



Género, profesiones de la salud y sociedad

Gender, health professions and society

Barrancos, Dora¹

Se asiste todavía a un desencuentro entre el conocimiento generizado y lo que atañe a las profesiones dedicadas al proceso salud-enfermedad, por lo que hay que celebrar este número de Salud Colectiva dedicada centralmente a hacer lugar a la perspectiva de género. Los análisis se refieren a Brasil, México y España y enfocan, sobre todo, la situación de las mujeres en las especialidades médicas. La medicina fue, en el área occidental, la especialidad que tempranamente acogió a las mujeres cuando las universidades les franquearon el ingreso, con toda suerte de prevenciones y de reservas, en la segunda mitad del XIX. Los trabajos de Flecha García (1), entre otras investigaciones, han dado cuenta de este fenómeno para el que caben bien conocidas interpretaciones que anclan en el diferencial de las expectativas de funciones y labores de los sexos. Si aquel siglo subrayó el papel de cuidadoras y asistentes que debían cumplir las mujeres, la medicina se abrió como una posibilidad “científica” de extensión de ese designio, de modo que no puede sorprender que países de cultura tan disímil, pero igualmente patriarcales, como Rusia, Polonia, Alemania, Francia, Inglaterra, EE.UU., México, Brasil y Argentina exhibieran médicas entre sus primeras egresadas universitarias. Todavía restan por indagarse las humillaciones y vejámenes que tuvieron que soportar esas muchachas intrépidas que sobrevivieron a la misoginia de los claustros. Pero sin duda pioneras habían sido las obstétricas, a las que los Estados nacionales obligaron a profesionalizarse, observando las nuevas normas canónicas de la medicina y modificando sus antiguas prácticas cuando –también en la segunda mitad del XIX–, las hicieron observar códigos de comportamiento que clausuraran la antigua sinergia entre el oficio de partera y las artes de la hechicería (2). Otro segmento de las profesiones de la salud surgidas entonces fue la enfermería, y la índole moral impuesta por la célebre fundadora Florence Nightingale no pudo observar mayor identificación con las obligaciones de la abnegación y el sacrificio exigidas a las mujeres. El pietismo articulaba los sentidos mayores del cuidado de pacientes y la enfermería no ha podido despojarse de ese *dictatum* a pesar de todas las transformaciones habidas en el más de un siglo transcurrido desde su conformación especializada.

Podría sostenerse que la propia organización de los servicios de salud respondió a una concepción completamente masculina, a un punto de vista que redundaba en las concepciones que los varones compartían aunque no se tratara de pactos explícitos y reflexionados. Si toda la arquitectura de la ciencia del XIX reposó en la necesidad de resolver racionalmente los misterios del mundo y de dominar la Naturaleza, no puede escindirse del mandatario orden burgués que hizo una fragua de la división de esferas, de la jerarquización de las razas y muy especialmente de la tajante calificación subalterna de

¹Doctora en Historia. Miembro del Directorio del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en representación de las Ciencias Sociales y Humanas, Argentina.

las mujeres. La biología y sus derivas médicas se ofrecen como un espectáculo continuado del teatro científico proyectado hacia el siglo pasado. La organización de la asistencia hospitalaria moderna, que estableció horarios matinales estrictos, no se debe exclusivamente a que los profesionales médicos pudieran dividirse entre la demanda pública y el ejercicio privado, segmentando el tiempo diario. Debe pensarse que esta práctica del ambulatorio a horas tempranas, seguramente antigua, se perfeccionó a medida que el hospital adquirió el diseño misógino que consagrara durante el siglo pasado, un modo de excluir a las médicas mujeres con mayores dificultades de atender vida doméstica y desempeño laboral. Pero desde luego, ese es apenas un aspecto de las obstrucciones sufridas por las médicas, quienes solo a regañadientes, en la segunda mitad del siglo pasado, pudieron escalar en la jerarquía hospitalaria. Cómo no recordar que Cecilia Grierson, la primera egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, quien no pudo acceder a una jefatura de servicio pues el tribunal que examinó los antecedentes prefirió dejar vacante el cargo con tal de no otorgárselo a una mujer.

Los trabajos que aquí se presentan constituyen contribuciones para el desmontaje de la estructura patriarcal que han fundado las bases de las concepciones asistenciales en salud. Los dos trabajos dedicados a Brasil de Schraiber y Lucas D´Oliveira, por un lado, y de Gomes y Couto, por otro, analizan bien que a pesar de la reciente adopción de la “perspectiva de género”, esta suele ser un cóncavo vacío que se aplica gracias al estrecho margen que solicita lo “políticamente correcto”, en todo caso, un aggiornamento semántico pero carente de repercusiones profundas y transformadoras de las relaciones entre los sexos en el área de la salud. Brasil es un país que estableció, entre los cambios de las concepciones y la estructura sanitaria realizados desde la década de 1980, un programa especial destinado a las propias mujeres, pero tanto sus anclajes iniciales como los que más tarde caracterizaron al programa, redundaron en el ángulo reproductivo de la condición femenina. Más adelante, y con ánimo de que también se tuvieran en cuenta las circunstancias específicas de los varones en los servicios sanitarios, se creó un programa que intentaba integrar la perspectiva fortaleciendo ángulos específicos de la epidemiología que les era concerniente. Lo cierto es que las investigaciones ponen en evidencia que no basta enunciar la incorporación de esa avenida gnoseológica si no se tiene en cuenta *ex ante* la diferenciación jerarquizada en que se asienta la estructura médica, la diversa condición de posibilidad que tienen mujeres y varones en la profesión médica, y hasta el inculcamiento moral normativo que suelen tener las y los integrantes del equipo de salud. Se trata de repensar los repertorios formativos, en especial los planes de las escuelas de medicina, las expectativas corporativas determinantes de reconocimientos diferentes y desiguales de los médicos varones y de las médicas mujeres. Gomes y Couto se basan en el concepto de *habitus* del notable sociólogo francés Pierre Bourdieu para denotar la exhibición del automatismo con que se autoriza la “dominación masculina”, expresión del propio Bourdieu (3). La verdad es que aunque concordemos con la aplicación del concepto, se trata de una axialidad transtemporal – tal como Bourdieu da cuenta– que rebasa con holgura la noción de *habitus*, generalmente acotada a una cierta temporalidad ya que hunde sus raíces en el fondo de los tiempos que originaron el sistema patriarcal. Como fuere, los trabajos dedicados a Brasil dan cuenta de las dificultades del conocimiento médico, de la práctica profesional, de los programas de salud y de la organización de los servicios para hacer transversal, coherente y sostenida la denominada “perspectiva de género”.

Las indagaciones concernientes a México se demoran en dos cuestiones muy significativas. Castro, que se basa también en Bourdieu –aunque hay referencias a las conceptualizaciones de Goffman y Foucault–, aborda el sistema “incalicable” de maltrato que reciben las estudiantes de medicina en el espacio mexicano. Es un trabajo revelador de circunstancias que son un secreto a voces y sobre cuyo silencio sobran las complicidades. Denostaciones y epítetos revelan la malla patriarcal: los usos del lenguaje estigmatizador de la condición femenina son moneda corriente en las escuelas de medicina, y desde luego no solo en México. Esos incidentes son casi por completo ignorados por las autoridades de las casas de estudio, pero dígame de paso que resulta estremecedor que las afectadas casi nunca realicen denuncias porque se expondrían a mayor vindicta y a segregaciones insoportables. Las comunidades académicas suelen soldar sentimientos que mitigan a los agraviadores porque finalmente se comparten idénticas sensibilidades: la exclusión de las mujeres del campo científico y profesional.

La investigación de Pozzio es igualmente reveladora pues se detiene en las médicas especializadas en ginecología en aquel país, una función de la alta expectativa para la condición femenina y que efectivamente ha conseguido la sobrerrepresentación por parte de las mujeres, según los datos de la formación de residentes médicos en México en 2011. Debe agradecerse a la autora por las estadísticas referidas a este campo, y aunque ya se estaba al tanto del proceso de feminización de la matrícula universitaria en las escuelas de medicina –un fenómeno que alcanza a las diferentes sociedades latinoamericanas–, no dejan de sorprender los cambios habidos en la última década en aquel país. Especialidades como anatomía patológica, anestesiología, oftalmología, están teniendo mayor participación de mujeres que de varones en la residencia médica mexicana. Es una muestra de que las cosas están cambiando en la profesión médica, pero como pone en evidencia este trabajo, la feminización de una especialidad no significa que se alteren los formatos misóginos. Las relaciones médica/paciente no parecen haberse modificado sustancialmente en el sentido de la empatía, de la consideración integral de la otra, del respeto por las decisiones sobre el cuerpo.

Finalmente, la indagación de Saletti-Cuesta, Delgado y Ortiz-Gómez tiene como referencia a las médicas de familia que se desempeñan en Andalucía en la península española. Se trata de profesionales que trabajan en la red urbana de servicios de salud, que se dedican a atender de modo integral a una determinada población, y que representan en España casi el 50% de mujeres. Luego de considerar las particulares dificultades que tuvieron las mujeres para formarse como médicas, la investigación señala los cambios producidos en la composición por sexo en las escuelas de medicina peninsulares después de la década de 1970. Aunque dichos cambios se han acentuado notablemente en el presente siglo, las mujeres se abren paso en la vida profesional con las tensiones propias del género. Los tironeos entre las obligaciones domésticas y el desempeño profesional constituyen una experiencia común de las entrevistadas, para quienes no está habilitado, de igual manera que para los varones, el cálculo estratégico acerca de lo que harán. Entre las médicas suele haber discontinuidad, desempeños cruzados por las necesidades domésticas, lo que robustece la hipótesis de que en su mayoría no han planificado el ejercicio profesional. Otra es la situación de quienes han llegado a los cargos de jefatura. En este caso, hay apuestas selectivas y construcción deliberada de metas, fenómenos que se asimilan a las conductas que suelen caracterizar a los varones, en todo caso más dispuestos a *hacer carrera* con la profesión.

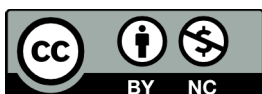
Estos trabajos constituyen, sin lugar a dudas, un aporte de particular significado pues la recepción de la perspectiva de género se ha tornado una cuestión epistemológicamente gravitante, que no puede desconocerse en ninguna manifestación del conocimiento. Se trata de un imperativo de derechos que obliga a la mejor identificación de los problemas concernientes a las relaciones entre los géneros en las ciencias de la salud, en las profesiones que les conciernen y en la vida cotidiana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flecha García C. Las primeras universitarias en España, 1872-1910. Sevilla: Narcea; 1996.
2. Barrancos D. La universidad esquiva: Las primeras egresadas 1884-1910. En: Saur D, Servetto A, coordinadores. Universidad Nacional de Córdoba: Cuatrocientos años de historia. Córdoba: Editorial UNC; 2013.
3. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2000.

FORMA DE CITAR

Barrancos D. Género, profesiones de la salud y sociedad. Salud Colectiva. 2014;10(3):297-299.



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.