

Las mujeres médicos

EL acceso de las primeras mujeres a algunas de las profesiones liberales se inicia, en el mundo capitalista, a partir del siglo XIX y desde el seno de la burguesía y pequeña burguesía, en su mayor parte, en medio del fragor de las discusiones entre defensores y detractores de semejante intromisión.

En el ámbito concreto de la Medicina vemos registrados los primeros nombres femeninos también

por estas fechas, pero sin que ello signifique que las primeras en titularse comenzasen a ejercer en igualdad de condiciones con sus colegas masculinos, acaparadores hasta entonces de la totalidad de este campo.

El salto cualitativo experimentado es gigantesco, desde que las únicas mujeres toleradas por los médicos a la cabecera del paciente eran religiosas, pertenecientes a di-

versas órdenes monásticas, hasta nuestros días.

Desde la época medieval hasta bien entrado nuestro siglo, la misión de aquellas "hermanas" o "madres" respecto a los desvalidos (huérfanos, mendigos, enfermos, ancianos desamparados, locos, etcétera) era la de hacer caridad, según los principios religiosos de cada confesionalidad, atendiendo sobre todo a las almas de estos marginados y al perfeccionamiento de las propias (las de las monjas) mediante el sacrificio y la humillación ante las miserias humanas.

Sus funciones, absolutamente amédicas, reducidas a tareas sucias, simples, rutinarias (limpiar, vestir, alimentar, ayudar a bien morir, etcétera), que tanto podrían haberse enriquecido y progresado en contacto en la práctica médica de cada día, jamás salieron de sus límites, impuestos por la propia estructura religiosa de las órdenes, quedando reducidas a pautas que podríamos referir al área del maternaje más simplista. Con respecto a los médicos, ellas cumplían una función claramente auxiliar, ahorrándoles las labores más desagradables y menos prestigiosas, pero no alcanzaban a ser las colaboradoras deseadas, ya que infinidad de cometidos quedaban sin cumplirse, al ser incompatibles con los principios morales y éticos que profesaban y con la obediencia absoluta que debían a sus propios superiores (autoridad que muchas veces invalidaba la de los propios doctores).

Con este precedente es fácil entender la compleja disyuntiva planteada a las enfermeras seculares en los primeros tiempos de su profesión y la cantidad de barreras que debieron franquear hasta conseguir organizar un cuerpo preciso, con tareas concretas y de límites más o menos definidos.

Desprovistas de la aureola de santidad y respeto de que disfrutaban las religiosas y procedentes de estratos socioeconómicos depauperados, ayunas de cualquier tipo de formación cultural, constreñidas a las faenas más duras y penosas de los hospitales sin posibilidad de eludirlas a lo largo de horarios abrumadores y a cambio de salarios miserables, no eran más que sirvientes de las instituciones en que se alojaban los huéspedes peor reputados de la sociedad, quedando completamente al margen de

las tareas del equipo médico (mientras tanto, la burguesía enferma se beneficiaba de la asistencia privada).

La participación directa de las enfermeras en el trabajo médico comienza, al menos en Europa Occidental, a partir de 1853 y gracias a la influencia decisiva en Inglaterra de Florence Nightingale; la enfermera pasa a ser auxiliar directa del médico, cubriendo las prescripciones clínicas y absorbiendo en gran medida las tareas asignadas hasta entonces a las monjas o a las enfermeras sin cualificación de los primeros tiempos. De este cambio de funciones femeninas, el prestigio del médico resulta aún más fortalecido; el respaldo de un personal técnicamente preparado, pero reducido a tareas de segundo orden exclusivamente, acrecienta su ya mítica autoridad.

Asunto distinto y mucho más espinoso para los doctores varones se presenta a la hora de acceder las primeras mujeres al ejercicio de la Medicina. Ya no se trata, o no puede tratarse, de dos situaciones: una de autoridad y otra de subordinación, sino de situación de trabajo entre pares. Sin embargo, y como era de esperar, las cosas no transcurren tan sencillamente.

En España, por ejemplo (más exactamente en Madrid), en 1892, y diez años después de recibir el título de doctor la primera mujer médico (*), se celebraba el Congreso Pedagógico Hispano-Luso-Americano, en el que se encontraban figuras de la talla de Emilia Pardo Bazán, Concepción Arenal, etcétera. En él se debatieron, entre otras, las siguientes cuestiones:

"¿Debe darse a la mujer la cultura necesaria para el desempeño de todas las profesiones?" (260 votos a favor, 290 en contra y 98 abstenciones).

"¿Tiene la mujer los mismos derechos que el hombre para desenvolver y cultivar, en bien propio de la especie, todas las facultades, así físicas como intelectuales?" (492 votos a favor, 100 en contra y 58 abstenciones).

Respecto al ejercicio de la Medicina y la Farmacia "sólo para las mujeres y los niños", resultaron: 473 votos a favor y 175 entre votos contrarios y abstenciones.

En el resto de Europa, las cosas

(*) Martina Castells Vallespi se tituló, en 1882, en Madrid. Su vocación por la Pediatría se cortó al perder la vida durante su primera maternidad.

no andaban mejor para nuestras colegas. Así, las alemanas que intentaban dedicarse a la ciencia médica se encontraban con toda una serie de críticas negativas y obstáculos, no sólo desde el punto de vista de la opinión pública general, sino incluso de parte de insignes profesores como Bischoff e incluso Von Bergman, el famoso cirujano, quienes manifestaban sin ambages que la Medicina era una de las profesiones que menos podían convenir a la mujer. En contrapartida, en Rusia, donde existía un gran déficit de personal médico por esta época, la primera escuela para mujeres médicos se abrió en 1872, graduándose en ella 700 doctoras entre 1878 y 1888 (Shyrock, 1966: 187-88).

Ni que decir tiene que en esta difícil situación el ejercicio de las pioneras se lleva a cabo en el campo de la práctica privada. Siempre

para la mujer, profesional o no, el "apartheid" del ámbito privado; mejor donde pase inadvertida, donde no pueda demostrar lo parecida que es al hombre, donde no pueda competir con ellos, pero no a causa de la tan cacareada falta de competitividad individual femenina, sino ante la prohibición expresa de gran número de países de acceder a la esfera pública. De hecho, y una vez más en la historia de la liberación femenina, este acceso no tiene lugar hasta que los hombres son movilizados masivamente, al ser llamados a filas. Las contiendas bélicas traen consigo infinidad de puestos vacantes que es preciso cubrir e incluso ampliar, dado el número de necesidades sociales que tales catástrofes traen consigo. La primera y segunda guerras mundiales marcan la pauta de la entrada de las médicas en los hospitales públicos, para, en gran medida, te-



ner que abandonarlos (como peones que ya no son necesarios en el juego) cuando la paz retorna, ya que entonces se hacen llamamientos generales a la población femenina para que vuelva a los hogares, a las tareas domésticas interminables y sin remunerar, a contribuir decisivamente en el ahorro público y a repoblar el mundo de individuos nuevos.

Pero el paso para las profesionales ya estaba dado y las presiones de tipo moral y socioeconómico ya no serían capaces de romper la nueva dinámica establecida ni de retrotraer la situación creada a su punto de partida.

No voy a referirme ahora a los trabajos realizados por diversas autoras y autores, intentando aportar datos más o menos concretos u objetivos sobre la situación personal de las mujeres que optan por la carrera de Medicina y motivos de dicha elección o sobre las vicisitudes que atraviesan durante la época de formación o las causas por las que algunas abandonan la carrera, etcétera. Lo que sí me interesa poner de manifiesto son los cuatro hechos que adquieren especial relevancia: a) la participación de la mujer en la carrera de Medicina es todavía muy escasa a nivel mundial, excepto en la mayoría de los países socialistas; b) es innegable la mayor vinculación de las médicas a aquellos sectores de la carrera que la ideología dominante ha considerado como idóneos para ser ocupados por la mujer (niños, mujeres, enfermos mentales, especialidades auxiliares o secundarias de otras especialidades, caracterizadas por un ejercicio repetitivo, carente de creatividad, donde las cualidades exigidas fundamental-

mente son: la paciencia, la minuciosidad, la destreza manual, etcétera); c) la casi inexistencia de médicos femeninos ocupando puestos jerárquicos de máxima responsabilidad, lo que se hace extensible tanto a aquellas especialidades con mayor afluencia de mujeres como a unos u otros países, cualquiera que sea el régimen político que les caracterice (ya sea a nivel clínico o académico); d) en el mundo capitalista, la mayoría de las médicas se encuentran encuadradas en aquellos puestos de mayor volumen de trabajo, peor remuneración y menor prestigio social.

El porcentaje más alto de mujeres médicas se da en la URSS, 60-65 por 100 (1973); en China, el 50 por 100 de estudiantes de Medicina (ya en 1971) son mujeres, y casi en igual porcentaje doctores, lo cual parece haber sido posible a partir del establecimiento de comunas en 1958, mediante las que se rompen las distinciones entre trabajadores manuales e intelectuales y las diferencias económicas intersexos (1).

USA cuenta con un 8 por 100 (1973), hallando una cifra porcentual más baja tan sólo en nuestro país, 7,74 por 100, referido al mismo año.

En esta misma fecha, el total de médicos colegiados en España era

(1) Muchos de los futuros médicos son elegidos a partir de los "médicos descalzos", la mayoría de los cuales son mujeres. Estos "médicos descalzos" son campesinos que han sido entrenados, durante tres meses, aproximadamente, en el tratamiento de enfermedades comunes y poco importantes, así como para la divulgación de la educación sanitaria, inmunizar y proporcionar servicios preventivos y vigilar la situación general del vecindario, incluso desde el punto de vista mental. Dedicán la mitad de su tiempo a estos trabajos y la otra mitad a las labores necesarias en la comuna, percibiendo igual salario que el resto de sus camaradas campesinos.

PORCENTAJE DE PARTICIPACION FEMENINA POR ESPECIALIDADES MEDICAS DE LAS MUJERES COLEGIADAS EN MADRID (AÑO 1972)

Especialidad	N.º Colegiados			Porcentaje mujeres
	Totales	Mujeres	Hombres	
Alergia	24	2	22	8,41
Análisis	339	76	263	22,41
Anatomía Patológica	42	5	37	11,90
Anestesiología y Reanimación	231	28	202	12,55
Aparato Digestivo	329	2	327	0,60
Aparato Circulatorio	21	0	21	—
Aparato Respiratorio	25	1	24	4,00
Aparato Respiro-Circulatorio	120	4	116	3,33
Cardiología Clínica	42	3	39	7,14
Cirugía Cardiovascular	25	0	25	—
Cirugía Digestiva	29	0	29	—
Cirugía General	410	3	407	0,73
Cirugía Infantil	18	1	17	5,55
Cirugía Maxilofacial	9	0	9	—
Cirugía Ortopédica	19	0	19	—
Cirugía Plástica Reparadora	40	2	38	5,00
Cirugía Pulmonar	3	0	3	—
Cirugía Torácica	20	0	20	—
Cirugía Traumatológica	222	1	221	0,45
Dermatología y Venereología	150	0	150	—
Electroencefalografía	9	1	8	11,11
Electroradiología	12	0	12	—
Endocrinología y Nutrición	148	16	132	10,81
Estomatología	97	2	95	2,06
Hematología y Transfusiones	64	12	52	18,43
Medicina de Empresa	20	0	20	—
Medicina General	2.730	133	2.597	4,80
Medicina Interna	912	34	878	3,72
Nefrología	24	2	22	8,37
Neurocirugía	30	0	30	—
Neurología	61	3	58	4,91
Odontología	516	15	501	2,92
Oftalmología	184	16	168	8,69
Otorrinolaringología	509	3	506	0,58
Pediatría	1.262	169	1.093	13,39
Psiquiatría	323	33	290	10,21
Pulmón y Corazón	238	3	235	1,25
Radiología	200	5	195	2,50
Rehabilitación	59	9	50	16,66
Reumatología	46	3	43	6,52
Tocoginecología	532	17	515	3,38
Traumatología	384	2	382	0,52
Urología	132	0	132	—

Fuente: Elaboración propia, a partir de la relación de médicos del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, ordenados por especialidades. (Anuario 1972.)

EN EL NUMERO DE ENERO DE
**TIEMPO
DE
HISTORIA**

TIEMPO de HISTORIA

AÑO III • NUM. 26 • 60 PESETAS



La amnistía en España

Director:

Eduardo Haro Tecglen

En el número 26, TIEMPO DE HISTORIA incluye los siguientes temas y artículos.

AMNISTIA Y CONFLICTOS SOCIALES EN LA HISTORIA DE ESPAÑA, por Enrique Linde Paniagua. ● JUAN MARTIN, "EL EMPECINADO". Un guión para televisión de Antonio Gala. ● COMO NACIO EL MOVIMIENTO OBRERO EN ESPAÑA, por Tomás Almena y Jesús López. ● CULTURA DE MASAS EN CATALUÑA, 1931-1936, por Pere Solà. ● POLITICA Y SOCIEDAD EN LA REPUBLICA DE WEIMAR, por Juan Antonio Hormigón. ● MALRAUX, EL ANTIHEROE DEL SIGLO XX, por Eduardo Pons Prades. ● LELIO BASSO. PASADO Y PRESENTE DEL SOCIALISMO ITALIANO. Una entrevista de María Ruipérez y Manuel Pérez Ledesma. ● HISTORIA SOCIOLOGICA DE LAS NAVIDADES, por José Antonio Gómez Marín. ● ESPAÑA, 1947. Selección de textos y gráficos, por Fernando Lara y Diego Galán. ● LA CRISIS DEL 98, por Bel Carrasco. ● LIBROS: La "novela" de Durruti. La violencia anticapitalista. Estudios medievales. El corrido popular mexicano.

TIEMPO de HISTORIA

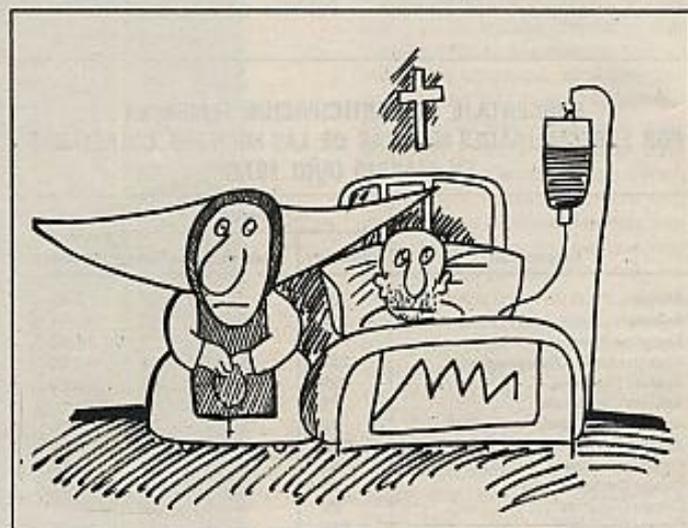
**Las mujeres
médicos**

de 49.523, de los cuales 48.495 eran hombres y 3.028 mujeres. El total nacional de **colegiados con ejercicio** era de 38.786, entre los cuales 1.525 son las mujeres en iguales circunstancias (3,93 por ciento), del cual más de una tercera parte viene a repartirse entre Madrid y Barcelona: 423 y 324, respectivamente. El total de **colegiados sin ejercicio** era por entonces de 10.837, de los cuales 1.530 eran mujeres, resultando lamentable que del total de 3.028 colegiadas en nuestro país tan sólo ejerzan la mitad, en tanto que los hombres en la misma situación representan el 93,8 por 100 del total.

Pero cualesquiera que sean las circunstancias numéricas en que se encuentren las mujeres médicos en

lista, que ha creado las claves socioeconómicas precisas que le permiten reproducirse indefinidamente a sí mismo, mediante un modelo que hace casi imposible el desclase.

Pero mientras a los médicos varones les es posible ascender hasta el vértice de la pirámide de poder así creada (si bien en corto número), a las mujeres ese vértice les está vedado, porque para ellas la pirámide en cuestión está siempre truncada a la mitad por un plano de sección que representa la ideología dominante —médico— masculina. La tutela de los grandes "patrones" se dirige a quienes comparten y defienden su ideario, porque ello conviene a sus intereses y contribuye a perpetuar su "status" de clase dominante. Es evidente que ésta no deposita su confianza ni presta apoyo a individuos que con-

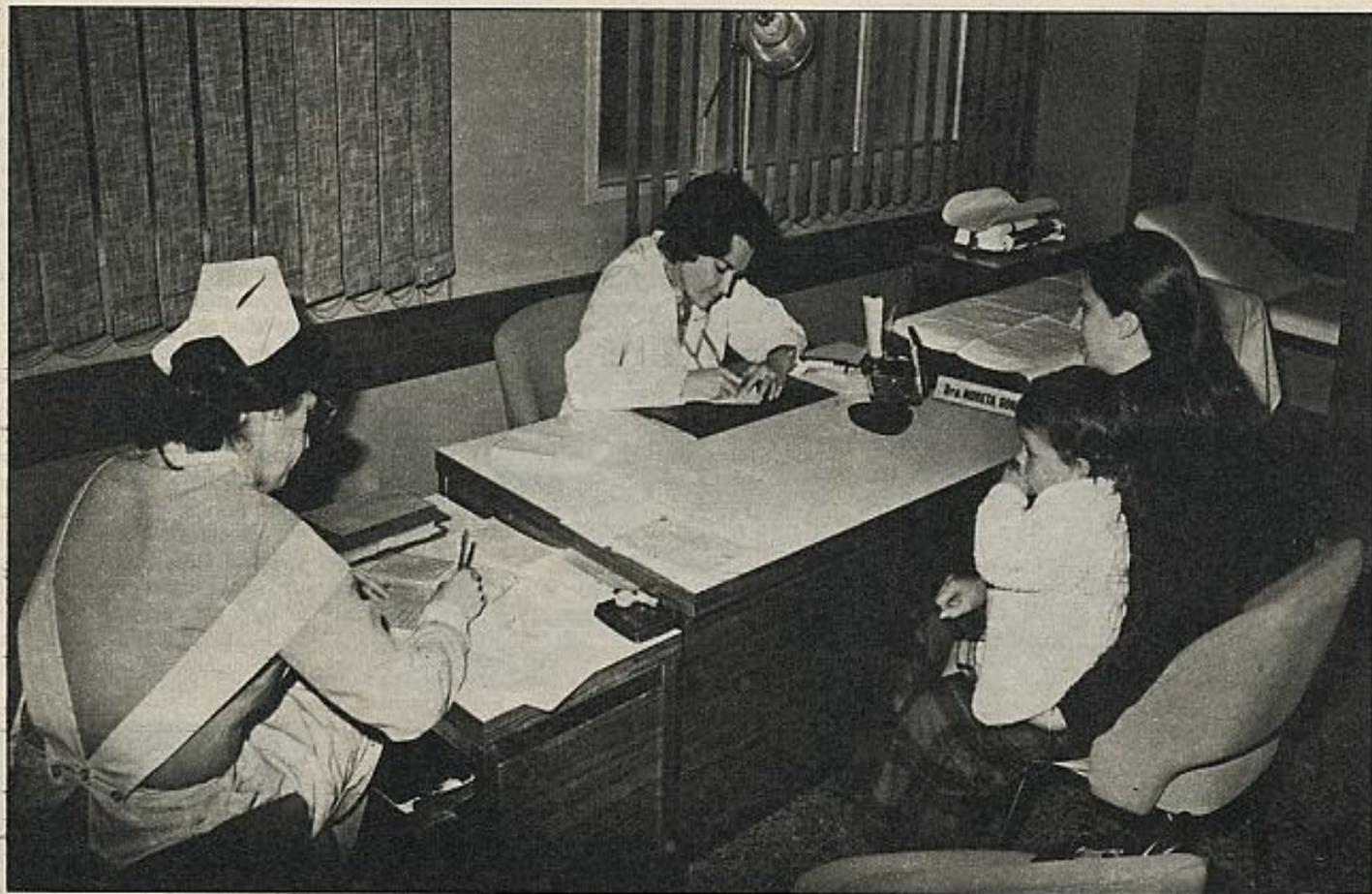


cualquier lugar del mundo, en un sistema sociopolítico u otro, siempre obtenemos iguales datos, respecto a su alejamiento de los puestos de poder. Como mucho, el número de las que acceden a ellos es tan exiguo que siempre es manipulado por la clase dominante. Esta considera como "mujeres excepcionales" a las que así se destacan, las segrega de su grupo de origen, a cuyos miembros continúan considerando "incapaces de emerger de los límites impuestos por su propia naturaleza", a la vez que absorbe e integra las supuestas excepciones, adjudicándoles puestos de categoría intermedia por encima de los cuales las jerarquías máximas están siempre representadas por médicos hombres. Debo aceptar que esta es una situación común a la mayor parte de profesionales de ambos sexos en el mundo capita-

ceptúa de segunda categoría, de manera que a la mujer le está negada una movilidad ascendente por medio del patronaje, ya que ello supondría la aceptación de las normas del poder, tras lo cual sería inmediatamente engullida por éste.

En cuanto a los países socialistas (de entre los cuales quizá China sea una excepción relativa tras la Revolución Cultural), al no haber corrido parejas las transformaciones socioeconómicas con las transformaciones necesarias para una liberación real de la mujer, la situación parece muy similar a la descrita, excepto en lo que se refiere a la estratificación clasista en las profesiones.

Como consecuencia de todo ello, es lógico que a la hora de las especialidades médicas, la mujer (y esto también es denominador común de todos los países) esté más



Mientras a los médicos varones les es posible ascender al vértice de la pirámide de poder, a las mujeres ese vértice les está vedado.

ampliamente representada, porque así se le permite en aquellos sectores que el médico varón considera menos prestigiosos: a) bien **económicamente** (de hecho, la amplia franja de las especialidades quirúrgicas está prácticamente vetada al sexo femenino, so pretexto de que tan sólo pueden llevarse a cabo con dotes "masculinas" por excelencia: inteligencia, autocontrol, dominio de la técnica, iniciativa, autoridad, resistencia física, etcétera, etcétera); b) bien **por las características de la especialidad en sí misma**, que la convierten en subespecialidad de otra o auxiliar de aquellas realizadas mayoritariamente por hombres (anestesia, donde el jefe es en realidad el cirujano, rehabilitación, análisis clínicos); c) o bien **por el tipo de paciente a quien va dirigida** (Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Psiquiatría...). Como consecuencia de estas tres premisas es razonable, según el discurso capitalista, que la mujer esté mayoritariamente representada en aquellas especialidades menos prestigiosas y peor remuneradas, ocupando los puestos subalternos, que significan un mayor volumen de trabajo.

Fiel transparencia de todo ello podemos ver reflejada en la tabla adjunta, correspondiente a 1972, y que, aun referida exclusivamente a Madrid, es demostrativa por demás, máxime si tenemos en cuenta que esta capital y su provincia aglutinan casi una tercera parte del total de mujeres médicos del país, colegiadas y en ejercicio, como apuntaba anteriormente.

De las 43 especialidades que en ella se citan, a la mujer le están vedadas por completo un total de 12, de las cuales siete corresponden al campo de la Cirugía. Dentro de la gran franja de las especialidades quirúrgicas, con 11 subespecialidades en total, la mujer tan sólo está presente en Cirugía Infantil, Cirugía Plástica y Reparadora y Cirugía General y Traumatología (las dos primeras podemos considerarlas ligadas al área de "lo femenino" y en las dos últimas pensamos que tienen cabida "también" los cirujanos, por darse en ambas los más altos contingentes numéricos, dentro de esta parcela de la Medicina). Aun así, la participación de mujeres en este sector es inferior al 5 por ciento.

Por encima del 10 por 100, la

mujer concurre a Psiquiatría, Pediatría (área de "maternaje"), Electroencefalografía, Anestesiología y Reanimación (especialidades de claro matiz auxiliar) y Endocrinología y Nutrición, en las que el porcentaje aumenta a expensas de las dietistas.

Por último, **la barrera del 20 por ciento** tan sólo la traspasan las analistas (médicos cuya tarea se distingue por la fiel y escrupulosa repetición de una técnica bien aprendida y que es necesario aplicar concienzuda y pacientemente); su carácter auxiliar y rutinario parecen hacer de ella la especialidad "ideal" para la mujer en la Medicina.

Cuanto precede no puede sorprender a nadie que conozca un poco concretamente cuál es la situación real de la mujer en nuestro mundo de hoy, pues todo ello no es sino la fiel transposición, respecto a una profesión determinada, de su situación general como individuo considerado de segunda clase.

Quizá habrá, no obstante, quien todavía continúe creyendo que todo cuanto afecta a la mujer en el ámbito del trabajo es cuestión de antigüedad y cantidad, siendo lo

que ocurre en la Medicina absolutamente ajeno a cuanto sucede en profesiones ejercidas de antiguo y mayoritariamente por mujeres. Y, sin embargo, en éstas volvemos a encontrar una y otra vez las mismas constantes que las referidas a la profesión médica: unas veces se trata del escaso prestigio social, otras de la remuneración escasa, no pocas veces coinciden ambos factores y casi siempre cubren ese campo de las actividades rutinarias, no creativas y poco gratificantes, rechazadas por los varones y alejadas del ámbito del poder. Pero si por fin algunas acceden a los puestos de mayor responsabilidad en su sector (directores de colegio, jefas de enfermeras, etcétera, etcétera), no hacen sino propalar desde sus puestos preeminentes la ideología masculina-dominante previamente absorbida, colaborando con el hombre en la explotación de sus hermanas de grupo. Por ello, una vez más, vemos absolutamente imposible el logro de una sociedad igualitaria entre hombres y mujeres, sin que tenga lugar una auténtica revolución socioeconómica en cuyo seno desaparezcan los prejuicios sexuales. ■ C. S. B.