

Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad

Ana Delgado Sánchez
Servicio Andaluz de Salud

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital de San Juan de Dios
E-18001 - Granada, Spain
adelgado@samfyc.es

Ana Távora Rivero
Servicio Andaluz de Salud

Equipo de Salud Mental
Centro de Salud de Santa Fe
E-18320 - Granada, Spain
atavora@terra.es

Teresa Ortiz Gómez
Universidad de Granada

Área de Historia de la Ciencia. Instituto de Estudios de la Mujer
Centro de Documentación Científica
Universidad de Granada
c/ Rector López Argüeta
E-18001 - Granada, Spain
tortiz@ugr.es

Title: Female doctors, their practices, and the dilemma of femininity

Abstract

With the aim of studying how personal and professional life interact in young female doctors in Spain, we have analysed three groups that practice three of the most feminized specialties –general medicine, paediatrics, and psychiatry–, applying a gender perspective and a group methodology. For the analysis we identify a series of categories that are present in the three groups and that in the bibliography are related with the medical practice of women. In the professionals of our study, contradictions and ambivalent feelings show up when related to their communicative style at office, to the negotiation with colleges and patients, to their position before authority and power, and to the performance of their professional roles. In the group discourse of female doctors we identify the existence of a conflict between their identity as professionals and their identity as women.

Key words: women and medicine, gender and medical practice, gender identity, operative groups, medical specialities, doctor-patient relationship.

Resumo

Co obxectivo de coñecer como interactúan a vida persoal e profesional das médicas novas en España, analizamos tres grupos de médicas que exercen en tres das especialidades máis feminizadas –medicina de familia, pediatría e psiquiatría–, aplicando unha perspectiva de xénero e unha metodoloxía grupal. Para a análise, identificamos unha serie de categorías que están presentes nos tres grupos e que na bibliografía se relacionan coa práctica médica das mulleres. Nas profesionais do noso estudio aparecen de forma manifesta contradicións e sentimentos ambivalentes relacionados co seu estilo de comunicación na consulta, a negociación cos compañeiros e cos pacientes, a súa posición ante a autoridade e o poder, e o desempeño do seu rol profesional. No discurso grupal das médicas identifícase a existencia dun conflito entre a súa identidade como profesionais e a súa identidade como mulleres.

Palabras clave: mulleres e medicina, xénero e práctica médica, identidade de xénero, grupos operativos, especialidades médicas, relación médico-paciente.

1. Introducción¹

La medicina ha sido una profesión eminentemente masculina hasta hace pocos años. En las últimas décadas la incorporación de las mujeres ha aumentado rápidamente, sobre todo en las especialidades consideradas *generalistas*, como pediatría, medicina de familia o psiquiatría. De este modo, la exclusión histórica de las mujeres de la profesión médica se ha tornado en segregación y su participación sigue reproduciendo, a comienzos del siglo XXI, la división sexual del trabajo. Ésta se plasma, por un lado, en la escasa representación de mujeres tanto en las especialidades de mayor autoridad, prestigio y poder, como en los niveles profesionales y académicos altos y, por otro, en las diferentes maneras que tienen de organizar su trabajo los médicos y las médicas (Ulstad, 1993; Miles, 1991; Ortiz Gómez, 1985-86; Ortiz, Delgado, Sánchez & Távora, 2000).

A través de este artículo queremos explorar los discursos que construyen acerca de su experiencia profesional y vital jóvenes médicas especialistas en las áreas más feminizadas de la medicina, utilizando como marco de referencia la teoría de género y la teoría psicoanalítica feminista sobre la construcción de la subjetividad femenina.

1.1. Género y práctica médica

La teoría de género permite entender como se produce la socialización de las personas en tres niveles que interactúan y se complementan: individual, cultural e institucional, así como la forma en que se educa a mujeres y hombres para que asu-

¹ Este trabajo ha sido realizado con ayuda de una subvención del Programa Sectorial de Estudios de las Mujeres y de Género del Ministerio de Trabajo-Instituto de la Mujer (expediente 51/97).

man responsabilidades y roles diferenciados en todas las esferas de su vida. En la práctica totalidad de las culturas conocidas, las diferencias de género se traducen en desigualdad social y tanto las mujeres como los valores considerados femeninos ocupan siempre un nivel de subordinación respecto a los varones y los valores conceptuados como masculinos (Amorós, 1995; Cobo Bedia, 2000; Harding, 1996; Butler, 2001). Esta distribución por género asigna a las mujeres, entre otras cosas, el lugar de los afectos y a los hombres el de lo instrumental, reparto que, aunque está sometido a transformaciones, constituye un ideal social que también puede serlo personal y que condicionará de maneras diversas la construcción de la subjetividad individual.

Las relaciones de género han tenido un papel muy importante en la construcción histórica del conocimiento y la práctica médica. No sólo se ha construido una ciencia sobre la salud y el cuerpo profundamente androcéntrica (Keller, 1989; Fausto-Sterling, 2000; Barral et al., 1999), sino que también, como resultado de procesos de exclusión/segregación de las mujeres y de la asignación de valores de género a las actividades y especialidades sanitarias, se han configurado unas formas de organización y unas identidades profesionales sexuadas (Witz, 1994; Ortiz Gómez, 2001).

En los últimos años, han proliferado los estudios que evalúan la influencia del género en la práctica médica actual y, a través de ellos, se han encontrado diferencias relevantes en el estilo de comunicación y en la realización de actividades preventivas por parte de las y los profesionales. También se ha estudiado la perspectiva de los pacientes y sus preferencias sobre el sexo de los profesionales de la medicina.

Para estudiar la práctica médica se pueden identificar dos dimensiones de análisis. La primera se refiere a la conducta técnica o instrumental que es necesaria para solucionar los problemas clínicos (*curing*). La segunda es relativa a la conducta afectiva o socioemocional (*caring*), necesaria para crear una relación terapéutica y que, en algunos modelos, incluye el manejo de los aspectos psicosociales en la relación con el paciente. Se consideran elementos de la conducta técnica “preguntar” e “informar” al paciente sobre los aspectos referidos a su enfermedad, es decir, se entiende el intercambio de información como una habilidad técnica necesaria para la relación médico-paciente. Los elementos de la conducta socioemocional incluyen “legitimar los sentimientos del paciente”, “empatizar” con él y “tranquilizarlo” (Bensing & Drnkens, 1992; Ware & Snyder, 1975).

El tipo de práctica médica basada en el paradigma biopsicosocial que fija el interés en las y los usuarios y en su vivencia de la enfermedad (*illness*), en oposición a aquella práctica que responde a un paradigma biologicista cuyo objeto es la enfermedad como proceso biológico (*disease*), se ha denominado *atención centrada en el paciente* (*patient centred care*) (Little et al., 2001). Esta forma de práctica integra el interés, la escucha y la información que ofrece cada profesional, con la preocupación que muestra por los aspectos más psicosociales de la enfermedad y de la vida de sus pacientes y, además, contempla la práctica de la negociación sobre las posibles alternativas diagnósticas y terapéuticas.

En el análisis del estilo de comunicación que mantienen médicas y médicos con sus pacientes destacan dos aspectos que son significativamente diferentes según el sexo. Por un lado la duración, contenidos y estructura de la consulta y, por otro, la participación de los pacientes en la toma de las decisiones clínicas que les afectan. En diversos estudios, en su mayoría centrados en especialistas de atención primaria, y realizados con metodologías de tipo cuantitativo se concluye que la duración media de la consulta es superior cuando la conducen médicas. Éstas dan a sus pacientes más información que sus colegas varones, realizan más manifestaciones de empatía, y su intervención está más orientada a construir una relación con cada paciente; a la vez, es frecuente que las y los pacientes hablen más cuando consultan con una médica que cuando lo hacen con un médico. El análisis de los contenidos del flujo de información en ambas direcciones revela que, habitualmente, las médicas dedican más atención a recabar información de sus pacientes y a discutir sobre los aspectos de su entorno y del funcionamiento familiar y social que están en relación con la enfermedad. Los médicos varones, por su parte, hacen más énfasis en los aspectos puramente clínicos o biológicos de la enfermedad (Delgado, 1999; Hall & Roter, 1998; Roter, Hall & Aoki, 2002).

Estos y otros aspectos diferenciales según sexo han sido explicados, en clave de género, como un producto de la construcción social de los significados que tienen lo masculino y lo femenino en cada contexto. Las relaciones de género producen simultáneamente la división sexual del trabajo y la creencia de que ciertos aspectos del estilo de práctica son cualidades naturales de las mujeres más que habilidades técnicas o profesionales (Riska & Wegar, 1993: 1-13); además, estructuran y afectan a la relación profesional-paciente (LoCicero, 1993).

1.2. La construcción de la subjetividad femenina

La psicoanalista feminista Jean Baker Miller ha señalado que la identidad de las mujeres se construye desde el concepto del “yo en relación” (Miller, 1987). Tanto su bienestar como su fortalecimiento narcisista van a depender, fundamentalmente, del sentimiento de formar parte de una relación. En el mismo sentido, Mabel Burín (1996) señala que las mujeres incorporan como ideal del yo el ser comprensivas, ser afectuosas, estar disponibles y ser cuidadoras, valores que subyacen al paralelismo que se establece entre ser mujer y ser madre. Como consecuencia de su estructura normativa (super yo), muchas mujeres abandonan otras facetas de su vida para cuidar de sus hijos, o bien eligen una profesión que, según su criterio, armonice con el desarrollo de ese rol materno.

Este tipo de elección implica una jerarquía de valores donde lo primero, casi siempre, es la atención a los otros y lo último el propio desarrollo personal. En muchos casos, además, *los otros* son, exclusivamente, la pareja, los hijos y la familia, no el mundo en un sentido amplio. Cuando las mujeres no priorizan en sus vidas el vínculo con los otros, aparecen con frecuencia fuertes sentimientos de culpa por no hacer

“lo que deberían” según la norma propia y de los demás. Por ello, el desempeño de roles en los que predomina el desarrollo personal, como el rol de trabajadora, puede facilitar la aparición de determinados conflictos que se acompañarán, necesariamente, de un cuestionamiento de la propia identidad. Así, muchas mujeres piensan que han elegido libremente anteponer su dedicación a la familia a su promoción profesional y que esa elección no ha estado condicionada por el pensamiento dominante ni por el miedo personal a encontrarse con situaciones de tensión y conflicto.

1.3. Objetivos e hipótesis

El objetivo general de este artículo es conocer y analizar las relaciones que establecen las médicas que empezaron a ejercer en la década de los 90 en tres de las especialidades más feminizadas, entre su vida profesional y privada, entre lo que significa para cada una ser mujer y ser profesional. La investigación forma parte de un proyecto más amplio en el que hemos estudiado la práctica profesional de las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX (Ortiz, Delgado, Sánchez & Távora, 1998-2000).

Partimos de la hipótesis de que existe una relación entre su actividad profesional, su especialidad y su forma de identificarse como mujeres. Creemos que muchas médicas, como en general muchas mujeres, asumen el discurso patriarcal dominante, lo incorporan a la construcción de sus propios discursos y lo reproducen en su práctica profesional y que esto se da de forma más acusada en las especialidades médicas que son consideradas más femeninas o más apropiadas para mujeres.

2. Los grupos operativos: una metodología para explorar lo emocional

Para la consecución de nuestros objetivos utilizamos los grupos operativos porque estos permiten crear un espacio donde no sólo se puede observar lo que piensan las integrantes acerca de un tema sino también lo que sienten. Esta metodología nos permite analizar qué hace un grupo cuando se le ofrece una información, o cómo formulamos las preguntas en nuestra investigación, y cuál es el proceso por el que pasa hasta llegar a abordarla. Para esto es necesario clarificar previamente entre los integrantes qué estereotipos existen, ya que los mismos pueden dificultar el trabajo grupal (Bleger, 1985).

Pichon Rivière (1985) que en un primer momento pensó en los grupos como en un lugar para el aprendizaje, los definió como *grupos centrados en una tarea* y señaló que toda nueva información produce en las y los integrantes de un grupo la aparición de miedos básicos. Estos, que pueden definirse como *miedo a perder los conocimientos previos* y *miedo a sentirse más vulnerable*, movilizan ansiedades que impiden centrarse en el objeto de conocimiento. Además, cada integrante acude al grupo con un esquema de referencia propio que puede actuar como resistencia para entrar en la tarea. En nuestra investigación esto resultaba especialmente importante ya que

las relaciones que queríamos explorar podían movilizar en las médicas ansiedades que dificultasen conocer sus opiniones.

Aunque lo habitual es que la tarea en los grupos operativos sea de formación o terapéutica, cuando se utilizan como instrumento de investigación lo central es la indagación en la propia subjetividad (Yago, Segura & Irazabal, 1997). Como recuerda Bauleo (1987, 1989), el grupo se convierte en un lugar privilegiado para explorar las representaciones sociales e individuales, de forma que esta metodología nos permitía explorar de qué manera el pensamiento individual de las médicas se construye a partir del pensamiento patriarcal.

Si definimos el grupo como un conjunto de personas reunidas por constantes de espacio y tiempo articuladas por sus mutuas representaciones internas, que se proponen implícita o explícitamente una tarea, la cual constituye su finalidad (Pichon Rivière, 1985), en las médicas la tarea fue, en primer lugar, hacer conscientes los estereotipos y resistencias que tenía cada integrante; en segundo lugar, contener los miedos básicos para que pudiesen trabajar con un nivel óptimo de ansiedad y, por último, recoger lo que pensaban y sentían acerca de la representación que tenían de ellas mismas como mujeres profesionales. En la medida en que pueden hacerse explícitas estas dificultades, el sujeto investigado se incorpora como ser humano en su totalidad, con sus miedos, valores, creencias, y en el contenido de la investigación se incluye la dimensión de la afectividad. Además, en el grupo operativo se cuidan especialmente las condiciones para que los niveles de ansiedad permitan la producción grupal y que los integrantes puedan verbalizar sus opiniones una vez superados estos miedos básicos.

Desaparecen las relaciones jerárquicas y el equipo coordinador ayuda a desvelar lo implícito, en definitiva, a facilitar que los conflictos que se movilizan al pensar acerca de las relaciones entre ser médica y ser mujer no impidan que las integrantes puedan decir con libertad lo que piensan.

2.1. Los grupos de médicas

Para este artículo hemos utilizado las grabaciones y transcripciones de tres grupos formados por un total de 26 médicas, de edades comprendidas entre los 30 y los 40 años (excepto una de 47), residentes en Granada, que comenzaron a ejercer la profesión al principio de los años 90 en tres de las especialidades médicas más feminizadas y más elegidas por mujeres en Andalucía a finales del siglo veinte (pediatría, medicina de familia y psiquiatría). Los grupos forman parte de las fuentes generadas y utilizadas en nuestro proyecto sobre las médicas españolas de la segunda mitad del siglo veinte.

Seleccionamos a las participantes a partir de listados proporcionados por sociedades científicas y por los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. Las invitamos a través de una llamada telefónica en la que les explicamos someramente el contenido de la investigación y lo que esperábamos de ellas, y convocamos la reunión de cada grupo. En los meses de mayo y junio de 1999, realizamos las sesiones

con cada uno de los tres grupos; el de especialistas en medicina de familia tuvo 10 participantes de edades comprendidas entre 30 y 40 años, 7 casadas, 3 solteras, 7 con hijos (en adelante GMF); el de pediatras, 10 médicas de edades entre los 30 y los 39, 8 casadas, 2 solteras, 7 con hijos (GPE); el de psiquiatras contó con 6 médicas, 5 entre 30 y 40 años y una de 47, 4 casadas, 2 solteras, 4 con hijos (GPS).

Nos encontramos con las médicas de cada grupo en una sesión única de tres horas, con inicio y final fijo, y con una primera parte de información y una segunda de trabajo grupal. En la primera parte planteamos el sentido de la investigación: conocer las experiencias de médicas de diferentes especialidades que empezaron a trabajar en la década de los 90 y compararlas con las de las médicas que iniciaron su práctica a finales de los 60. En esta introducción planteamos la pregunta central de nuestra investigación “queremos recoger vuestras opiniones y experiencias sobre el papel que tenéis como profesionales y también sobre cómo creéis que se relaciona vuestra actividad profesional con el hecho de ser mujer. Todo lo que os sugiera este tema...”. La información inicial duró alrededor de 15 minutos y a partir de este momento empezó el trabajo grupal. En cada grupo fuimos observando qué emociones y afectos se movilizaban con dicha pregunta.

Queríamos evitar que la pregunta se abordase de forma dilemática, en el sentido planteado por Pichon Rivière (1985), es decir, como defensa que dificulta la integración entre ser mujer-ser médica, y ayudar a que las participantes pudiesen establecer relaciones dialécticas entre lo que significaba para cada una el desempeño de diferentes roles en su vida cotidiana.

Barajábamos la hipótesis de que la forma en que hubiesen incorporado como ideal del yo el modelo materno iba a condicionar su forma de identificarse como mujeres y como profesionales. Esta relación iba a producir ansiedades en la medida en que las obligaba a situarse frente a ellas mismas y a los procesos por los que habían incorporado o no los imperativos de género. Se situaron ante la contradicción de que, a pesar de ser mujeres independientes económicamente y con una alta cualificación, habían adoptado como buenos aquellos valores que priorizaban en los diferentes ámbitos de su vida la importancia de lo afectivo.

A lo largo de cada sesión se dio un pequeño proceso donde aparecieron diferenciados tres momentos. El primero, que incluyó los miedos para pensar en la relación ser mujer-ser profesional; el segundo, donde se perfiló la idea de conflicto; y el tercero, donde apareció el deseo de realización de otros proyectos.

En el primero destacaron como defensas, ante la pregunta de nuestra investigación, la negación, la racionalización y la sublimación. En el segundo aparece un conflicto implícito entre dos deseos: ser mujer-madre o ser mujer-trabajadora. Y en el tercero se intuye el deseo de un “proyecto”: tener espacios para seguir pensando estos temas con otras mujeres.

En este artículo nos vamos a centrar en aquellos aspectos del discurso construido en el proceso grupal que muestran la incorporación de los valores de género a la

práctica profesional de las médicas, en la presencia de conflictos, contradicciones y sentimientos ambivalentes, sin entrar en detalle en el análisis de los contenidos implícitos, que nos remitirían más a las resistencias que aparecen y a los porqués de las conductas.

3. Contenidos manifiestos del discurso grupal

Hemos identificado una serie de categorías que están presentes en los tres grupos, que coinciden con algunos de los aspectos que la bibliografía de base cuantitativa comentada señala como característicos de la actividad profesional de las médicas, y que nos permiten analizar y profundizar en aspectos relevantes de la práctica clínica de las médicas jóvenes, de su subjetividad, y de las formas en que incorporan o rechazan los roles y estereotipos de género en su actividad laboral.

Los categorías establecidas son la comunicación y la relación con las y los pacientes, la maternización del rol profesional, la actitud frente a la negociación y la toma de decisiones, la vivencia respecto a la autoridad, el poder y la ambición, y la interacción entre vida familiar y profesional.

3.1. La duración de la consulta y la comunicación con los pacientes

Las médicas de los tres grupos estudiados son conscientes de que mantienen consultas más largas con sus pacientes que sus compañeros varones y manifiestan que ese *plus* de tiempo se debe a que incluyen en la entrevista más aspectos de la vida de sus pacientes. Esta conducta clínica es común a la de muchas otras médicas de diferentes especialidades y contextos sanitarios e, incluso, diferentes épocas (Langwell, 1982; Williams et al., 1990; Fenton et al., 1987; Bensing et al., 1993; Cabré & Ortiz, 2001).

En la medicina actual, la duración de la visita médica se asocia de forma positiva a la calidad percibida del proceso de comunicación tanto por pacientes como por profesionales. Sin embargo, la organización del sistema sanitario presiona a sus profesionales con criterios de rapidez y productividad que entran en contradicción con lo anterior. El reconocimiento por parte de las médicas de que sus consultas son más largas no contribuye a que se sientan profesionalmente más competentes e incluso les ocasiona sentimientos negativos sobre ellas mismas o sobre su práctica. A pesar de todo, se muestran satisfechas de la comunicación que establecen con sus pacientes.

“Yo tardo siempre más en ver los mismos niños que mis compañeros” (GPE)

“O soy más tonta o soy más lenta, porque tengo igual número de pacientes” (GPS)

“Mi experiencia es peor en general respecto a mis compañeros los hombres..., yo tardo muchísimo más tiempo en mi consulta” (GMF)

“Nosotras tardamos más en la consulta, pues porque le damos más opción a la gente de hablarnos de sus problemas” (GMF)

“...Tardas más en la consulta porque abor das más cosas. Abor das lo clínico y lo no clínico” (GMF)

“Yo creo que si tú vas por varias consultas, vale que abor demos más cosas, pero tam bién valem os mucho más (barullo), yo creo que es que, por regla general cuidamos mucho más, intentamos..., siempre que hacemos algo lo superjustificamos, y yo para mí, los compañeros que yo conozco son mucho más tajantes,... está el carácter como ha dicho A. y va en otras cosas, pero por regla general yo creo que las mujeres, y a veces desde mi punto de vista negativamente, nos enrollamos excesivamente, pienso yo” (GMF)

Las médicas de nuestro estudio creen que la atención psicosocial, que se centra en las vivencias del paciente más que en las manifestaciones relacionadas exclusiva mente con la enfermedad, es algo “instintivo”, propio de mujeres, y no tienen claro, o no asumen, que esos componentes de la atención constituyan un método de trabajo y que tengan, por tanto, un carácter técnico. Esta confusión muestra la ambivalencia que existe en los grupos estudiados entre “valer más” como profesionales y “cuidar más” como mujeres; muestra también la estricta separación y la diferente consideración que han tenido en la medicina científica occidental los actos de curar y de cuidar.

“Instintivamente tenemos más cercanía con los pacientes. La Entrevista Clínica nos facilita lo que hacemos por intuición. Las normas nos resultan más fácil de aprender” (GMF)

“Soy médico por ser la mujer que soy y no al contrario” (GPE)

“Yo creo que estamos más capacitadas para escuchar” (GPE)

“Yo pienso que nos implicamos más con los problemas” (GMF)

“Somos más comprensivas”. “Escuchamos más” (GPS)

“Al ser mujer hablan más [los pacientes] de cosas pequeñas, cotidianas, si el psiquiatra es hombre van más a lo práctico. Si el paciente es mujer tiene más confianza” (GPS)

Saber que tienen un estilo de comunicación que se centra, más que en el caso de los médicos, en escuchar, incluir diversos aspectos de la enfermedad o comprender a los pacientes, les parece en sí mismo positivo y humanamente satisfactorio pero, sin embargo, no les sirve para aumentar su propia valoración como profesionales y muestran una inseguridad importante en su propia práctica profesional.

“A mí me preocupan más los temas familiares y eso es lo que..., vas más allá de la clínica, de los síntomas” (GPS)

“Hay cosas que tienen que ver con ser mujer, no tienen que ver con la técnica” (GPS)

“No sabemos cómo sistematizar lo que hacemos intuitivamente y, además, no se evalúa” (GMF)

“... te das cuenta que necesitas otros instrumentos que te hagan rentabilizar lo clínico y a eso las mujeres somos más porosas”. “Lo psicosocial está casi por desarrollar

de forma científica y no hemos desarrollado una metodología para abordar esos problemas” (GMF)

Tienden a pensar que lo que se considera “clínico” en el encuentro médico no incluye esos “otros instrumentos” que se refieren a la relación con cada paciente o a la preocupación por su entorno familiar. La ambivalencia se manifiesta en los grupos de forma reiterada y, a lo largo de la sesión, sus integrantes se debaten entre la actuación clínica (que asocian a técnica) y la psicosocial (que asocian a intuición y a ser mujer), para concluir que lo que cura a los pacientes es la técnica y no la relación. No alcanzan una postura de síntesis de ambos aspectos como componentes de una práctica médica comprehensiva.

Es importante aclarar que las y los especialistas de medicina de familia reciben formación durante su proceso de especialización sobre la entrevista clínica y estudian contenidos de la relación médico-paciente con una perspectiva integradora de los aspectos clínicos y psicosociales, lo cual hace que resulte más llamativa la confusión sobre el tema en ese grupo (GMF).

3.2. Estereotipos y preferencias de los pacientes respecto a las médicas

Los y las pacientes asignan a la práctica asistencial de los profesionales de la medicina características que incorporan los estereotipos de género que se asignan a varones y mujeres en la cultura occidental. Para los pacientes de ambos sexos, los médicos varones son mejores profesionales desde el punto de vista técnico (conocimiento e intervenciones) y las médicas son mejores en los aspectos relacionales: humanidad y empatía (Fennema et al., 1990; Delgado et al., 1999). Las médicas parecen estar de acuerdo en esas diferencias y las de nuestros grupos, en concreto, asignan los mismos estereotipos a su práctica profesional.

“La mujer es más humana”. “Una mujer es más ordenada también”. “Los hombres son más intervencionistas, a las mujeres nos gusta más lo psicosocial” (GMF)

“Lo que vivimos en la sociedad, el hombre es el válido, el que sabe es el hombre para una gran parte de la sociedad” (GPE)

Diversos estudios han mostrado que en Holanda, España y Estados Unidos, las y los pacientes tienen sus preferencias respecto al sexo del profesional de la medicina, preferencias que varían en función del sexo de los pacientes y en función, también, del motivo de su consulta (Cockburn & Bewley, 1996; Delgado et al., 1999; Kelly, 1980; Kerssens, Bensing & Andela, 1997). Las personas (mujeres u hombres) que acuden al sistema sanitario buscando asistencia por problemas psíquicos y sociales expresan su preferencia de ser atendidos por una médica, elección que es más significativa estadísticamente si las pacientes son mujeres. En medicina general, en ginecología y en psiquiatría las mujeres prefieren consultar con una médica y, en general, se ha comprobado que tanto mujeres como hombres prefieren un profesio-

nal de su mismo sexo para tratar problemas del área urogenital o aquellos que comprometen la intimidad física.

Las médicas con las que hemos trabajado perciben con claridad que las y los pacientes las prefieren.

“... tenían antes otra mujer de médico de cabecera y al haber cambiado... pues prefieren que el médico sea una mujer, parece que tienen más libertad en contarle las cosas, y algunos temas también de consulta del programa de la mujer [gineco-obstetricia], pues le resultan más fácil con una mujer que con un hombre” (GMF)

“Yo creo que, en general, a la población le gusta más tratar de su vida y de sus problemas con una mujer que con un hombre” (GMF)

“... nunca he tenido la sensación de que me consideren distinta por ser mujer que por ser hombre. En lo que se refiere a problemas de tipo urológico y tal, quizás al principio había más reticencia en los hombres”. “Pues yo creo que, en general, a la población le gusta más tratar de su vida y de sus problemas con una mujer” (GMF)

“En el caso de las mujeres sí noto que prefieren una psiquiatra” (GPS)

“A las madres les son más asequibles las pediatras mujeres” (GPE)

3.3. Maternización del rol profesional

Para las médicas con las que hemos trabajado, el hecho de ser mujeres está tan presente en su relación con los pacientes como el hecho de profesionales. Muchas de ellas, además, atribuyen cualidades comunicacionales no sólo al hecho de ser mujer, sino al hecho de ser madre; entienden que la maternidad imprime un carácter particular a su práctica profesional y confunden la empatía con los valores asociados a ser una buena madre (Bleichmar, 1991). A este proceso, que les impide separar lo que ellas son (o podrían ser) como madres y lo que son como profesionales, y que les impide discriminar entre la empatía ligada a la maternidad y la que está presente en el acto médico, le hemos llamado *maternizar* el rol de médicas.

“Desde que tengo hijos miro a los pacientes de otra manera” (GMF)

“El celo que tenemos en lo doméstico lo trasladamos al trabajo”. “Y te cuentan más cosas que a los hombres” (GPS)

“Somos mejores cuidadoras (las mujeres) y hemos llegado a creérnoslo, hay una ganancia secundaria” (GPS)

En el grupo de las pediatras, la maternización del rol profesional es aún más fuerte, posiblemente porque el tipo de pacientes que atienden afecta a la relación, pero probablemente también porque la pediatría es una de las especialidades que, en el proceso de incorporación y segregación de las mujeres en la profesión médica, siempre se ha considerado como un espacio esencialmente femenino y ha sido más permeable a la incorporación de estereotipos y valores sociales considerados propios de mujeres. El discurso de la (buena) pediatra en tanto que (buena) madre aparece de forma aún más manifiesta que en las otras especialistas y es más clara la dificultad

que tienen para discriminar entre ser mujer, ser madre y ser pediatra. Su práctica es “de madre a madre”, e incluso las componentes de este grupo dedican gran parte de la sesión a hablar de sus propios hijos.

Cuando en el transcurso de la reunión del grupo de pediatras la coordinadora pregunta si piensan que podría ser su dominio técnico lo que les ayudara en la comunicación con las madres de sus pacientes, su respuesta redundante en el mismo sentido:

“Las madres son las que suelen venir a la consulta, es de madre a madre, me meto en cosas que a lo mejor a ellos [pediatras hombres] no les interesa, son experiencias que coinciden por el hecho de ser mujer” (GPE)

“...les acoges más..., como en un sentido más maternal” (GPE)

“Yo creo que el instinto maternal..., yo que era madre, cuando ves a los niños eso influye en la consulta” (GPE)

“... pero nosotras creo que somos, en general, más sensibles ante las madres” (GPE)

“... hay una diferencia cuando tienes un hijo a cuando no lo tienes... yo lo creía que lo tenía todo sabido, y, no, no, te cambia, estás de otra manera, de otra manera” (GPE)

“Me ha ayudado mucho a criar a mi hijo el ser pediatra, y luego, el tener hijos me ha ayudado para todo, entender más a la gente que tiene hijos... tu experiencia personal la llevas a la consulta y por otra parte todos tus conocimientos los llevas a tu casa” (GPE)

El concepto de empatía fue acuñado en los años 20 de la mano de la psiquiatría psicodinámica que la definió como una técnica de diagnóstico y tratamiento, de carácter neutral y científico, basada en la comprensión emocional del paciente y en el interés objetivo del médico, y como un medio para acercarse a los pacientes. En los años 70, tras un proceso de re-adscripción de valores de género a la práctica médica, la empatía fue redefinida como una habilidad intuitiva, subjetiva, irracional y femenina y una gran parte de médicas norteamericanas de la época la convirtieron en una señal de identidad profesional (More & Milligan, 1994; More, 1999).

3.4. La negociación con los otros: compañeros y pacientes

Durante el encuentro clínico son variadas las decisiones que los profesionales deben tomar, pudiendo hacerlo de forma unilateral o bien a través de la negociación con sus pacientes. El paradigma que otorgaba al médico autoridad y poder está cuestionado actualmente por profesionales y usuarios, y existe información que indica que la participación activa de las y los pacientes en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas mejora algunos resultados importantes de la asistencia (Frosch & Kaplan, 1999; Guadagnoli & Ward, 1998). En diversos estudios se ha puesto de manifiesto que las médicas son menos directivas e impositivas que los varones y que dan a sus pacientes más participación y responsabilidad en las decisiones que les atañen (Beisecker et al., 1996; Bouchard & Renaud, 1997; Wertz, 1993; Kaplan et al.,

1995; Meeuwesen et al., 1991). Algo que, por otra parte, encuentra una larga tradición en la práctica sanadora de las mujeres en las sociedades patriarcales (Cabré & Ortiz, 2001).

Las médicas de nuestro estudio reconocen que mantienen una posición más dialogante que los hombres, tanto en la relación con sus propios compañeros como con los pacientes. En el trato profesional con sus compañeros varones, ellas expresan que buscan más que ellos alcanzar acuerdos y compartir los conocimientos y las decisiones. Se trata de una diferencia en la que se sienten cómodas y, en cierto modo, satisfechas.

“Las mujeres se plantearían escuchar más y dialogar, más que llevar la razón. El planteamiento es distinto” (GPS)

“Los hombres tienen más tendencia a pelearse por tonterías..., como una pelea de gallos..., las mujeres somos más conciliadoras” (GPS)

“No, que los hombres son menos comunicativos, que a lo mejor ellos se lo guisan y se lo comen, y si no saben algo, pues tampoco lo participan con los demás, o si es algo nuevo..., pues ellos como que eso no lo comentan” (GMF)

“Yo creo que la mujer tiene más facilidad para expresar las dudas y le gustan más opiniones” (GMF)

“... cada problema no tiene una sola solución, tiene varias soluciones..., dentro de eso a mí me parece mucho más enriquecedor compartir y dialogar” (GMF)

En la relación con sus pacientes parece que tampoco pretenden ser directivas, o tomar las decisiones sin contar con su opinión, aunque a veces lo hagan.

“... pretendemos menos dirigir la entrevista” (GPS)

“Cuando estoy segura de las cosas, me impongo, pero cuando veo que hay otras alternativas me cuesta más” (GPS)

3.5. La autoridad de las médicas

El concepto de autoridad, en su redefinición feminista, aporta claves muy interesantes para analizar tanto la relación profesional-paciente como las experiencias, trayectorias y relaciones vitales y profesionales de las mujeres. La autoridad se recibe siempre de alguien e implica el reconocimiento de la disparidad y la diferencia. El poder sin embargo, se ejerce, se detenta, implica dominio y genera relaciones coercitivas (Birulés et al., 1997; Cabré & Salmón, 1999). En la profesión médica, como en las sociedades patriarcales, autoridad y poder han estado históricamente unidas y han tenido, y tienen, un significado estrictamente masculino (Cabré & Ortiz, 2001; Ortiz, 2001; Sartori, 1998).

Reconocer autoridad a un varón en cualquier esfera de la vida es algo habitual que no produce sorpresa. Sin embargo, la concesión de autoridad a una mujer es un acto que no está previsto socialmente, produce desconfianza o duda y, en todo caso, la mujer objeto de reconocimiento es considerada como un caso individual y excep-

cional, de tal forma que la suma de individualidades no llega a convertirse en fuente de valoración para las mujeres en general (Susi, 1998).

Las médicas de nuestro estudio sienten que en su entorno profesional las mujeres no reciben suficiente autoridad. Por un lado, creen que ciertas cualidades, como la rapidez o la fortaleza física, consideradas socialmente masculinas, y de las que ellas supuestamente carecen, son necesarias en algunas ocasiones para recibir autoridad de los pacientes. Y, por otro, perciben que los valores que se atribuyen a las mujeres en el sistema de género no están cargados, simbólicamente, de autoridad.

“Si llega un borracho a las 3 de la mañana, me alegro que el celador sea hombre. Muchas veces las mujeres también nos echamos atrás en cosas, nos aprovechamos”. “A mí me molesta eso”. “A mí no” (GMF)

“Yo, media hora sudando con un psicópata sin resolverlo, y llega R. (médico) y da una patada y todos fuera” (GMF)

“... es que somos muy exigentes con nosotras mismas, supongo que tiene que ver con nuestra autoestima... el modelo que impera todavía hoy es un modelo muy masculino que tiene que ver con la rapidez, con la eficacia de las cosas... Los instrumentos que usan más las mujeres no sirven de criterio para hablar de un buen médico de familia” (GMF)

Entre las médicas de nuestros grupos aparece como una contradicción ser mujer y ser autoridad. Esto es debido a la falta de representación simbólica de la autoridad femenina, una ausencia que las mujeres en general y las médicas en particular identifican como un problema del que son responsables pues, a diferencia de los hombres, no saben “valorarse”, “venderse”, “anunciarse”. No están “investidas”. Este sentimiento produce en ellas temor e inseguridad, tanto delante de sus compañeros, como en la relación con los pacientes.

“La autoridad que tú transmitas es importante y eso, a lo mejor por ser mujer, no lo llevas a priori, pero por tu manera de ser y tu experiencia te revistes de autoridad” (GPE)

“Sí, sí, y nosotras mismas, yo creo que la mujer... a veces nos valoramos menos, nos da mucho más miedo hacer el ridículo” (GPE)

“Ellos [los hombres] siempre están más investidos de lo que son profesionalmente” (GPS)

“Yo he visto a muchos más hombres con una radiografía, y esto es esto, esto y esto, y a muchísimas mujeres que sabiendo eso, o a lo mejor un poquito más, hasta que no estamos absolutamente seguras de lo que vamos a decir no lo decimos. Nos vendemos peor, me parece”. “Los hombres se venden mucho mejor que nosotras... Y luego cuando los vas conociendo te das cuenta que los conocimientos de ellas pueden ser tan valiosos o más que los de ellos, sólo que no lo anunciamos tanto” (GMF)

“Es posible que se comporten de forma distinta [los pacientes], es posible que te cueste más trabajo poner límites o no sé” (GPS)

“... [los pacientes] te ven joven, joven es igual que inexperto, si además eres mujer” (GMF)

“Había, era un enfermero, con lo cual él era el doctor y yo era la niña, hasta que pasó pues casi, que pasó todo el pueblo por allí y ya se aprendió que yo no era la niña, ¿no? Y el era Don Enrique y yo era, pues, una chica, y vaya, que eso duró poco” (GMF)

En general, las mujeres que desempeñan un rol socialmente reconocido sienten que, para demostrar su valía, el medio ambiente laboral y/o social les exige un desempeño profesional óptimo en mucha mayor medida que a sus compañeros varones, y es un hecho conocido que alcanzar el reconocimiento social supone un esfuerzo y un trabajo personal más importante para las mujeres. Las médicas participan de este sentimiento según ha puesto de manifiesto un trabajo reciente realizado con médicas y médicos andaluces de atención primaria (Delgado et al., 1999).

Esto puede explicar por qué las médicas de nuestro estudio hablan de autoexigencia para sentirse buenas profesionales, una exigencia que se debe, al menos en parte, a lo que tienen que “aprender” y “demostrar” de cara a los otros, a los esfuerzos que tienen que hacer para alejarse del estereotipo que los compañeros tienen de las médicas como “marujas”, más que como iguales.

“... pero cómo mujer, además, yo creo que somos muy exigentes con nosotras mismas, muchísimo más que ellos, ¿no?... entonces, probablemente seamos mejores médicos que muchos de nuestros compañeros pero por supuesto lo tenemos que demostrar, mientras que la inmensa mayoría de ellos no tienen que demostrarlo tanto” (GMF)

“... yo en el pueblo era la niña y tienes que demostrar que controlas la diabetes... y ya no eres la niña” (GMF)

“[hablando del tiempo de estudio] ... me convierto en una maruja, y a mí eso me da horror, por eso no puedo dejar de estudiar, te lo comentaba el otro día, yo es que necesito estudiar por las tardes, necesito sentirme segura... Es el ejemplo de nuestros compañeros varones para satirizar a la mujer como profesional” (GMF)

Desde una perspectiva feminista, lo más sorprendente e interesante es que las médicas de nuestros grupos y, en general, las médicas españolas en ejercicio, no utilicen formas para autorizarse entre sí y cuestionar la norma masculina, sobre todo si tenemos en cuenta, como señala Sartori (1998), que la dificultad que una mujer encuentra para ejercer autoridad en nombre propio y para reconocer autoridad a otra mujer, es un obstáculo para la libertad más importante que la opresión de las mujeres. Sin embargo esto no ha sido siempre así y, en otros momentos del siglo, las médicas españolas desarrollaron estrategias propias de sociabilidad y autorización profesional (Ortiz, 1988; Ortiz, Távora, Delgado & Sánchez, 2001).

3.6. El poder y la ambición en las médicas

Según Amelia Valcárcel, el poder sólo existe cuando se ejecuta una acción real exitosa, no existe el poder por el poder, sin finalidad. Nadie quiere “el poder”, lo que una persona quiere es “hacer unas cosas u otras, tener influencia en ciertos círculos,

tomar decisiones mejores para él, los suyos o el resto de la humanidad” (Valcárcel, 1994: 116).

Las médicas con las que hemos trabajado juzgan el poder negativamente y tienen una percepción muy limitada de su significado; en el discurso grupal el poder aparece devaluado y se refieren a los puestos de responsabilidad y poder profesional como espacios sin otro fin que el de la promoción de las personas que los ocupan, espacios “para figurar”. Hablan de un poder no deseable por ellas como mujeres, aunque también en este tema, como en otros, manifiestan un sentimiento ambivalente y cuando expresan la posibilidad, o el deseo, de detentar algún poder en su actividad profesional lo consideran algo atrevido y fuera de la norma (“una barbaridad”), algo contrario a la construcción de una identidad femenina u opuesto a su concepto de feminidad (Bleichmar, 1991).

“En figurar hay menos mujeres que hombres”. “Morralla hay muchos más hombres que mujeres” (GPE)

“Creo que eso [el poder] tiene más que ver con insatisfacciones generales”. “De hecho las pocas mujeres que se encuentran en puestos altos directivos tienen una vida personal caótica” (GPS)

“Yo a lo mejor digo una barbaridad, pero hay momentos que me gustaría tener mucho poder” (GPS)

Al introducir la coordinadora un concepto de poder más directamente relacionado con su propio trabajo y preguntarles si creen que su profesión les puede dar poder o prestigio, aparece una confusión entre el poder en abstracto y el poder para un fin.

“El poder que buscan los hombres es distinto del que buscan las mujeres, lo tenemos en distinto sitio, el poder al que te refieres lo buscan más los hombres” (GPE)

“Hay otra ambición de lo masculino que es el poder” (GPS)

La ambición, entendida como estímulo al desarrollo de las propias trayectorias profesionales, está presente en el discurso grupal de las médicas y siempre la ligan, sin mencionarlo, a la existencia de un “techo de cristal”. Mabel Burín (1996) define el “techo de cristal” como una superficie superior invisible en la carrera profesional de las mujeres que opera simultáneamente como una realidad cultural opresiva y como una realidad psíquica paralizante. La realidad exterior consiste en un conjunto de prácticas y maniobras, basadas en redes formales e informales, que dan lugar a que las mujeres sean excluidas por los sistemas de cooptación (Valcárcel, 1997).

“Yo creo que ambición tenemos, pero la estamos decapitando. La ambición es un espacio prohibido para las mujeres” (GPS)

“Es porque [a] la mujer no nos interesa [el poder], no es por nuestra capacidad”. “También nos excluyen”. “A las mujeres nos dan poder cuando ellos no lo quieren” (GPE)

“... es decir, que no estés bajo las órdenes del jefe, eso sí es importante..., y no es que haya buscado ningún poder, si hubiere ido buscando un poder diferente pues estaría en otro sitio ¿no?”. “A lo mejor no me interesa ser jefe de departamento, [en] las cosas que yo veo asequibles sí me interesa decidir” (GPE)

Como señala Riska (Riska & Wegar, 1993), la menor participación de las médicas en puestos de poder en las organizaciones así como en la investigación y la producción científicas, no se puede explicar sólo con argumentos de autoselección o selección social durante la carrera profesional, sino que hay que reconocer que existen también barreras institucionales que restringen sus oportunidades y, entre ellas, las redes informales de poder existentes en las profesiones juegan un papel fundamental. Las médicas atribuyen a estas fuerzas externas, identificadas como masculinas, su exclusión de ciertos espacios de poder, a la vez que piensan, como ocurre con la mayoría de las mujeres, que ellas no tienen interés por el mismo.

3.7. Roles familiares versus roles profesionales

Los aspectos estructurales y organizativos en el medio laboral no son los únicos que pesan en la definición de las trayectorias profesionales y, de hecho, la interacción de la vida privada, familiar y/o doméstica con la vida profesional es una de las claves para la promoción laboral y personal de las mujeres. Las campañas recientes de los organismos estatales y autonómicos de igualdad están tratando de educar a la población sobre la discriminación que supone para las mujeres el desigual reparto de las tareas domésticas, insistiendo en la idea de la conciliación o compatibilización de la vida laboral y familiar y estudiando los usos del tiempo y su diferente repercusión en la vida de hombres y mujeres (Álvaro Page, 1996).

En el caso de las médicas de nuestro estudio el planteamiento de las interacciones entre la vida familiar y la vida laboral genera un sentimiento de conflicto entre su papel como profesionales y su papel como mujeres, sobre todo su rol de madres. Un conflicto que es asumido en el grupo tanto por las que son madres como las que no lo son.

Las integrantes de los grupos de pediatras y psiquiatras empezaron la sesión haciendo referencia a sus roles como mujeres, a pesar de que las habíamos convocado, expresamente, para colaborar en un proyecto de investigación cuyo objetivo principal era “conocer su experiencia y sus opiniones como médicas”.

“Una parte de la investigación ¿es... para favorecer que la baja maternal sea más larga?” (GPS)

“... a mí se me ocurre empezar, pues cuando tuve que establecer qué era prioritario en mi vida, el conflicto surgió cuando tuve a mi primera hija..., para mí era muy importante no perder el tren, me ha marcado mucho en mi vida mi profesión, en mi relación familiar”(GPE)

Manifiestan la existencia de un conflicto que ellas centran en el reparto de su tiempo y en la dedicación a cada parcela de su vida. Hablan de su vivencia de lo familiar y lo laboral como si se tratara de contrarios, de aspectos opuestos e incompatibles; no establecen una relación dialéctica entre ambas áreas y creen que la atención a lo primero supone el abandono de lo segundo y viceversa. Su papel en el cuidado de los hijos les impide estar satisfechas de su trayectoria profesional; sienten que los hijos son su responsabilidad (“lo más importante”), que sus maridos y compañeros simplemente las ayudan en esa tarea y que la crianza produce necesariamente en las mujeres un deterioro o una parada en su trabajo.

“... volverme a subir en el tren todavía no me he subido [después de los hijos]..., porque yo me dedico por las tardes a mis hijos porque me parece lo más importante ahora mismo. El tema del trabajo lo llevo sin brillantes. Lo mal que me siento en el trabajo lo compenso con los niños” (GMF)

“...si tuviera hijos le tendría que dar un parón voluntario o involuntario [a la vida profesional]”. “Esa es la eterna lucha de que si el hombre está más centrado en su trabajo y la mujer en el hogar” (GPE)

“Cómo compaginar y mantener el equilibrio, cómo tienes que renunciar, es un poco difícil, difícil llevarlo todo adelante, noto una diferencia en relación con el hombre, en general creo que no se le plantea esa decisión de tener que establecer qué es más importante para él, se dedica a trabajar y sabe que detrás hay otra persona, aunque también sea otra profesional, para cuidar a su familia, creo que todavía estamos en desventaja ...” (GPE)

“... [asistir a los congresos] lo he ido dejando, lo he asumido que no puedo y ya está, que no echo ya en falta eso. Estoy en una época en que lo primero es mi familia y lo segundo mi trabajo” (GPS)

“yo no puedo estudiar, tengo 3 niños, tengo una sesión clínica, y tú ves que hay una diferencia con los compañeros...”. “Yo tengo una niñera casi todos los días para poder estudiar dos horas por la tarde... No sé nunca, no sé si me estoy equivocando, si lo estoy haciendo bien, y esas dudas están ahí siempre... Pero siempre dejas de hacer algo en alguno de los dos aspectos” (GMF)

“... haces un orden de valoración, pues por edad y por intereses ¿no?, más escrupuloso, que siempre hay cosas que tienes que dejar en la cuneta...” (GPE)

Como consecuencia de las dificultades que sienten para armonizar sus distintas necesidades en el reparto del tiempo, los aspectos más abandonados son aquellos de su parcela profesional que, aparentemente, es más fácil relegar, como la dedicación al estudio, a la investigación, la asistencia a congresos, etc. Esta situación la viven y la expresan de forma dicotómica, como “todo o nada”, y les hace sentir cierto malestar con los demás y con ellas mismas. Parece como si no tuvieran control alguno sobre su tiempo y la organización del mismo.

Si en el apartado anterior hablábamos del componente externo del “techo de cristal” y lo situábamos en el ámbito laboral, vemos que también en el ámbito doméstico existen elementos de esta barrera invisible.

“Prioritario han sido las oposiciones y yo no he tenido tiempo de preparármelas”. “Las oposiciones de él, yo creo que sí”. “Yo sé de mujeres que han hecho eso y han sido muy criticadas... son unas marimandonas... son menos, pero no son reconocidas por la sociedad” (GPE)

“Mi marido pide que los niños lo respeten, y a mí no me respetan para estudiar, desde que tengo mis hijos no he podido dedicar una tarde a mí” (GPE)

“Mi trabajo yo veo que no se valora... ahora que los dos acabamos la especialidad, ellos [los familiares] quieren que él encuentre trabajo, y que lo encuentre yo no les preocupa” (GPE)

Pero además, hay otros elementos que actúan internamente como, en expresión de Burín (1996), una realidad psíquica paralizante que les impide tomar decisiones orientadas a escalar peldaños en su carrera profesional (estudiar, investigar, etc.) y que les produce una considerable insatisfacción. Las médicas participantes están de acuerdo en que el entorno ejerce una presión para que las mujeres asuman los roles ligados a la familia y lo doméstico como prioritarios en su vida, pero no son conscientes de que también ellas han introyectado esa escala de valores, y ello les impide optar libremente cuando la disyuntiva surge en sus vidas; de esta forma se acomodan a las expectativas que los demás tienen sobre su elección y las convierten en las suyas propias. Parece como si el hecho de que los demás no consideren la importancia que puede tener su trabajo, contribuya a que ellas tampoco lo valoren.

“A mí me agobia no poder estudiar”. “Para mí, florituras es el estudio” (GMF)

“Yo no me he podido formar como otros compañeros, yo no he hecho un trabajo de investigación, no sé, he aprendido de la experiencia, pero sabría más si le hubiera dedicado más tiempo”. “Cuando los niños eran pequeños prefería estar con ellos que ir a un congreso o investigar”. “... he entendido que era un abandono que yo me fuera a un congreso” (GPE)

“Cuando tienes una pareja ya no eres tan libre como antes. Ahí la escala de valores la vas retomando [profesionalmente]”. “Sólo que la escala de valores de ellos es distinta”. “Porque una tiene que doblarse” (GPE)

En general, la mayor o menor prioridad que se otorga a la profesión aparece más relacionada con el hecho de ser madres que con el hecho de tener pareja, aunque todas parecen compartir la opinión de que una dedicación excesiva al trabajo y la centralidad de lo laboral no es, o no debe ser, una aspiración para las mujeres.

“Nosotras somos muchas mujeres sin familia, y para mí lo más importante es mi trabajo” (GPS)

“Las que tienen hijos, está claro que es lo primero... para mí lo primero es mi trabajo” (integrante del grupo que no tiene hijos) (GMF)

“Que no sea patológico [la dedicación al trabajo]”. “Sí se dedica demasiado, demasiado, sí [al trabajo]”. “Los hombres no resultan tan raros, no resultan tan raros [si hacen eso]” (GPE)

4. Reflexiones finales sobre un conflicto concreto: el conflicto de pertenencia

Desde el psicoanálisis se habla de conflicto cuando, en el sujeto, se oponen exigencias internas contrarias. Desde la psicología social, la idea de conflicto está relacionada con el miedo al cambio.

Como hemos planteado previamente, el poder que el sistema patriarcal otorga a las mujeres es el poder de los afectos y no el poder de lo instrumental. Probablemente por ello las médicas con las que hemos trabajado (jóvenes y dedicadas a tres especialidades marcadas como femeninas) valoran más, en sus discursos grupales, todo lo relacionado con lo afectivo que lo relativo a sus capacidades técnicas. Esto produce en ellas un conflicto, ya que por una parte, querrían ser integrantes de pleno derecho en el ámbito profesional, pero la valoración que hacen de su trabajo las lleva a ponerlo en segundo plano y a considerarlo menos constitutivo de su yo, y, por tanto, de su bienestar psíquico. Por el contrario, y especialmente las que tienen hijos, cuando hablan de su papel en el grupo familiar y de su función como madres, sienten que son imprescindibles y sienten que ese papel las constituye como sujetos aunque, al mismo tiempo, las empobrezca en lo profesional e impida un desarrollo personal más amplio. Las jóvenes médicas de nuestro estudio tienen necesidades que quieren cubrir con el trabajo para reforzar su identidad profesional, pero, a la vez, temen enfrentarse con un sistema de valores que las haría sentirse culpables por abandonar el mandato de cuidar a los otros.

Sienten que su lugar en el ámbito profesional es mucho más frágil que en el familiar. Cuando se trata en los grupos cómo se desenvuelven en el ámbito institucional, la emoción predominante que aparece es la inseguridad, más allá del hecho de que su estilo de práctica contribuya notablemente a mejorar el nivel de salud de sus pacientes.

Podemos pensar en la existencia de un conflicto de pertenencia entre las médicas de nuestro estudio, en el sentido de que todavía tienen que descubrir la importancia de lo profesional y lo familiar en la construcción de su identidad. Ellas viven de forma dilemática el ser mujer-ser médico y lo viven como si fuesen realidades y deseos contrapuestos y excluyentes entre sí.

Referencias bibliográficas

- Álvaro Page, M. (1996). *Los usos del tiempo como indicadores de la discriminación entre géneros*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Amorós, C. (dir.) (1995). *Diez palabras clave de mujer*. Estella: Verbo Divino.
- Barral, M.J., C. Magallón, C. Miqueo & M.D. Sánchez (eds.) (1999). *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria.
- Bauleo, A. (1987). *Notas de psiquiatría y psicología social*. Argentina: Atuel.

- Bauleo, A. (1989). *Contrainstitución y grupos*. Argentina: Atuel.
- Beisecker, A.E., R.A. Murden, W.P. Moore, D. Graham & L. Nelmig (1996). "Attitudes of medical students and primary care physicians regarding input of older and younger patient in medical decisions". *Med Care* 34, 126-37.
- Bensing, J.M. & J. Drnkens (1992). "Instrumental and affective aspects of physician behavior". *Med Care* 30, 283-97.
- Bensing, J.M., A. Brink-Muinen & D.H. Bakker (1993). "Gender differences in practice style: A dutch study of general practitioners". *Med Care* 31, 219-29.
- Birulés, F., C. Corral, M. Larrauri, M.M. Marçal & R. Rius (1997). "Fragmentos del discurso sobre la autoridad femenina". *Archipiélago. Cuadernos de Crítica de la Cultura* 30, 56-67.
- Bleger, J. (1985). *Temas de psicología (entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, E.D. (1991). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Bouchard, L. & M. Renaud (1997). "Female and male physicians' attitudes toward prenatal diagnosis: A pan-canadian survey". *Soc Sci Med* 44, 381-92.
- Burín, M. (1996). *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Argentina: Paidós.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Cabré i Pairet, M. & F. Salmón (1999). "Poder académico versus autoridad femenina: la Facultad de Medicina de París contra Jacoba Felicié (1322)". *Dynamis* 19, 55-78.
- Cabré i Pairet, M. & T. Ortiz Gómez (eds.) (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.
- Cobo Bedia, R. (2000). "Género y teoría social". *Revista Internacional de Sociología (RIS)* 3ª época (25), 5-20.
- Cockburn, J. & S. Bewley (1996). "Do patient prefer women doctors?". *Br J Obstet Gynaecol* 103, 2-3.
- Delgado, A. (1999). "El papel del género en la relación médico-paciente". *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 6, 509-16.
- Delgado, A., T. Martínez-Cañavate, V. García, J. Frías, T. Rueda & J. Morata (1999). "Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico". *Aten Prim* 23, 268-74.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books.
- Fennema, K., D.L. Meyer & N. Owen (1990). "Sex physician. Patients' preferences and stereotypes". *J Fam Pract* 30, 411-46.
- Fenton, W.S., C.B. Robinowitz & P.J. Leaf (1987). "Male and female psychiatrists and their patients". *Am J Psychiatry* 144, 358-61.
- Frosch, D. & R.M. Kaplan (1999). "Shared decision making in clinical medicine: Past research and future directions". *Am J Prev Med* 17, 285-94.

- Guadagnoli, E. & P. Ward (1998). "Patient participation in decision making". *Soc Sci Med* 47, 329-39.
- Hall, J.A. & D.L. Roter (1998). "Medical communication and gender: A summary of research". *J Gen Specif Med* 1, 39-42.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Kaplan, S.H., B. Gandek, S. Greenfield, W. Rogers & J.E. Ware (1995). "Patients and visits characteristics related to physicians' participatory decision-making style". *Med Care* 33, 1176-87.
- Keller, E.F. (1989). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Alfons el Magnánim.
- Kelly, J.M. (1980). "Sex preference in patient selection of a family physician". *J Fam Pract* 11, 427-30.
- Kerssens, J.J., J.M. Bensing & M.G. Andela (1997). "Patient preference for genders of health professionals". *Soc Sci Med* 44, 1531-40.
- Langwell, K.M. (1982). "Differences by sex in economics returns with physician specialization". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 6, 752-61.
- Little, P., H. Everitt, I. Williamson, G. Warner, M. Moore, C. Gould, K. Ferrier & S. Payne (2001). "Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations". *BMJ* 323, 908-11.
- LoCicero, A.K. (1993). "Explaining excessive rates of caesareans and other child-birth interventions: Contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development". *Soc Sci Med* 10, 1261-69.
- Meeuwesen, L., C. Schaap & C. Staak (1991). "Verbal analysis of doctor-patient communication". *Soc Sci Med* 32, 1143-50.
- Miles, A. (1991). *Women, health and medicine*. Philadelphia: Oxford University Press.
- Miller, J.B. (1987). *Hacia una nueva psicología de la mujer*. Barcelona: Paidós.
- More, E.S. (1999). *Restoring the balance. Women physicians and the profession of medicine, 1850-1995*. Cambridge-MA: Harvard University Press.
- More, E.S. & M. Milligan (1994). *The empathic practitioner. Empathy, gender and medicine*. New Brunswick-New Jersey: Rutgers University Press.
- Ortiz Gómez, T. (1985-86). "La mujer como profesional de la medicina en la España contemporánea: el caso de Andalucía (1898-1981)". *Dynamis* 5-6, 343-66.
- Ortiz Gómez, T. (1988). "La Asociación de Médicas Españolas (1928-1964) y su fundadora, doctora Elisa Soriano (1891-1964)". In M. Valera, M.A. Egea & M.D. Blázquez (eds.), *Libro de Actas. VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Murcia-Cartagena, 1986* (Vol. I). Murcia: Universidad de Murcia, 595-606.
- Ortiz Gómez, T. (2001). "El género, organizador de profesiones sanitarias". In C. Miqueo et al. (eds.), *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva, 39-61.

- Ortiz Gómez, T., A. Delgado Sánchez, D. Sánchez & A. Távora Rivero (1998-2000). *Trabajo, género y medicina. Actividad de las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX*. Proyecto financiado por el programa sectorial de Estudios de las Mujeres y de Género del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ortiz Gómez, T., A. Delgado Sánchez, D. Sánchez & A. Távora Rivero (2000). *Trabajo, género y medicina. Actividad de las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX*. Instituto de la Mujer/Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (memoria inédita).
- Ortiz Gómez, T., A. Távora Rivero, A. Delgado Sánchez & D. Sánchez (2001). "Ser mujer y ser médico en la España de los años sesenta". *Asparkia* 12, 126-36.
- Pichon Rivière, E. (1985). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Riska, E. & K. Weegar (eds.) (1993). *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour*. London: Sage Publications.
- Roter, D.L., J.A. Hall & Y. Aoki (2002). "Physician gender effects in medical communication. A meta-analytic review". *JAMA* 288, 756-64.
- Sartori, D. (1998). "La autoridad en cuestión". In HIPATÍA, *Autoridad científica, autoridad femenina*. Madrid: horas y HORAS, 59-85.
- Susi, E. (1998). "Las felices anomalías". In HIPATÍA, *Autoridad científica, autoridad femenina*. Madrid: horas y HORAS, 13-20.
- Ulstad, V.K. (1993). "How women are changing medicine". *J Am Med Wom Assoc* 48, 75-78.
- Valcárcel, A. (1994). *Sexo y filosofía. Sobre "mujer" y "poder"*. Barcelona: Anthropos.
- Valcárcel, A. (1997). *La política de las mujeres*. Madrid: Cátedra-Feminismos.
- Ware, J.E. & M.K. Snyder (1975). "Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services". *Med Care* 13, 669-82.
- Wertz, D.C. (1993). "Provider biases and choices: The role of gender". *Clinical Obstetrics and Gynecology* 36, 521-31.
- Williams, A.P., K. Dommink-Pierre, E. Vayda, H.M. Stevenson & M. Burke (1990). "Women in medicine: Practice patterns and attitudes". *Can Med Assoc J* 143, 194-201.
- Witz, A. (1994). *Professions and patriarchy*. London: Routledge.
- Yago Simón, T., J. Segura & E. Irazabal Martín (1997). *Infertilidad y reproducción asistida. Relatos de pareja entre el sufrimiento y la esperanza*. Madrid: Biblioteca Nueva.