y la especialización médica: ¿Categorías opuestas o complementarias?". *Educación Médica*, 7(4), 36–43.
- Carrillo, A. M. (1998) "Profesiones Sanitarias y Lucha de poderes en el México del siglo XIX." *Asclepio*, L2, 149–168.
- (1999)"Nacimiento y Muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México" *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus.*, SEPARATA(19).
- (2002a) "Médicos del México Decimonónico: entre el control estatal y la autonomía profesional" *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus.*, 22, 351–375.
- (2002b)" Economía, política y salud pública en el México Porfiriano (1876-1910)" *Manguinhos. História, Ciências, Saúde.*, 9. suplemento, 67–87.
- (2002c). *Matilde Montoya. Primera médica mexicana*. México: DEMAC.
- Casas-Patiño, D., Reséndiz-Rivera, S., & Casas, I. (2009) "Reseña cronológica del movimiento médico 1964-1965" *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina.*, 12(1), 9–13.
- Casell, J. (1998). *The woman in the surgeon body*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Castañeda López, G., & Rodríguez de Romo, A. C. (2010). *Pioneras de la medicina mexicana en la UNAM: del Porfiriato al nuevo régimen, 1887-1936*. México: Díaz de Santo.
- Castellanos, R. (1973). *Mujer que sabe latín....* México DF: SEP-Setentas.
- Castro, R. (2010). *Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.
- Castro, R. P., & Bronfman, M. P. (1993) "Teoría Feminista y Sociología Médica : Bases para una Discusión" *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 375–394.

- CEPAL-ONU. (2011). *Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2011*.
- Cerva, D. (2010) "Cultura organizacional e institucionalización de las políticas de género en México: Notas para el debate" *Gén Eros. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género.*, 16 Época 2(6), 55–69.
- Chague, S. (2008) directora. *Tierras Prohibidas: la historia de Cecilia Grierson (1859-1934)* Video. 75 min.
- Chávez Courtois, M. (2008). *Infertilidad y técnicas de Reproducción Asistida: una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco*. México DF: UAM-Iztapalapa. Tesis de Doctorado. Ciencias Antropológicas.
- Cházaro, L. (2002) Historia, Medicina y Ciencia: pasado y presente de sus relaciones En Cházaro, L. (eds) *Medicina, Ciencia y Sociedad en México, siglo XIX*. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Cole, S. (1986) "Sex Discrimination and admission to Medical School. 1929-1984" en *The American Journal of Sociology*, vol 92, num. 3, pp. 549-567.
- Collier, J. F., & Rosaldo, M. (1981). Politics and gender in simple societies. *Sexual Meanings: The cultural construction of gender and sexuality* (pp. 257–329). Cambridge: Cambridge University Press.
- Collin, F. (1991) "Sobre el amor: conversaciones con Julia Kristeva" *Debate Feminista*, 4(2).
- CONAMED.
- (2006) *Diez años de arbitraje médico en México (1996-2006)*[Informe] México DF: Secretaría de Salud.
- (2009) *Síntesis de Resultados Estadísticos*. [Informe] México DF: Secretaría de Salud.
- Connell, R. (2003). *Masculinidades*. México DF: PUEG-UNAM.
- Conrad, P. (1982). Medicalización de la anormalidad y control social. En D. Ingleby (Ed.), *Psiquiatría Crítica*. Barcelona: Grijalbo.
- Craig, L. (2011) "¿El cuidado paterno significa que los padres comparten? Una comparación de la manera en que los padres y las madres de familias intactas pasan tiempos con sus hijos e hijas" *Debate Feminista*, 22(44), 99–125.
- Csordas, T. (1994) Introduction: the body as representation and Being in the world. En *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Csordas, T., & Kleinman, A. (1990). The therapeutic process. En T. Johnson & C. Sargent (Eds.), *Medical Anthropolgy: a handbook of the theory and method*. Connecticut: Greenwood Press.

- De Beauvoir, S. (1977). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Ediciones Siglo XX.
- De la Peña, E. (2012) "Ginecología y feminismo" *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, 80(5).
- De Oliveira, O., & Ariza, M. (2000). Trabajo femenino en América Latina. Un recuento de los principales enfoques analíticos. En E. Dela Garza (Ed.), *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*. México.: FCE. El Colegio de México.
- Delgado, A., Ortiz Gómez, T. y Távora, A. eds. (2003) "Las médicas , sus prácticas y el dilema con la feminidad" *Estudios de Sociolingüística*, 4(2), 589–611.
- Delgado, A., Saletti-Cuesta, L., López-Fernández, L. A., Luna, J. D. D., & Mateo, I. (2010) "Logro profesional alcanzado y percibido de médicas y médicos de familia" Ponencia presentada en el VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. Curitiba.
- Díaz, R. (1997) "La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia". *Alteridades*, vol. 13.
- Díaz Duarte, F. (2001) Introducción. En Rhoden, F. *Uma Ciência da Diferença: sexo e genero da medicina da mulher*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Domingo Vázquez, M. C. (1992). "La Igualdad en la política de educación médica en México". *Salud Pública de México*, 34(6), 635–643.
- Domínguez Reyes, E. (1999)" Mujeres y ciudadanía en México: reflexiones de algunas participantes a nivel urbano". *Anales Nueva Época*, 2, 201–226.
- Doise, W., Clémence, A. y Lorenzi-Cioldi, F. (2005) *Representaciones sociales y análisis de datos*. México DF: Antologías Universitarias-Instituto Mora.
- Dore, E. (1999) One Step Forward, Two step back: gender and the state in the logn nineteenth century. En E. Dore & M. Molyneux (Eds.), *Hidden histories of gender and State in Latin America* (pp. 3–22). Durham: Duke University press.
- Douglas, M. (2007). *Pureza y Peligro*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Dubar, C. (1999). Sociologie des groupes professionnels en France: un bilan propectif. *Actes du Colloque de la société Française de Sociologie*.
- (2002). *La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación*. Barcelona: Bellaterra.
- & Tripier, P. (1998). *Sociologie des professions*. París.: A. Colin.
- Duby, G., & Perrot, M. (1993). *Historia de las Mujeres. El siglo XIX*. Madrid: Taurus.

- Duru-Bellat, M. (1996). Orientaciones y resultados en las ramas científicas. En R. Claire (Ed.), *La formación científica de las mujeres* (pp. 71–88). Madrid: Los libros de la Catarata.
- Durán Arenas, L. (2001) "Determinantes del estatus profesional de los médicos en México". *Gac. Méd. Méx*, 137(6), 509–520.
- Eirenreich, B., & English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Barcelona: Editorial La Sal.
- Elías, N. (1986). *El proceso civilizatorio. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. (p. 560). México DF: Fondo de Cultura Económica.
- (1996). *La sociedad cortesana*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- "Entrevista a Kette Wilms "(2001, September). *La Gaceta de la Facultad de Medicina*.
- Epstein, C. F. (1971) " Law Partners and Marital Partners: Strains and Solutions in the Dual-career Family Enterprise" *Human Relations*, 24(6), 549–564.
- Espinosa Damián, G. (2010) Mujeres indígenas. Contienda por la equidad de género y la ciudadanía. En: Tepichín, Tinat y Gutiérrez (eds) *Los Grandes problemas de México. Tomo VIII: Relaciones de Género*. México DF: El Colegio de México.
- Esteban, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Fajardo-Dolci, G., & Al., E. (2009). "Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas ante la CONAMED". *Salud Pública de México*, 51(2).
- Farmer, P. (2003) Brujería, política y concepciones sobre el Sida en el Haití rural. En D. Armus (Ed.), *Entre Curanderos y Médicos. Historia, Cultura y Enfermedad en América Latina*. Buenos Aires: Norma.
- Fassano, P. (2006). *De boca en boca. El chisme en la trama social de la pobreza*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Fernández Poncela, A. (1995). *Participación política. Las mujeres en México al final del milenio*. México DF: El Colegio de México/PIEM.
- Ferrándiz, F. (1999) "El culto de María Lionza en Venezuela: tiempos, espacios, cuerpos" *Alteridades*, 9(18), 39–55.
- Flecha, C. (2001) La educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina de la universidad española, año 1882. En Cabré, M. y Ortiz, T. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.

- Flota Verde, E., Hernández Gallardo, G., Dardón Campeán, S., & Tamez, S. (2007). Motivos de elección de carrera en mujeres estudiantes de profesiones de la salud. *Educación Médica*, 10(1), 44–51.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. México. (2013). *Prevención de la Mortalidad Materna*. Retrieved from http://www.unfpa.org.mx/ssr_mortalidad_materna.php
- Fonseca, C. (2005) "La clase y su recusación etnográfica". *Etnografías contemporáneas*, 1(1), 117–137.
- Fonseca Hernández, C., & Quintero Soto, M. L. (2009) "La teoría Queer. La de construcción de las sexualidades periféricas" *Sociológica*, 24(69), 43–60.
- Foucault, M. (1977). *Le jeu de Michel Foucault. Dits et Ecrits II*. París.: Gallimard.
- (2002). *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. (p. 314). Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (2004). *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- (2005). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. México DF: Siglo XXI editores.
- (2006). *Seguridad, territorio y población: Curso en el College de France 1977-1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fox Keller, E. (1991). *Reflexiones sobre Género y Ciencia*. Valencia: Edicions Alfons El Magnanim.
- Fraser, N. (1997). *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores. Universidad de Los Andes.
- Frederic, S., Soprano, G., & Graciano, O. (2010) Introducción. En: *El Estado argentino y las profesiones liberales, académicas y armadas*. Rosario: Prohistoria.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- (2001). La teoría de las profesiones: Estado del arte. *Perfiles educativos*, 23, 28–43.
- Frenk-Mora, J., Robledo-Vera, C., Nigenda Lopez, G., Ramírez Cuadra, C., Galván Martínez, O., & Ramírez Avila, J. (1990) "Políticas de Formación y Empleo de médicos en México, 1917-1988" *Salud Pública de México*, (1), 440–448.
- Freyermuth, G., & Sesia, P. (2006) "Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica" *Desacatos. Revista de Antropología Social*, (20), 9–28.
- FunSalud

----- (2008) "Recursos Humanos para la salud. Formación empleo y regulación" *Boletín Bimestral*, Vol. 8

----- (2012) *La salud en México 2006/2012*. [Informe] México DF: Fundación Funsalud.

García Orellán, R. (2003) "Antropología de la muerte: entre lo intercultural y lo universal". *Cuidados Paliativos* (pp. 305–322). San Sebastián: Sociedad vasca de cuidados paliativos.

Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

Geldstein, R., & Wainerman, C. (1989). *Trabajo, Carrera y Género en el mundo de la salud*. Buenos Aires.

Giddens, A. (2004). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Gil Montes, V. (2004) *Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*. México DF: UAM-Xochimilco.

Ginzburg, C. (2008). *El queso y los gusanos: el cosmos de un molinero del siglo XVI*. Barcelona: Península.

Godelier, M. (1986). *La producción de los grandes hombres, poder y dominación entre los baruya de Nueva Guinea*. Madrid: Editorial Akal.

González Leandri, R. (2006) "Campos e imaginarios profesionales en América Latina. Renovación y Estudios de caso". *Anuario IEHS*, 21.

Graña, F. (2008) "El asalto de las mujeres a las carreras universitarias "masculinas": cambio y continuidad en la discriminación de género" *Praxis Educativa*, (12), 77–86.

Green, M. (2001) En busca de una «auténtica» medicina de mujeres: los extraños destinos de Trota de Salerno e Hildegarda de Bingen. En Cabré, M. y Ortiz, T. (eds): *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.

Guadarrama Olivera, R. (2008) "Los significados del trabajo femenino en el mundo global . Propuesta para un debate desde el campo de la cultura y las identidades laborales" *Estudios Sociológicos*, XXVI(2), 321–342.

Guber, R. (2001) *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.

----- (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós editorial.

- Guevara Ruiseñor, E. (2008) "La masculinidad desde una perspectiva sociológica " *Sociológica*, 23(63), 71–92.
- Guy, D. (2008). *Women create the Welfare state: performing charity, creating rights in Argentina 1880-1955*. Durham: Duke University press.
- Haraway, D. (1991). Gender for a marxist dictionary: The sexual politics of a Word. En *Simians, cyborgs and women: The reinvention of nature*. London: Free Association Book.
- Harding, S. (1998). *Is science multicultural? Postcolonialism, feminisms, and epistemologies*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Harrison, M. (2000) "Identity and experience: A study of selected female physicians in five provincial states of Mexico". *Salud Pública*, 42, 208–216.
- Hartmann, H. (1980) "Un matrimonio mal avenido: hacia una unión más progresiva entre marxismo y feminismo". *Zona Abierta*, marzo-abril.
- Héritier, F. (2007). *Masculino/Femenino. Disolver la jerarquía*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Hernández, B., & Rincón Huarota, R. (1992). *Las mujeres en la Revolución Mexicana, 1884-1920*. México: Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana y Instituto de Investigaciones legislativas de la H. Cámara de Diputados.
- Hersch Martínez, P. (2008) "Lo Sociocultural desde la perspectiva biomédica. Una revisión de publicaciones en torno al tema" *Región y Sociedad. Revista del Colegio de Sonora*, 20(2), 163–264.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1988). "De ayer a hoy: construcción social del enfermo ". *Cuadernos Médicos Sociales*, (43), 21–30.
- Hobert, R. (2012) "Apuntes para la comprensión del clientelismo académico" *La revista del CCC. En línea*, (14/15).
- Hobsbawn, E. (1998). *Historia del siglo XX*. Barcelona: Crítica. Grijalbo Mondadori.
- Hochschild, A. (1983) *The managed heart: The commercialization of human feelings*. Berkeley: California University Press.
- Hualde, A. (2000). La sociología de las profesiones: asignatura pendiente en América Latina. In E. Dela Garza (Ed.), *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo* (pp. 664–678). México: Fondo de Cultura Económica. El Colegio de México.
- Jacinto, L., & Scarzanella, E. eds. (2011). *Género y Ciencia en América Latina: mujeres en la academia y la clínica (siglos XIX y XX)*. Madrid: Estudios de Historia Latinoamericana. AHILA-Iberoamericana.

- Jaspers, K. (1988). *La práctica médica en la era tecnológica*. Barcelona: Gedisa.
- Jiménez, A. (2000) "Doctora Eloísa Díaz Insunza. Nota Histórica". *Revista Chilena de Infectología*, 1(17), 76–78.
- Johannisson, K. (2006). *Los signos. El médico y el arte de la lectura del cuerpo*. Barcelona: Melusina.
- Jornadonova, L. (1989). *Sexual Visions. Images of gender in Science and Medicine between the eighteenth and the twentieth centuries*. London: Harvester Wheat sheat.
- Juárez Albarrán, A. C. (2011) "Urólogas en México, su inicio, devenir y estatus dentro de la especialidad". *Revista Mexicana de Urología*, 4(71), 244–250.
- Jurado, J. C. (2004) "Sobre el proceso de civilización de Norbert Elías" *Revista Nómadas*, (10).
- Kalinsky, B. (2006). "Ser mujer" en Trabajos fronterizos: Las marcas de género "La ventana, (24), 229–256.
- Kershaw, P. (2011)" Carefair: el cuidado equitativo. Entre la capacidad de elegir, el deber y la distribución de responsabilidades" *Debate Feminista*, 22(44), 60–98.
- Kretschmer, R. (2003) "Conferencia Ignacio Chávez". *Gac. Méd. Méx*, 139(2).
- Krotz, E. (1993) "La producción de la antropología en el Sur: características, perspectivas, interrogantes" *Alteridades*, vol. 3, num 6, pp.5-11.
- Lacqueur, T. (1994). *La construcción del sexo: Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Lagarde, M. (n.d.). Enemistad y sororidad: hacia una nueva cultura feminista. *Ateneo de e-mujeres.net*. Retrieved from <http://www.e-mujeres.net/ateneo/marcela-lagarde/textos/enemistad-y-sororidad-nueva-cultura-feminista>
- (2005). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México DF: CEIICH-UNAM.
- (2008) Antropología, feminismo y política: violencia feminicida y derechos humanos de las mujeres. En M. Bullen & C. Diez Mintegui (Eds.), *Retos teóricos y nuevas prácticas*. San Sebastian: Ankulegi.
- Lahire, B. (2005). De la teoría del habitus a una sociología psicológica. En B. Lahire (Ed.), *El trabajo sociológico de Piere Bourdieu*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Lamas, M. (1999)
- "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género" *Papeles de Población*, 5, 147–178.

----(2000) "Diferencias de sexo, género y diferencias sexual". *Cuicuilco*, 7(18), 95–117.

---- (2009) "La despenalización del aborto en México". *Nueva Sociedad*, (220).

----(2011, September) "Pobreza de tiempo" Revista *Proceso*.

Laurell, A. C.

----(1995) "La reforma del Estado y la política social en México" *Nueva Sociedad*, (164), 146–158.

----(1996) "La salud: de derecho social a mercancía" En: *Nuevas Tendencias y Alternativas en el sector salud*. México DF: Fundación Friedrich Ebert.

Le Breton, D. (2013) "Por una antropología de las emociones" *Revista Latinoamericana de Estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad*. 4, num. 10, pp. 67-77

Legato, M. (2003). *La costilla de Eva: la nueva ciencia de la medicina de género y cómo puede salvarle la vida*. Buenos Aires: Aguilar.

Le Guin, U. (2002). *La mano izquierda de la oscuridad*. Buenos Aires: Ediciones Minotauro.

Levi, G. (1999) Sobre microhistoria. En P. Burke (Ed.), *Formas de hacer historia* (pp. 119–143). Madrid: Alianza.

Leyva Piña, M. A., & Pichardo Palacios, S. (2012) "Los médicos de las Farmacias Similares: ¿degradación de la profesión médica?" *Polis: Investigación y Análisis sociopolítico y Psicosocial*, 8(1), 143–175.

Libedinsky, J. (2012, abril 8) "La nueva maternidad que desafía al feminismo" *Diario La Nación*, Suplemento "Enfoques", Buenos Aires.

Lo, M. C. (2002) *Doctors within borders. Profession, ethnicity y modernity in Colonial Taiwan*. Berkeley: California University Press.

Lock, M., & Nguyen, V.-K. (2010). *An Anthropology of biomedicine*. Sussex: John Wiley and sons publications.

Lock, M., Young, A., & Cambrosio, A. (2000). *Living and working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lomnitz, L. (1987) Las relaciones horizontales y verticales en la estructura social urbana de México. En Palerm, A. y Glanz, S. (eds) *La heterodoxia recuperada* (pp.515-546) México DF: Fondo de Cultura Económica.

López, G. C. et Al. (2011) "La doctora Julieta Calderón de Laguna y la citología exfoliativa en México" *Anales Médicos. Asociación Médica Centro Médico ABC.*, 56(3), pp. 162–168.

- López, J. G. (n.d.) "De la cárcel al aula" Retrieved from <http://www.uacm.edu.mx/Sedes/AulaLopez/tabid/2836/Default.aspx>
- López Sánchez, O. (2000) "Una reconstrucción simbólica de las explicaciones gineco-obstétricas sobre la anatomía femenina durante el siglo XIX en México" *Cuicuilco*, 7(185-203).
- (2010) *El dolor de Eva. La profesionalización del saber médico en torno del cuerpo femenino en la segunda mitad del siglo XIX*. México DF: UNAM-FES Iztacala.
- Macías, A. (2002). *Contra viento y marea. El movimiento feminista en México hasta 1940*. México: PUEG-UNAM.
- Marcus, G. (2001) "Etnografía en/del Sistema Mundo. El surgimiento de la etnografía multi local". *Alteridades*, 11(22), 111–127.
- Marrazo, J. (2004) "Barriers to Infectious Disease Care among Lesbians". *Emerging Infectious Diseases*, 10(11).
- Martin, E. (1999). The Egg and the Sperm: How Science has constructed a romance based on stereotypical male-female role. En E. Fox Keller & H. Longino (Eds.), *Feminism and Science* (pp. 103–135). Oxford: Oxford University Press.
- Martin, T. T. (1995) "Mercado de trabajo y desigualdades de género" *Cuadernos de Relaciones Laborales*, (6), 81–92.
- Martínez Austin, A. (2006). *Los Mitos del Tlacuache. Caminos de la Mitología Mesoamericana*. México DF: Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM. 2da. Re-impresión.
- Maruani, M. (2002). *Trabajo y empleo de las mujeres*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- María Elena Anzures. "La primera en hacer una esofagoplastia con colon en México" (2003, April). *Médicos de México*.
- Masson, L. (2007). *Feministas en todas partes. Una etnografía de los espacios y narrativas feministas en Argentina*. Buenos Aires: Prometeo.
- Mauss, M. (1979). *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.
- Mc Guigan, J. (2009). *Cool Capitalism*. New York: Pluto Press.
- Mc Nay, L. (2004) "Agency and experience: gender as a lived relation" *The Sociological Review*, 52, 173–190.
- Mead, M. (2006). *Sexo y temperamento : en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós editorial.

- Melhuss, M. (2007). Poder, valor y lo sentidos ambiguos del género. En Marit Melhuss & K. A. Stolen (Eds.), *Machos, putas y santas. El poder del imaginario de género en América Latina*. (pp. 225–247). Buenos Aires: Antropofagia.
- Melhuss, Merit, & Stolen, K. A. (2007). Introducción. *Machos, putas y santas. El poder del imaginario de género en América Latina*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Mendez, L. (2005). Una connivencia explícita: perspectiva de género, empoderamiento y feminismo institucional. En Andrieu & Mozo (Eds.), *Antropología feminista y/o del género. Legitimidad, poder y usos políticos* (pp. 203–226). Sevilla: El Monte editorial.
- Menéndez, E. (2005) "El modelo médico y la salud de los trabajadores" *Salud Colectiva*, 1(1), 9–32.
- Menéndez, E. & Di Pardo, R.
- (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes* (p. 313). México DF: SEP Ciesas.
- (2009). *Miedos, Riesgos e Inseguridades. Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe*. México: Publicaciones de la Casa Chata, CIESAS.
- Messing, K., et al. eds. (2002). *El trabajo de las mujeres. Comprender para transformar*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- "México es el país con más cesáreas del mundo: EPC" (2013, 23 enero) *La Jornada*.
- Meyer, P. (2001) La práctica sin licencia en la clínica de médicas de Berlín: la trayectoria profesional de Franziska Tiburtius (1843-1927). En Cabré, M. y Ortiz, T. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglo XII-XIX*. Barcelona: Icaria.
- Minow, M. (1991)Introduction. En *Making all the difference: Inclusion, exclusion and American law*. New York: Cornell University Press.
- Miqueo, C., Barral, M. J., & Magallón, C. eds. (2008). *Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*. Zaragoza: Prensa Universitaria.
- Molyneux, M. (1979) "Beyond the domestic labour debate" *New Left Review*, julio- ago, 3–29.
- Monsiváis, C. (2009) Prólogo. De cuando los símbolos no dejaban ver el género (las mujeres y la Revolución mexicana). En G. Cano, M. K. Vaughan, & J. Olcott (Eds.), *Género, poder y política en el México posrevolucionario*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moore, H. (1999). *Antropología y feminismo*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- More, E. (1999). *Restoring the balance. Women physicians and the profession or medicine. 1850-1995*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

More, E., Fee, E. & Parry, M. eds (2009) *Women physicians and the culture of medicine*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Moreno Tetlacuilo, M. (2007) "Género, una categoría analítica necesaria en el currículo de la carrera de medicina" *Género y Salud en Cifras*, 5(2).

Morin, E. (2003) *El Método V. La Humanidad de la Humanidad*. Madrid: Cátedra.

Moser, C. (1991) Las mujeres en la planificación del desarrollo: necesidades prácticas y estratégicas de género. En *Una nueva lectura. Género en el desarrollo*. Lima: Entre mujeres.

----- (1993). *Planificación de género y desarrollo. Teoría, práctica y capacitación*. Lima: Ediciones Flora Tristán.

Nari, M. (2004) *Políticas de Maternidad y Maternalismo Político*. Buenos Aires: Biblos.

Narro- Robles, J. et al (2004) "Ética y salud. Retos y reflexiones" *Gac. Méd. Méx*, vol. 140, num 6, pp. 661-666.

Nigenda, G. y Ruiz, J (2010) *Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planificación estratégica*. [Informe] Cuernavaca: INSP.

Observatorio de la Mortalidad Materna de México. (2010) *Numeralia*. Extraído de: www.omm.org.mx

Ocampo, A. (Ed.). (2002). *Diccionario de Escritores Mexicanos*. México DF: UNAM. Instituto de Investigaciones Filológicas.

Olcott, J (2009) "El centro no puede sostenerse. Las mujeres en el Frente Popular de México" En: Cano, G, Vaughan, MK y Olcott, J (eds) *Género, poder y política en el México posrevolucionario*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

ONU-Mujeres. (2011) "Trabajo no remunerado y el uso del tiempo: bases empíricas para su estudio" *Debate Feminista*, 22(44), 3–18.

Orozco, M (2005) "La mujer mexicana (1904-1906) Una revista de época". *Ethos Educativo*, pp.68-87.

Orozco Ochoa, K. (2011) "El trabajo de cuidados en el ámbito familiar. Principales debates" *Debate Feminista*, 22(44), 19–32.

Orozco Ramírez, M. (2010) "Salud reproductiva, género y sexualidad en la investigación mexicana de corte antropológico (1995-2005)" *Alteridades*, 20, num 40, pp. 109-139.

Ortiz Gómez, T.

- (2005) "Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX" *Asclepio*, LVII, pp. 75-97.
- (2006). *Medicina, Historia y Género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: Ediciones KRK.
- (2008) "La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina?" *Eidon Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, num 23, pp. 61-65.
- Ortiz Hidalgo, C (2010) "Herminia Franco Espinoza (1891-1988). Primera mujer médica de Puebla y veterana de la Revolución Mexicana" *Gac. Méd. Méx*, 146 , num 1, pp.59-65.
- Ortner, S. (1979). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En O. Harris & K. Young (Eds.), *Antropología y Feminismo* (pp. 109–131). Barcelona: Anagrama.
- Ospina, C. y Botero Gómez, P. (2007) "Estética, narrativa y construcción de lo público" *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 5, num. 2, pp. 811-840.
- Pacheco Ladrón de Guevara, L. (2010). *El sexo de la ciencia*. México DF: Juan Pablos editor.
- Palomar Vereza, C.
- (2004). "Malas madres": La construcción social de la maternidad. *Debate Feminista*, 30.
- (2005) "La política de género en la educación superior" *La ventana*, (21), 7–43.
- Panaia, M. (2008) *Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en Argentina*. Documento de Trabajo. Santiago de Chile: CEPAL.
- Papadópulos, J., & Radakóvich, R. (2006). Estudio comparado de Educación Superior y Género en América Latina y el Caribe. *Portal electrónico IESALC*.
- Peirano, M. (1995). *A favor da Etnografía*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Perrot, M. (2008). *Mi historia de las mujeres*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Pozas Horcasitas, R. (1993). *La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965*. México: Siglo XXI editores.
- Pozzio, M. (2012) "Análisis de género y estudios sobre profesiones : propuestas y desafíos de un diálogo posible -y alentador-" *Sudamérica. Revista de Ciencias Sociales*, 1.
- Puentes Rosas, E., Gómez Dantés, O., & Garrido Latorre, F. (2004) "Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados" *Salud Pública de México*, (46), 16–22.

- Rago, E. (2007). *Outras Falas. Feminismo e medicina na Bahia (1836-1931)*. Sao Paulo: FAPESP y AnnaBlumme.
- Ramacciotti, K., & Valobra, A. (2011). Modernas Esculapios: acción política e inserción profesional, 1900-1950. En *Género y Ciencia en América Latina: mujeres en la academia y la clínica (siglos XIX Y XX)*. Madrid: Estudios de Historia Latinoamericana. AHILA- Iberoamericana.
- Ramírez Rosales, V. (2008) *La construcción de la identidad profesional de las normalistas tlaxcaltecas*. [Tesis de Doctorado] México DF: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, Estudios Laborales
- Ramos Escandón, C. (1987) Señoritas Porfirianas. En C. Ramos & M. de J. Rodríguez (Eds.), *Presencia y Transparencia: la mujer en la historia de México*. (pp. 143–161). México: PIEM. El Colegio de México.
- Real Villarreal, M. Á. (2004). El estudio de las profesiones en la sociedad contemporánea: revisión de las teorías y hallazgos. *Sociología de la profesión de graduado social*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.
- Reed, V., & Buddeberg Fisher, B. (2001) "Career obstacles for women in medicine: an overview. *Medical Education*", 35, 139–147.
- "Residentes expulsadas de la Raza denuncian misoginia ante la CDNH." (2012, December 12). *La jornada*, p. 39. México DF.
- Revel, J. (1996) "Microanálisis y construcción social" *Entrepasados*, (10), 141–160.
- Reygadas, L. (1998) Fábricas con aroma de mujer. Las nuevas culturas del trabajo vistas desde la óptica de género. En L. Abramo & A. Paiva Abreu (Eds.), *Genero e Trabalho Na sociologia Latinoamericana* (pp. 83–100). Rio de Janeiro: ALAST y SERT.
- Rico, M. N., & Marco, F. (2006). Las mujeres en el empleo sectorial en América Latina. *Mujer y Empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Ricoeur, P. (1995) *Tiempo y narración: Volumen I. Configuración del tiempo en el relato histórico*. México DF: Siglo XXI editores.
- Ríos Everardo, M. (2001). *La vida en la adversidad. El género en la socialización profesional de enfermeras*. Cuernavaca: UNAM-CRIM.
- Rivera Garza, C.
- (2002) "La vida en reclusión: cotidianeidad y Estado en el Manicomio General La Castañeda (México, 1910-1930)" En Armus, D. (eds) *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. pp. 179-219. Buenos Aires: Norma.

----(2008) *Nadie me verá llorar*. México DF: Maxi-Tusquets.

Rohden, F. (2001). *Uma Ciencia da diferença: sexo e genero na medicina da mulher*. Río de Janeiro.: Fiocruz.

Rodríguez de Romo, A. C. (2008) "Las mujeres en la Academia Nacional de Medicina de México: análisis de su inserción y ubicación en la élite médica" *Gac. Méd. Méx*, 144(3), 265–270.

Rodríguez Gomez, R.

----(1999) "Género y políticas de educación superior en México" *La ventana*, (10),pp. 124–159.

----(2003) "El fin de la feminización" *Campus Milenio*, No. 35.

Rodríguez Pimentel, L., & Silva Romo, R. (2003) "Aportaciones de la mujer a la medicina" *Gac. Méd. Méx*, 139(6).

Rodríguez, V. (1998). *Women's participation in Mexican Political Life*. Boulder, Colorado: Westview Press.

Rodríguez, V. (1999) "Las mujeres y el cambio político en México" *La ventana*, 10, 49–83.

Rossanda, R. (1990) "Nuestras Perlas Escondidas" *Debate Feminista*, 2, 123–143.

Róvere, M. (2006) Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud. En Rico, M. y Marco, N. (eds) *Mujer y Empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina* (pp. 151-190) Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Rubenstein, A. (2009) La guerra contra las "pelonas". Las mujeres modernas y sus enemigos, Ciudad de México, 1924. En: Cano,G, Vaughan, MK y Olcott, J (eds) *Género, poder y política en el México posrevolucionario*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Rubin, G. (1996). El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo. En M. Lamas (Ed.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México DF: PUEG-UNAM.

Ruiz, J. A., Molina, J., & Nigenda, G. (2003) "Médicos y mercado de trabajo en México" *Caleidoscopio de la salud*, 115–124.

Ruiz, J.A., Nigenda, G. (2002) *¿Cuántos médicos hay en México, qué hacen y dónde están?* [Informe] México DF: Funsalud.

Sacristán, C. (2002) "Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico 1870-1944" *Revista Frenia de Historia de la psiquiatría*, II, 2, pp. 61-80.

Salmerón Jiménez, A. (2006). "Trótula y la Escuela de Salerno: el renacimiento de la medicina". *Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzana*, XIX(1).

Sapriza, G.(1988) *Memorias de Rebeldía*. Montevideo: Punto Sur editores.

----- (2011) Ciencia, Política y Reforma Social. Esperanzas y Conflictos de la primera médica del Uruguay: Paulina Luisi (1875-1950). En L. Jacinto & E. Scarzanella (Eds.), *Género y Ciencia en América Latina: mujeres en la academia y la clínica (siglos XIX Y XX)*. Madrid: Estudios de Historia Latinoamericana. AHILA- Iberoamericana.

Sarfatti Larson, M. (1977) *The rise of professionalism. A sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.

Schallman, R. (2007). *Parir en Libertad. En busca del poder perdido*. Barcelona/ Buenos Aires.: Grijalbo.

Schell , P. (2009) Género, clase y ansiedad en la Escuela Vocacional Gabriela Mistral, revolucionaria ciudad de México. En: Cano,G, Vaughan, MK y Olcott, J (eds) *Género, poder y política en el México posrevolucionario*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Schpun, M. R. (1997). *Gênero sem fronteiras:oito olhares sobre mulheres e relações de gênero*. Florianopolis: Editora Mulheres.

Schweitzer, S. (2009) "Du vent dans le ciel de plomb ? L'accès des femmes aux professions supérieures, xixe–xxe siècles" *Sociologie du Travail*, 51(2), 183–198.

Scott, J. W. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas, M. comp. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG-UNAM. pp.265-302.

----- (2001) "Experiencia" *La ventana*, 13, 43–73.

----- (2005). *Parité! Sexual Equality and the Crisis of French Universalism*. Chicago: The UNiversity of Chicago Press.

Scott, J. (2003) *Los dominados y el arte de la resistencia*. País Vasco: Ed. Txalaparta.

Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos

----- (2007). *Programa Nacional de Salud. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. (2007-2012)* México DF: Secretaría de Salud.

----- (n/d) Dirección de Medicina tradicional y desarrollo intercultural. *La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud*. [folleto]

Segato, R. (2003) *Las estructuras elementales de la violencia*. Buenos Aires: Prometeo/UNQ

Sherman, R. (2010) "Time is our commodity: gender and the struggle for the occupational legitimacy among personal concierges" *Work and Occupations*. 37 (1) pp. 81-114.

Simmel, G. (2002) *Sobre la individualidad y las formas sociales*. Quilmes: Ediciones de la UNQ.

- Sommestad, L. (1994) "Gendering Work , Interpreting Gender: the Masculinization of Dairy Work in Sweden , 1850-1950" *History Workshop*, 37(37), 57–75.
- Somolinos D'Ardois, G. (1978). *Capítulos de Historia Médica Mexicana. Vol. I*. México: Sociedad mexicana de Historia y Filosofía de la Ciencia.
- Soprano, G. (2007). La vocación kantiana de la antropología social. Ensayo sobre el diálogo etnográfico entre las categorías nativas y las categorías científicas del conocimiento social en el estudio de la política. *Facultades Alteradas* (pp. 205–246). Buenos Aires: Prometeo.
- Sorenson, R. (1999) "Health related behaviors and cancer screening of lesbians: results from the Boston Lesbian Health Project" *Women's Health*, 28, 1–12.
- Sosenski, S., & Sosenski, G. (2010) "En defensa de los niños y las mujeres: un acercamiento a la vida de la psiquiatra Matilde Rodríguez Cabo" *Salud Mental*, 33(186), 1–10.
- Sotelo, J. (2006) "Doctora Rosario Barroso Moguel". *Gac. Méd. Méx*, 142(3877), 271–272.
- Soto Laveaga, G. (2011) "Médicos, Hospitales y servicios de inteligencia: el movimiento médico mexicano de 1964-1965 a través de los reportes de inteligencia" *Salud Colectiva*, vol. 7, num 1, pp. 87-97
- Stepan, N. (1991). *The Hour of Eugenics. Race, Gender and Nation in Latin América*. Ithaca: Cornell University Press.
- Stern, A. (2002). Madres conscientes y niños normales: la eugenesia y el nacionalismo en el México posrevolucionario. En L. Cházaro (Ed.), *Medicina, Ciencia y Sociedad en México, Siglo XIX* (pp. 293–338). Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Stolcke, V. (2004) "La mujer es puro cuento: la cultura del género". *Estudios feministas*, 12(2), 77–105.
- (2009) " A propósito del sexo" *Política y Sociedad*, 46, 43–55.
- Strathern, M. (1992). No nature, no culture. The hagen case. En C. Mac Cormack & M. Strathern (Eds.), *Nature, culture and gender*. Cambridge, Massachusetts: Cambridge University Press.
- Sánchez Limón, M. (2013, February 11) "En México, 45% de enfermos terminales son sometidos a eutanasia pasiva, dice especialista en bioética; diputados del PRI llaman a debate para subsanar indefinición legal" *La Crónica de Hoy*. México DF. Retrieved from www.cronica.com.mx
- Tanenbaum, L. (2002). *Catfight. Women and competition*. New York: Seven Stories Press.
- Tarrés, M. L. (1996) "Espacios privados para la participación pública: algunos rasgos de las ONG's dedicadas a la mujer" *Estudios Sociológicos*, 14, 7–32.

- Tecnológico., F. C. C. y. (2008). *Eutanasia: hacia una muerte digna*. México DF. Retrieved from http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf
- Tepichin, A. M., Tinat, K., & Gutiérrez, L. eds. (2010). *Los grandes problemas de México. Tomo VIII. Relaciones de Género*. México: El Colegio de México.
- Tepichin, A.M. (2010) Política pública, mujeres y género. En Tepichin, Tinat y Gutierrez (eds) *Los grandes problemas de México. Tomo VIII. Relaciones de Género* (pp. 23-58)México: El Colegio de México.
- "Teresa Corona Vázquez. Abriendo camino en la medicina"(2006, April).*Médicos de México*, 6–9.
- "Testimonio de una médica residente ante la violencia obstétrica institucionalizada" (2010).*Género y Salud en Cifras*, 8(3), 13–19.
- Tetelboin, C., & Granados, A. (2000) "Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México" *Argumentos*, (35).
- Tinsman, H. (2008)" A paradigm of our own: Joan Scott in Latin American History". *The American History Review. Oxford Journals*, december, 1357–1374.
- Tolentino, H. (2007) Orientaciones y significados del trabajo en un grupo de enfermeras de élite en la Ciudad de México. En Guadarrama y Torres (eds) *Los significados del trabajo femenino en el mundo global: estereotipos, transacciones y rupturas*, pp. 103-122. México: Anthropos-UAM.
- Torns Martín, T. (1995) "Mercado de trabajo y desigualdades de género" *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 6.
- Torre, J. M. (1989)La primera médica recibida en San Luis Potosí. *De lo escrito y lo leído* (pp. 177–180). San Luis Potosí: Editorial Universitaria Potosina.
- Torres Lagunas, M. de los Á., & Rubio Domínguez, S. (n.d.). La partería tradicional en la República Mexicana. Retrieved from maternidadsinriesgos.org.mx/.../La_parteria_en_Mexico_ATL.doc
- Tuñón, E. (2002) *Por fin ya podemos elegir y ser electas. El sufragio femenino en México (1935-1953)*. México DF: Plaza y Valdés
- Turner, V. (1988). *El proceso ritual*. Madrid: Taurus y Alfaguara.
- Uribe Elías, R. (2007). *El Pensamiento médico contemporánea* (p. 461). Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Van Young, E. (2005) Ascenso y Caída de una loca utopía: el Manicomio General de la Ciudad de México a comienzos del siglo XX. En Armus, D. (eds) *Avatares de la Medicalización en América Latina. 1870-1970*. pp. 253-273. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Vaughan, M.K. (2009) Introducción. En Cano, G., Vaughan, MK y Olcott, J (eds) *Género, poder y política en el México posrevolucionario*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Vázquez, P., & Perera, M. (2007) *Un análisis del proceso de feminización de las aulas universitarias*. Madrid: Cátedra Fedea-Santander.
- Velázquez-Ramírez, G. A., & Farías-Llamas, A. (2005) "Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas" *Gac. Méd. Méx*, 141(4), 341–344.
- Verde Flota, E. et al (2007) "Motivos de elección de carrera en mujeres estudiantes de profesiones de la salud" *Educación Médica*. 10, num. 1, pp. 44-51
- Vezinat, N. (2010) "Une nouvelle étape en la sociologie des profession en France" Bilan Critique. *Revue Sociologie*, no.3, Presse universitaires de France. En línea en: <http://sociologie.revues.org>.
- Vildoso, C. (1998) Las gerentas: mujeres empresarias en micro y pequeñas empresas de confecciones de Lima. En: Abramo y Paiva Abreu (eds.) *Genero e Trabalho na sociologia Latinoamericana*, pp. 227-240. Río de Janeiro: ALAST Y SERT.
- "Vuelo con perfume de mujer"(2012, June 1) *Página/12*. Buenos Aires. Retrieved from <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-195369-2012-06-01.html>
- Wacquant, L. (1995) "Pugs at work: bodily capital and bodily labour among professional Boxers" *Body and society*, 1(1), 65–93.
- Wainerman, C. (2007). Conyugalidad y paternidad ¿Una revolución estancada? En M. A. Gutiérrez (Ed.), *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades, desafíos para la investigación política*. (pp. 978–987). Buenos Aires: CLACSO.
- Wainerman, C. y Binstock, G. (1994) "Género y profesión en el sector enfermería" *Revista Estudios del Trabajo*, num. 7.
- Wharton, A. (2009) "The sociology of emotional labor" *Annual Review Sociology*, num. 35, pp. 147–65
- Williams, R. (1980). *Marxismo y Literatura*. Barcelona: Paidós editorial.
- Woolf, V. (2006). *Un cuarto propio*. México: UNAM.
- Zermeño, S. (2003). *México, una democracia utópica: el movimiento estudiantil de 1968*. México DF: Siglo XXI editores.
- Zimmermann, E. (1995). *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina. (1890-1916)*. Buenos Aires: Sudamericana. Universidad de San Andrés.



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

ACTA DE DISERTACIÓN PÚBLICA

No. 00109

Matrícula: 210388915

RECONFIGURANDO EL GENERO:
EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES
EN LA MEDICINA MEXICANA

En México, D.F., se presentaron a las 12:00 horas del día 17 del mes de octubre del año 2013 en la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana, los suscritos miembros del jurado:

DR. RODRIGO DIAZ CRUZ
DRA. MARIA ANA PORTAL ARIOSA
DRA. ANA MARIA CARRILLO FARGA
DR. PABLO CASTRO DOMINGO
DR. LUIS BERNARDO REYGADAS ROBLES GIL

Bajo la Presidencia del primero y con carácter de Secretario el último, se reunieron a la presentación de la Disertación Pública cuya denominación aparece al margen, para la obtención del grado de:

DOCTORA EN CIENCIAS ANTROPOLOGICAS

DE: MARIA RAQUEL POZZIO



[Signature]

MARIA RAQUEL POZZIO
ALUMNA

y de acuerdo con el artículo 78 fracción IV del Reglamento de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma Metropolitana, los miembros del jurado resolvieron:

APROBAR

Acto continuo, el presidente del jurado comunicó a la interesada el resultado de la evaluación y, en caso aprobatorio, le fue tomada la protesta.

REVISÓ

LIC. JULIO CESAR DE LARA ISASSI
DIRECTOR DE SISTEMAS ESCOLARES

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CSH

DR. JOSE OCTAVIO NATERAS DOMINGUEZ

PRESIDENTE

[Signature]
DR. RODRIGO DIAZ CRUZ

VOCAL

[Signature]
DRA. MARIA ANA PORTAL ARIOSA

VOCAL

[Signature]
DRA. ANA MARIA CARRILLO FARGA

VOCAL

[Signature]
DR. PABLO CASTRO DOMINGO

SECRETARIO

[Signature]
DR. LUIS BERNARDO REYGADAS ROBLES
GIL