



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Pozzio, María

“El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada”: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecología y obstetricia en México

Salud Colectiva, vol. 10, núm. 3, diciembre, 2014, pp. 325-337

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73138581004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



“El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada”: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecología en México

“The fact that there are more women doesn’t guarantee anything”: The feminization of obstetrics and gynecology and the experiences of female medical professionals in Mexico

Pozzio, María¹

¹Doctora en Ciencias Antropológicas. Becaria posdoctoral, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Quilmes (CONICET-UNQ). Docente, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.
maria Pozzio@gmail.com

RESUMEN En el marco de la creciente feminización de la profesión médica en México, el artículo indaga sobre las características de este proceso para el caso de la ginecología. Considerando la feminización como un proceso de cambio, que se analiza cuantitativa y cualitativamente, el artículo se detiene en especial en las experiencias de las mujeres ginecólogas, experiencias que se dan en el seno de una especialidad que, desde sus orígenes, funcionó como un dispositivo de control del cuerpo de las mujeres. Basado en una investigación etnográfica, el artículo combina fuentes estadísticas, de archivo y de observación de campo. El material que surge de las entrevistas muestra las experiencias y tensiones que viven las ginecólogas en este contexto.

PALABRAS CLAVES Género; Antropología; Profesiones en Salud; Medicina; México.

ABSTRACT In the framework of an increasing feminization of the medical profession in Mexico, this article explores the characteristics of this process in the obstetrics and gynecology specialty. Understanding feminization as a process of change to be analyzed both quantitatively and qualitatively, the article focuses special attention on the experiences of female obstetrician-gynecologists within a medical specialty that has since its origins functioned as a mechanism of control over women’s bodies. Based on ethnographic research, the article combines statistical and archival sources and field observation. The interviews reveal the experiences and tensions women obstetrician-gynecologists encounter in this context.

KEY WORDS Gender; Anthropology; Health Professions; Medicine; Mexico.

INTRODUCCIÓN

Al igual que en muchos países occidentales, la profesión médica en México vive un proceso de acentuada feminización. Si desde el surgimiento de la medicina científica, la profesión cerró sus puertas a la entrada de mujeres, esas puertas se fueron abriendo poco a poco a lo largo del siglo XX (1,2). En México, en las últimas tres décadas de dicho siglo, el proceso se profundizó y hoy por hoy las mujeres son la mayoría de las estudiantes de medicina en las dos escuelas más importantes de la capital del país (Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Politécnico Nacional). El proceso de feminización de la medicina, sin embargo, no es homogéneo, se destaca una acentuada segregación horizontal y vertical por género (a). Respecto a la segregación horizontal, un planteo sobre la feminización de la profesión obliga a un análisis más minucioso de lo que sucede, por ejemplo, en cada una de las especialidades. A los fines de este artículo, me centraré en la ginecobstetricia. ¿La feminización de la especialidad ha producido modificaciones? ¿Cuáles son esas modificaciones para los propios actores? ¿Cómo son las experiencias profesionales de las ginecobstetras?

La decisión de profundizar el análisis en la ginecobstetricia se debe a una conjunción de intereses: por un lado, analíticos y, por otro, empíricos o de campo. Como autora, me interesa realizar un análisis desde la categoría de género, y con ello, prestar atención a lo que sucede en una especialidad médica que desde sus orígenes tuvo vinculaciones con el control del cuerpo femenino. Al mismo tiempo, este interés analítico se potenció con ciertos señalamientos del campo, donde los informantes insistían en que si bien crecía el número de mujeres en la especialidad, ellas eran las más “duras” y “maltratadoras” (b) de sus pacientes. Con esta tensión como horizonte y guía del análisis, el trabajo se centra en las experiencias de las “doctoras” (c) en la ginecobstetricia mexicana, en especial en los modos en que es considerada la experiencia de las propias médicas como mujeres, en el marco de su práctica profesional. Así, entre la idea de la “empatía” con las pacientes y la idea de que esa misma empatía es un “mito”, intentaré mostrar que lo que se discute

es el género. Si lo femenino se construye y no le pertenece exclusivamente a las mujeres ¿puede el proceso de feminización limitarse a ser un cambio meramente cuantitativo? El título del presente artículo expresa en términos “nativos” una respuesta posible.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Los datos que se analizan en este artículo forman parte de una investigación doctoral en antropología, cuyo trabajo de campo se realizó en la ciudad de México, entre finales de 2011 y finales de 2012. Se utilizaron diversas fuentes: para la caracterización del proceso de feminización, se trabajó sobre archivos históricos (d), datos estadísticos y publicaciones oficiales. Para dar cuenta de las experiencias de los profesionales se realizaron 13 entrevistas (diez mujeres y tres varones) a ginecobstetras y otros especialistas médicos que atienden la salud de la mujer –generalistas, homeópatas, una senóloga–, que se desempeñan tanto en el sector público, de la seguridad social –Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)– como en el privado. Se realizaron también observaciones de reuniones profesionales, científicas y académicas (e), entre noviembre de 2011 y noviembre de 2012. El uso y análisis de estos materiales ha sido concebido etnográficamente, esto es, en tanto la etnografía no se restringe a ser un método de recopilación de información, sino también un enfoque, en el sentido que se parte del punto de vista del actor para comprender su lógica en contexto y proponer un diálogo de sus categorías con las del analista (5). De este modo, apoyada tanto en datos cuantitativos como cualitativos, se intenta dar cuenta de las experiencias de algunas mujeres “médicos” que se desempeñan en el ámbito de la ginecobstetricia con la finalidad de conocer sus experiencias (f) y entenderlas como tensiones y paradojas enmarcadas en el proceso de feminización de la profesión. Si bien la mayoría de los informantes dieron su consentimiento para la publicación de sus testimonios, he preferido utilizar seudónimos para hacer referencia a todos y cada uno de ellos.

LA FEMINIZACIÓN COMO PROCESO DE CAMBIO

Considerar la feminización como un proceso de cambio implica definirla tal como lo han hecho los estudios acerca del trabajo. Esta perspectiva plantea que un cambio de composición de género de la mano de obra de un oficio o sector de la economía puede explicarse por factores estructurales y objetivos –cuestiones relativas a la división sexual y social de trabajo y su organización, cambios tecnológicos y de la estructura de oportunidades laborales, educacionales, etcétera– y/o por factores simbólicos –representaciones, costumbres, identidades, creencias (7). La premisa es que existen trabajos, sectores o subsectores económicos, oficios y/o profesiones que son

generizados o se constituyen como territorios de género (8,9). Esto significa que están compuestos básicamente por mujeres u hombres y que sus características se asocian con rasgos del mundo de lo *femenino* y/o de lo *masculino*, respectivamente. 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 moneda. Por ello, si un trabajo, oficio o profesión cambia su composición de género mayoritaria, estaremos obligados a ver ese proceso como un cambio que entraña permanencias y rupturas, multicausalidades y reinterpretaciones simbólicas de las características del trabajo así como de los significados de su composición de género. En el caso de la medicina ¿por qué un proceso de

Cuadro 1. Ingresos y egresos según sexo por institución de enseñanza de la Medicina. México, 2007-2008.

Institución	Primer ingreso 2007		Egresados 2007-2008	
	Total n	Mujeres %	Total n	Mujeres %
Escuela Médico Naval	94	47,8	73	47,9
Escuela Libre de Homeopatía	25	64,0	38	60,5
Instituto Politécnico Nacional, Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía	261	62,4	249	69,8
Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Medicina	477	58,0	410	56,8
Instituto Politécnico Nacional. Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud	55	54,5	155	60,6
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey	36	58,3	-	-
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco	250	47,2	162	40,1
Universidad del Ejército y la Fuerza Aérea	100	27,0	97	39,0
Universidad Justo Sierra	78	57,6	103	53,3
Universidad La Salle	109	56,0	95	47,6
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina	1.070	65,0	708	62,5
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza	227	69,0	162	61,0
Universidad Panamericana	59	59,3	31	32,0
Universidad Westhill	102	46,0	78	53,8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (11).

cambio? Partiendo de la base de que la medicina fue una profesión que, desde sus comienzos, vedó el acceso a las mujeres, destacar que el hecho de que cada vez haya más mujeres médicas –aunque no sean la mayoría, *que sean cada vez más*–, entraña de por sí, un proceso de cambio.

Datos de la profesión médica en México

En México, en 1970, las mujeres egresadas de universidades eran el 15,5% del total de egresados; en 1980, el 29,8%; en 1990, el 40,3%; y en 2000, el 51,3% (10). En 2009, en el Distrito Federal, las mujeres representaban el 53,5% de los egresados de las licenciaturas universitarias y tecnológicas (11). Si esto hace referencia a todas las carreras universitarias, es interesante mostrar la segregación de género según áreas de estudio: mientras que en Ingeniería y Tecnología había 43 mujeres cada 100 hombres y en las ciencias agropecuarias 53,4 mujeres cada 100 hombres, en Educación y Humanidades había 211 mujeres cada 100 hombres y en las ciencias de la salud 184 mujeres cada 100 hombres. En las licenciaturas de medicina, la feminización se manifiesta claramente en las distintas universidades, sean públicas o privadas, tal como lo muestra el Cuadro 1.

Si bien los datos expresados en el Cuadro 1 refieren a la actualidad, es interesante plantear que según nuestros propios datos, desde la graduación de la primera mujer en la licenciatura de Medicina de la Universidad Nacional en el año 1887 –Matilde Montoya– hasta la actualidad, el proceso de feminización ha sido gradual (4). Pueden reconocerse tres etapas: la primera, desde inicios del siglo hasta la década de 1950, en la que la entrada de las mujeres es un proceso que se da en cuenta-gotas; la segunda, a partir de la década de 1960, en la que se da un incremento considerable de la presencia femenina, debido entre otras cosas al desarrollo del país y la expansión de la educación superior y médica de esos años; y una tercera y última etapa, promediando los años 1970, cuando se comienza a vislumbrar el proceso de feminización de manera clara. El Cuadro 2 muestra los datos para toda la República Mexicana.

Además de la perspectiva histórica, es interesante analizar las características de la situación al interior de la profesión. Es por eso que a los fines

Cuadro 2. Porcentaje de mujeres que solicitaron cédula profesional como médica cirujana ante la Secretaría de Educación Pública. México, 1970-2010.

Año	Mujeres %
1970	17,1
1975	20,4
1980	25,1
1985	31,4
1990	37,5
1995	44,0
2000	48,7
2005	48,6
2010	53,2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Educación Pública (SEP).

de este artículo, consideraremos especialmente la segregación horizontal (g) por género, es decir, el modo en que se distribuyen mujeres y varones, en nuestro caso, entre especialidades médicas que se constituyen como territorios de género. Mientras que hay algunas especialidades 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 en las que sucede lo contrario. Para ilustrar esta situación hemos debido recabar información dispersa y sistematizarla, a partir de los datos brindados por el Consejo Interinstitucional de Recursos Humanos de la Salud (CIRHS), de los médicos y médicas que aprobaron el Examen Nacional de Residencias 2011; 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 el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) (h). La información conforma así 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 (Cuadro 3).

La ginecobstetricia en México: su feminización

Como muestran los datos y como lo expresan –a veces con asombro– nuestros propios

Cuadro 3. Médicos y médicas que aprobaron el Examen Nacional de Residencias, según sexo y especialidad. México, 2011.

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
Ginecobstetricia	382	141	241
Imagenología diagnóstica y terapéutica	203	120	83
Medicina de Rehabilitación	128	42	86
Urgencias	105	55	50
Medicina del trabajo y ambiental	147	58	89
Medicina familiar	1.078	440	638
Medicina integrada	48	19	29
Medicina interna	1.154	617	537
Medicina legal	11	3	8
Medicina 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
Radioncología	15	11	4
Salud pública	13	7	6
Traumatología y ortopedia	168	142	26

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Consejo Interinstitucional de Recursos Humanos de la Salud (CIFRHS).

informantes, la ginecobstetricia como especialidad médica también vive un proceso de feminización. Por ejemplo, las mujeres que realizaron la especialidad y se han certificado (i) ante el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia representaban hasta 2011 el 39% del total de médicos certificados. Sin embargo, es de esperar que

estos porcentajes vayan en aumento dado que, entre quienes aprobaron su examen de residencia para entrar a Ginecología y Obstetricia en 2011, el 63% eran mujeres. Remarco esto ya que, si bien a primera vista puede parecer normal que una especialidad dedicada a la salud de las mujeres esté muy feminizada, lo cierto es que sus características,

como veremos, vuelven problemática y a veces, hasta contradictoria y llena de paradojas, esa presencia femenina. Ya Michel Foucault propuso en su *Historia de la sexualidad* (12) que –entre los siglos XVII Y XIX– se despliegan cuatro grandes conjuntos estratégicos respecto del sexo –dispositivos de saber y poder– entre los que se destacan por su relación con el surgimiento de la ginecología moderna “la histerización del cuerpo de la mujer” y la “socialización de las conductas procreadoras” (j). De este modo, las mujeres caen bajo la mirada y el control de los médicos. Si las enfermedades genitourinarias, el embarazo y el parto habían sido atendidos por la medicina hipocrática, se considera que es en el siglo XIX cuando surge la ginecología científica, y cuando el médico varón se convirtió en el “consejero y el protector de la moral de las mujeres” (13). Fue así que se instaló como práctica obligada el examen ginecológico, que se asociaba con la evaluación de la mujer para el embarazo, su determinación, la constatación de virginidad o desfloración y con la inspección forzada de prostitutas para el control de las enfermedades venéreas (14). Con esto empezamos a ver cómo la ginecología se constituyó en una 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, con datos aparentemente irrefutables porque provenían de la materialidad del cuerpo. (13 p.276)

Así, tenemos una especialidad médica surgida “como una ciencia de la mujer” (15) destinada al control del cuerpo, la fertilidad y la sexualidad de las mujeres pero que, al mismo tiempo, permitía el desarrollo profesional de las primeras que se aventuraban al ejercicio de la medicina. Las primeras médicas, por cuestiones sociales y culturales tendían a desarrollar su profesión en esta especialidad –o también en la pediatría (16,17) a veces por elección y convicción; otras veces, porque no se les permitía otra opción. Sin embargo, hasta no hace mucho tiempo, se trató de una especialidad

ocupada básicamente por hombres y aún hoy es considerada por muchos, tal como se nos refiriera durante el trabajo de campo, como una especialidad “misógina”. Como lo muestran las mesas redondas de un congreso de la especialidad (k), la feminización produce cierta inquietud que ha llevado a sus integrantes a una incipiente problematización del fenómeno, de la mano de otra serie de temas o “problemas” que la ginecología comienza a discutir (l). En este marco general, y a partir del material de campo obtenido de las entrevistas con ginecólogas (m), se analizaron algunas dimensiones de la experiencia de las mujeres en la ginecología mexicana en el actual contexto de feminización.

La experiencia de las doctoras: entre la “empatía” y los “malos tratos”

Una de las primeras cuestiones que surgieron de las entrevistas fueron las categorías de “empatía” o “sensibilidad”. Dichas categorías fueron utilizadas por las mujeres, tanto para dar cuenta de sus propias elecciones personales respecto a su trayectoria profesional, como para explicar la feminización de aquellas especialidades médicas asociadas al universo de lo femenino. Así, en el caso de la ginecología, en la que hay una interacción de mujeres médicas y usuarias, haber pasado por similares circunstancias –un dolor menstrual, un embarazo, un parto– hace que, según fue mencionado una y otra vez en el trabajo de campo, 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. A modo de ejemplo, usaré las palabras de la doctora Paula, especialista en fertilidad de una prestigiosa clínica de un lujoso barrio. 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”. 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.

Otra de las entrevistadas, la doctora Amalia, ginecóloga del Seguro Social más importante de México, comentaba algo similar como una forma de explicar también el “aumento” de la demanda de mujeres médicas por parte de las usuarias de servicios de salud: “hay pacientes que dicen ‘¿usted tiene hijos?’. O que piden por ejemplo, hay pacientes que piden: ‘quiero una ginecóloga que ya haya tenido hijos’”. Ante la pregunta de si un ginecólogo varón podía entender el embarazo, el parto y demás, aunque no los hubiera experimentado personalmente, la respuesta de la doctora Amalia 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 mucho es concientizar, orientar, educar.

La cuestión de entender o quitar el dolor, porque se supone que ese dolor —en el caso del

parto— es algo que hace a la identidad corporal de género compartida, se vuelve central en este discurso de la empatía, aunque también puede volverse paradójico, como lo muestran las palabras del doctor Oscar, ginecólogo del Instituto de Perinatología, quien dividía a sus colegas mujeres en dos:

Muchas de ellas es como de mucha empatía y de sensibilidad a lo que está padeciendo la paciente, y muchas otras curiosamente no, lo minimizan, minimizan ese padecer, ese dolor, ese malestar que les está trayendo a la consulta y hacen ver así como que “pues qué estás sufriendo, si 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”.

La doctora Lupe, quien trabaja en una clínica privada en el sur de la ciudad, coincidiendo con otros relatos de sus colegas, agregaba además la cuestión del pudor como un elemento que se entrelaza con la empatía:

...yo creo que mientras —y aun ahora lo sigo pensando—: es por el pudor [silencio] Nos han enseñado a ser muy pudorosas, 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”. Eso es lo que refieren “son más bruscos”. Yo sí lo que noto es que siendo yo mujer, yo sí he sentido qué es un dolor de parto, qué es un dolor de menstruación, qué se siente cuando 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

un hombre... [Silencio] sabe que va haber dolor, pero no sabe cómo se siente, esa va a ser siempre una diferencia anatómica de género importante"

Así, vemos en las palabras de estos profesionales que tanto empatía como pudor ayudan a explicar la relación con las pacientes y, al mismo tiempo, de manera indirecta, la feminización. Pues muchos consideran que en la elección de la especialidad, está la percepción de esta demanda de las usuarias por "atenderse con mujeres". Sin embargo, me parece muy interesante comenzar a matizar estas ideas a través de relatos que muestran otra cara del fenómeno. Así, existen opiniones que plantean que la empatía –o esa sensibilidad de "ponerse en los zapatos de otra"– no es más que una performance, una respuesta a la demanda de las usuarias que, a su vez, oculta una realidad y es que la especialidad –aunque ocupada por más mujeres– sigue siendo básicamente una especialidad "misógina". Así lo afirma, entre otros muchos, el doctor Carlos, quien ejerce en importantes hospitales públicos y privados, es docente universitario y líder de opinión en su especialidad. Él afirma que lo de la empatía es un "mito" y que en 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... porque es muy impresionante ver cómo 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 ginecobstetricia. Cuando, por razones normales, naturales y que a mí se me harían perfectamente lógicas, una solidaridad de género implicaría la defensa 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 produce 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.

La doctora Ana Carolina, quien ejerce en una clínica privada donde se realizan interrupciones de embarazos, planteaba algo similar:

Eso lo tenemos y es impresionante, porque de verdad uno escucha en los hospitales cómo 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 pues, si una chava tiene temor a decirlo, la mujer dice "qué, pues a qué te dedicas o qué, ¿qué 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?".

Esta cuestión que, como dijimos, ayuda a matizar el discurso de la empatía y muestra uno de los aspectos paradójales de la feminización de la ginecobstetricia, produce en algunos profesionales cierta reflexividad en torno de la práctica médica. Por ejemplo, la doctora Suza, quien luego de su residencia en ginecobstetricia tuvo una crisis y decidió estudiar una maestría en estudios de la mujer, reflexionaba:

...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 solo 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, 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:

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 este es especialmente para las mujercitas”. “El día que usted me traiga un producto para la higiene masculina, ese día me presenta este, no me lo vuelva a presentar” porque entonces le digo: “mire, le digo, además no sirve, cambia el pH, que no sé qué”. Les hago toda la argumentación médica pero también la argumentación social ¿por qué solo las colas de las mujeres apestan?!

Sintetizando estas impresiones en una reflexión muy crítica, el doctor Carlos afirmaba:

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 maltratadoras de las mujeres ¡qué barbaridad!

De alguna manera, estas opiniones permiten comenzar a entender los motivos de la ausencia de una agenda propia de las mujeres en la especialidad (n), que pudiera ir de la mano, ser impulsada o acompañar, al menos, las demandas de los movimientos de mujeres y feministas que giran en torno de la salud de las mujeres, especialmente de la salud sexual y reproductiva. Así, la doctora Suza y la doctora Ana Carolina son de las pocas doctoras con las que me topé en el trabajo de campo que apoyaban abiertamente una agenda feminista. Para un joven jefe de residentes de un hospital de perinatología, la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos y las posturas de los profesionales de la salud –especialmente de los médicos– no tiene nada que ver con la feminización ni con el género, sino con la edad:

...mi percepción, digo también es nada más una percepción, es que las diferencias 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.

DISCUSIÓN: MÁS MUJERES, ¿MÁS FEMENINO?

Con lo expuesto hasta aquí, se ha intentado mostrar el punto de vista de los propios actores, es decir, cómo viven el proceso de feminización de la ginecología. Si es considerado solo desde su aspecto cuantitativo y reducimos la mirada a las prácticas médicas, se concluye que, con la

presencia de las mujeres, nada ha cambiado en la especialidad: así lo muestran quienes hacen hincapié en el modo en que las propias ginecologistas maltratan a sus congéneres, apuntando con ello al dispositivo de saber/poder médico –pero especialmente, ginecológico– como productor y reproductor de estas prácticas. No importa que los ejecutores de tales prácticas sean varones o mujeres, el dispositivo funciona con los sujetos que ha “formado”.

Ahora bien, al analizar el proceso de feminización utilicé una conceptualización que hace referencia a los aspectos materiales pero también simbólicos, que mira los números pero también las interpretaciones y reinterpretaciones que hacen los sujetos. Y aquí importa que indigne más que los que maltratan sean mujeres o que esas prácticas tan centrales al dispositivo hoy sean vistas como violentas, o sean, al menos, problematizadas. Si miramos solo las prácticas, el cambio no se ve. Pero si analizamos las palabras y significaciones en juego que hacen los propios actores, se pueden ver otras cosas. Y esto es que el maltrato o la empatía pueden venir de varones o de mujeres, que las mujeres *per se* no traen una forma determinada de atender; es decir, que lo femenino y lo masculino va más allá de los varones y las mujeres concretos. Esto es central, pues contribuye a las miradas del género no esencialistas; el género es tomado como una construcción y una categoría, que imbrica lo material y lo simbólico y donde el anudamiento de ambos aspectos no es siempre el mismo y, por tanto, hay espacio para lo diverso y lo múltiple. Es decir, el género, como producción cultural, está anclado en cuerpos, pero también, en las cualidades, atributos y valoraciones masculinas o femeninas que se hacen del mundo social (18,19) como, por ejemplo, la valoración de la empatía como un elemento femenino, pero que no necesariamente tienen todas las mujeres y que también pueden tenerlo los varones, esos médicos “*apapachadores*” que menciona una de las entrevistadas. En esta línea, si se analiza el hecho de que las mujeres son señaladas como las “*más maltratadoras*”, se pone en evidencia el maltrato en sí mismo, lo que contribuye a hacer visible la misoginia de un saber y una práctica profesional. Pero además, la visualización de estos temas, su discusión, los interrogantes y disputas que producen, muestran que lo femenino y lo masculino se están

discutiendo; esto es, una de las cuestiones que se está discutiendo es la configuración del género, la construcción misma de la diferencia sexual y del dualismo de las categorías –algo nada menor si pensamos en la relación de estas categorías con otras, centrales para la biomedicina, como mente-cuerpo, naturaleza-cultura (20). ¿No es esto un cambio? Mujeres que se “masculinizan”, especialidades médicas que se “feminizan”, entrañan una discusión en torno de las categorías dicotómicas del género, vividas como contradicciones en la experiencia concreta, en cuerpos que importan pues encarnan esas experiencias. El género se vive, actúa y transforma –por eso es posible decir que una doctora pueda “masculinizarse” o un doctor ejerce su profesión de modo “femenino”. Considero que es posible ver en estas experiencias profesionales la performatividad encarnada en interacciones sociales sostenidas por cuerpos que son agentes, tal como vienen planteándolo quienes estudian el cuerpo desde una perspectiva antropológica y social (21,22). En esas experiencias y tensiones, de manera sutil, se van produciendo los cambios que horadan –como una gota de agua con la roca– con el tiempo y la insistencia, hasta los saberes más duros e intransigentes.

Me parece interesante para apuntalar esta idea traer las palabras de la doctora Lola quien, a primera vista, lee la feminización en una clave que la restringe a su aspecto numérico:

...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.

Su relato incluye el tiempo, una cuestión clave a la hora de entender los cambios, las sutilezas de estos, el fino desenvolvimiento de las reinterpretaciones que se dan en lo simbólico, que también encarna en trayectorias laborales concretas. Y allí está la riqueza: Lola, es una doctora con una formación heterodoxa, que estuvo en su momento muy comprometida con las luchas del feminismo mexicano y que desarrolla una práctica muy reflexiva sobre el propio ejercicio profesional. En un análisis que de cuenta de la importancia de las perspectivas, formaciones laborales, trayectorias profesionales e identidades de género de los y las profesionales del campo médico y sanitario como forma de entender cómo son, piensan y actúan efectivamente quienes hacen a diario la atención de la salud, el ejemplo de esta doctora es singular. Quiero decir, la entrada de mujeres produce en la ginecobstericia debates como el que Lola propone, demandas de atención del tipo que ella brinda. Más mujeres no garantiza nada, pero promueve estos debates y estas circunstancias: se mueve el avispero y las posiciones son muchas, y entre ellas hay matices. Insisto: lo importante es ver que los cambios son mucho más sutiles de lo que esperamos. Es importante subrayar que, identifiquemos esos cambios o no, en tanto y en cuanto no se acompañen de modificaciones en la formación, en ciertas condiciones de las trayectorias profesionales y laborales, en los dispositivos de saber y aprendizaje que producen y reproducen un saber que cosifica y patologiza a las mujeres, los casos como el de la doctora Lola seguirán siendo enriquecedores y polémicos, pero excepcionales.

A MODO DE CIERRE

El artículo muestra, a grandes rasgos, ciertas características del proceso de feminización de la profesión médica en México. Pero dada la heterogeneidad de la profesión y la marcada segregación horizontal por género del proceso, se eligió analizar en particular una especialidad médica: el análisis se centró en la feminización de la ginecobstericia. Ahora bien, si partimos de definir este tipo de procesos como cambios, es importante poder pensar qué cambió y qué no cambió en la ginecobstericia. Dadas las características del trabajo de campo surgen dos grandes cuestiones. Por un lado, de parte de algunas mujeres ginecobsteras, la idea de la “*empatía*”, de que se puede ser una ginecobster que se pone en el lugar de la otra. Por otro lado, las ideas y observaciones de quienes afirman que lo de la empatía es un “*mito*”, un discurso que se contradice con el hecho de que las mujeres en la especialidad se masculinizan y son las más maltratadoras (o). Según la primera idea, se podría llegar a pensar que la ginecobstericia, con mayor presencia de mujeres, tendería a cambiar para convertirse en una especialidad más “humana” y cercana a las demandas feministas. Según las otras ideas –de la masculinización–, nada va a cambiar. Tal como fue planteado en la discusión, si restringimos el concepto de feminización a su aspecto cuantitativo y a la observación de las prácticas médicas, “*más mujeres, no garantiza nada*”. Pero si nos detenemos en las experiencias de los profesionales y profundizamos un poco más en sus discursos, debates, reflexiones, experiencias y redefiniciones, podremos ser quizá, menos pesimistas.

NOTAS FINALES

a. “Segregación horizontal por género” de los mercados de trabajo, oficios, profesiones, etcétera, hace alusión a la manera diferente en que se distribuyen mujeres y varones. En esta misma línea, la segregación vertical por género se da cuando en

los mismos ámbitos laborales los puestos y cargos de mayor jerarquía, poder, prestigio y/o salario son ocupados mayormente por miembros de un mismo género; en el caso de la medicina, la segregación vertical por género en México beneficia a los varones (3,4).

- b. Usaré las comillas y las cursivas cuando aluda a los términos tal como son usados por los informantes en el campo.
- c. Siguiendo el punto de vista del actor, en México, las mujeres se llaman a sí mismas “médicos”, y usan el femenino solo para “doctora”
- d. De la Academia Nacional de Medicina de la República Mexicana y de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.
- e. Las reuniones y eventos a los que hago referencia son: Feria de Género y Seminario de Salud y Género de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), homenajes a mujeres científicas UNAM y Hospital General de México, Desayunos Académicos de la Federación de Mujeres Médicas Mexicanas, Congreso Regional del Consejo de Ginecología y Obstetricia de México.
- f. El análisis de las experiencias en tanto las entiende Joan Scott (6), es decir, relatos que ya contienen una interpretación. Estas experiencias son además, intersubjetivas, sobre todo por estar interpretadas en el seno de relaciones interpersonales, por lo que consideré apropiado conocer también la opinión de los varones sobre esas experiencias de las mujeres. Cabe aclarar que estas experiencias se reconstruyen en base a lo relatado en las entrevistas ya que, durante el trabajo de campo, no se pudo acceder a la observación de la atención médica en hospitales y/o consultorios.
- g. Si la segregación horizontal por género de la profesión médica es muy pronunciada, también sucede lo mismo respecto a la segregación vertical, aunque a los fines de este artículo, el análisis de la segregación vertical ha sido dejado de lado.
- h. El Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) es el 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.
- i. A partir de 2011, esa certificación se volvió obligatoria.
- j. Las otras dos estrategias son: pedagogización del sexo del niño 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 elemento 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)” (12 p.127)
- k. Congreso Regional del Colegio de Ginecología y Obstetricia, realizado en México DF, junio de 2012.
- l. Según se planteó en mesas redondas de dicho congreso, estos son: parto/cesárea, interrupción legal del embarazo, cirugías reconstitutivas de los genitales.
- m. He entrevistado a cinco ginecobstetras mujeres con residencia, cinco doctoras que, sin haber hecho esa residencia, se dedican en la práctica a la atención de la salud de la mujer, y a tres médicos ginecobstetras varones.
- n. Y también, permite pensar estructuralmente fenómenos como el de la violencia obstétrica.
- o. Existe en México una institución que recaba las quejas médicas de parte de los pacientes que las denuncian. La ginecobstetricia es una de las especialidades que más quejas recibe, pero no se puede saber, pues los datos estadísticos no reflejan cómo es la distribución por género del médico denunciado (23).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonner T. To the end of the earth: Women's search for education in medicine. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1995.
2. Buscatto M, Marry C. Le plafond de verre dans tous ses éclats: La féminisation des professions supérieures au XXe siècle. *Sociologie du travail*. 2009;51(2):170-182.
3. Abramo L. Inserción de la mujer en los nuevos paradigmas productivos. En: Valenzuela ME, compiladora. Igualdad de oportunidades para la mujer en el trabajo. Santiago de Chile: SERNAM; 1996.
4. Pozzio M. Reconfigurando el género: experiencias de las mujeres en la medicina mexicana. [Tesis de Doctorado]. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa; 2013.

5. Guber R. La etnografía: método, campo y reflexividad. Buenos Aires: Norma; 2001.
6. Scott J. Experiencia. La Ventana. 2001;2(13):43-73.
7. De Oliveira O, Ariza M. Trabajo femenino en América Latina: Un recuento de los principales enfoques analíticos. En: De la Garza E, editor. Tratado latinoamericano de sociología del trabajo. México: Fondo de Cultura Económica, El Colegio de México; 2000.
8. Sommestad L. Gendering work, interpreting gender: the masculinization of dairy work in Sweden, 1850-1950. History Workshop. 1994;37(37):57-75.
9. Kalinsky B. "Ser mujer" en trabajos fronterizos: las marcas del género. La Ventana. 2006;(24):229-256.
10. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). Mercado laboral de profesionistas en México: Desagregación regional y estatal de la información, Diagnóstico 1990-2000, Tercera Parte, Volumen 1. México DF: ANUIES; 2003.
11. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). Anuario estadístico: población escolar y personal docente en la educación media superior y superior, ciclo escolar 2008-2009. México DF: ANUIES; 2009.
12. Foucault M. Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber. México DF: Siglo XXI Editores; 2005.
13. López Sánchez O. El dolor de Eva: La profesionalización del saber médico en torno del cuerpo femenino en la segunda mitad del siglo XIX. México DF: UNAM; 2010.
14. Johannisson K. Los signos: El médico y el arte de la lectura del cuerpo. Barcelona: Melusina; 2006.
15. Rohden F. Ginecología, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. Horizontes Antropológicos. 2002;8(17):101-125.
16. Ramacciotti K, Valobra A. Modernas Esculapios: acción política e inserción profesional, 1900-1950. En: Jacinto L, Scarzanella E. Género y ciencias en América Latina: mujeres en la academia y la clínica (siglos XIX y XX). Madrid: AHILA, Iberoamericana; 2011.
17. Cabré M, Ortiz T, editoras. Sanadoras, matronas y médicas en Europa: Siglos XII-XX. Barcelona: Icaria; 2001.
18. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. Papeles de Población. 1999;5(21):147-178.
19. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco. 2000;7(18):95-117.
20. Stolke V. La mujer es puro cuento: la cultura del género. Estudios Feministas. 2004;12(2):77-105.
21. Connell R. Masculinidades. México: UNAM; 2003.
22. Esteban ML. Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. Barcelona: Bellaterra; 2004.
23. Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Hernández-Ávila M, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico: 1996-2007. Salud Pública de México. 2009;51(2):361-371.

FORMA DE CITAR

Pozzio M. "El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada": feminización y experiencias de las mujeres en la ginecobistetría en México. Salud Colectiva. 2014;10(3):325-337.

Recibido: 8 de agosto de 2014

Versión final: 12 de septiembre de 2014

Aprobado: 2 de octubre de 2014



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.