
Espacios de sociabilidad femenina en la profesión médica en los siglos XIX y XX¹

TERESA ORTIZ GÓMEZ²

Hasta finales del siglo XIX las mujeres no formaron parte de la profesión médica y su interés y sus conocimientos sobre la salud y sobre el cuerpo se mantuvieron, en general, en espacios ajenos a la medicina. La mayoría de los médicos, formados en las universidades desde el siglo XIII, pertenecían a las elites sociales de los países de Europa y ejercían su poder como grupo no sólo con el dominio de su arte, sino también a través de la vigilancia y control de otros sanadores y de personas consideradas intrusas en los campos de la medicina y de la salud. Vigilando a las sanadoras y manteniendo a las mujeres en ciertas parcelas de actividad sanitaria (matronas, enfermeras, curanderas, filántropas, religiosas), construyeron para la medicina y los médicos una identidad sexuada en masculino que fue una clave de persuasión social para consolidar la práctica médica en Europa como actividad profesional³. La construc-

¹ Este trabajo ha sido realizado dentro del proyecto de investigación *Trabajo, género y medicina. Actividad profesional de las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX*, del Programa Sectorial de Estudios de las Mujeres y de Género (Ref: RS/EL exp: 51/97).

² Teresa Ortiz Gómez es profesora titular de Historia de la Ciencia, Universidad de Granada

³ Sobre profesionalización de las ocupaciones sanitarias, pueden verse Freidson, 1970, y Burrage, Torstendahl, 1990. Análisis no androcéntricos de las profesiones sanitarias son los de Riska, Wegar, 1993, y Witz, 1994. Sobre la historia de las mujeres y la salud véase Ortiz, Cabré, 1999.

ción de esa identidad masculina no se basó únicamente en la selección de los actores, es decir, en el hecho de que los médicos fueran exclusivamente hombres hasta finales del XIX, sino también en la incorporación a la profesión de valores considerados como masculinos o propios de varones⁴. Fue, además, muy importante la recodificación en masculino de prácticas que durante siglos habían tenido una simbología predominantemente femenina, como las relacionadas con el parto y el cuerpo de las mujeres⁵.

Pero en el último tercio del siglo XIX, muchas mujeres europeas y norteamericanas empezaron a acceder a las universidades y a la profesión médica. La tarea no fue fácil y los obstáculos, en forma de políticas discriminatorias de género, fueron la norma en todos los países⁶. Las médicas contestaron de manera colectiva y diversa a estas políticas, en un principio creando escuelas femeninas de medicina o clínicas para mujeres y, más adelante, desarrollando un movimiento asociativo exclusivo de médicas que empezó en Estados Unidos y enseguida se fue extendiendo por numerosos países. A través de estas formas segregadas de organización, asociación y práctica, se crearon espacios de libertad profesional y personal, unos efímeros y otros más consolidados y en algunos países fueron, y todavía son hoy, espacios de poder y de autoridad profesional. Además permitieron a las médicas mostrar y demos-

⁴ Pelling, 1995 y 1996; Nye, 1997. Sobre este tema véase también mi trabajo, Ortíz, 2001.

⁵ Un proceso que tiene su momento de no retorno en el siglo XVIII, cuando los cirujanos empiezan a desplazar a las matronas en la atención a los partos en toda Europa. Véase para el caso de España: Ortíz, Sánchez, 1993; Ortíz, Martínez Padilla, 1997. Para un ámbito más amplio véase Towler, Bramall, 1997, o Marland, 1993.

⁶ Sobre las dificultades para las mujeres dentro de la profesión médica, véase entre otros los trabajos de Álvarez Ricart, 1988, y Kaufman, 1976. Sobre las dificultades en las sociedades científicas, véase Magallón, 1998, pp. 114-131.

trar sus aptitudes, su saber técnico, sus ideas sobre la medicina y su aceptación por amplios sectores sociales.

La primera forma de organización segregada de las médicas se manifestó ya entre las pioneras de finales del siglo XIX con la creación de escuelas de medicina para mujeres y clínicas atendidas por tituladas. A través de ellas se facilitó la formación y/o el ejercicio profesional de muchas jóvenes europeas y norteamericanas que buscaban en el trabajo sanitario más cualificado formas de realización personal, de participación comunitaria y de transformación de la sociedad. Una de las pioneras norteamericanas de la medicina, la doctora Elizabeth Blackwell (1821-1910), fundó la primera escuela y clínica de este tipo, la *New York Infirmary for Women and Children*, establecida en Nueva York en 1857, y cinco años después se constituyó en Boston el *New England Hospital for Women and Children*, una iniciativa en la que el apoyo del movimiento de mujeres bostonianas fue definitivo. También las pioneras británicas siguieron esta estrategia y Elizabeth Garret (1836-1917) y Sofia Jex-Blake (1840-1912) inauguraron en 1878 la *London School of Medicine for Women*, donde las alumnas estudiaban teoría y práctica médicas enseñadas por un equipo de profesionales en el que en la gran mayoría eran médicas⁷. En Berlín, dos médicas que habían obtenido sus títulos en el extranjero, dado que las universidades alemanas no admitían en sus aulas a las mujeres, abrieron en 1877 una clínica orientada principalmente a la asistencia a mujeres de clase trabajadora⁸.

La colaboración entre médicas fue tomando cuerpo en sectores cada vez más amplios y se fueron tejiendo redes for-

⁷ Blake, 1990, pp. 37-40, 168-170 y 193-195. Esta misma autora ofrece un breve apéndice biográfico de las pioneras en las pp. 214-221.

⁸ Meyer, 1999. Las médicas eran Franciska Tiburtius (1843-1927) y Emilie Lehmus (1841-1932), tituladas en la universidad de Zurich, Suiza. Sobre la importancia de esta universidad para la formación de médicas en Centroeuropa, véase Bonner, 1992.

males a niveles locales, estatales e internacionales. También de finales de siglo son las primeras iniciativas de asociacionismo profesional de las médicas con ejercicio, como la *Medical Women's Federation* y la *Association of Registered Woman*, fundadas en Inglaterra en 1879 y 1893, respectivamente⁹. En Estados Unidos proliferaron a nivel local numerosas sociedades profesionales de médicas y era rara la ciudad de tamaño medio donde, en las dos últimas décadas del siglo, no hubiera al menos una sociedad médica general (masculina en la práctica) y otra exclusivamente de mujeres. Las prácticas femeninas separatistas no respondían únicamente a políticas de exclusión y, de hecho, tras los primeros impedimentos las mujeres consiguieron ser admitidas en la mayoría de sociedades médicas provinciales o estatales. Hay que tener en cuenta que el asociacionismo médico en EE.UU. estaba muy atomizado, con numerosas sociedades locales de todo tipo de médicos, dedicados a prácticas ortodoxas o heterodoxas, a la medicina general o a las diversas especialidades que se iban configurando. En este medio las médicas mostraron su voluntad de agruparse entre iguales e identificarse como diferentes, y lo hicieron muchas veces a partir de núcleos de fundadoras con lazos previos entre ellas y casi siempre con el beneplácito de las sociedades masculinas, que veían que, en el peor de los casos, el asociacionismo suponía también una forma de control social¹⁰.

En 1893 se empezó a publicar una revista profesional, el *Woman's Medical Journal*, que serviría de medio de expresión a todas las asociaciones locales de médicas, con el objeto de facilitar el contacto entre las profesionales y dar a conocer sus aportaciones y sus ideas¹¹.

⁹ Blake, 1990.

¹⁰ Marret, 1973; More, 1978; More, 1990; Morantz-Sánchez, 2000. Sobre las estrategias separatistas entre las científicas, véase Rossiter, 1982, pp. 297-399.

¹¹ More, 1978; Morantz-Sánchez, 2000.

Las estrategias separatistas superaron los marcos locales y se consolidaron en la segunda década del siglo XX, cuando el número de mujeres en la medicina aumentó y varios grupos de médicas norteamericanas crearon, casi al mismo tiempo, asociaciones de carácter nacional (*American Medical Women's Association* —AMWA—, 1915) e internacional (*Medical Women International Association* —MWIA— y *Medical Women's Hospital*, ambas fundadas en 1919). Sus fines estaban muy bien definidos: fomentar el compañerismo y la relación entre médicas; propiciar el intercambio científico y profesional, desarrollar actuaciones específicas de asistencia y educación sanitaria de mujeres y niños y conseguir igualdad de oportunidades para las médicas¹². Todas ellas respondían a un modelo de asociacionismo profesional, similar en lo organizativo a las sociedades científicas y profesionales, aunque diferente de ellas en objetivos e integrantes. De igual modo que las asociaciones profesionales generales (masculinas), las de las médicas aspiraban a reforzar el estatus del grupo en un momento en que éste no era suficientemente fuerte, a reducir conflictos dentro y fuera de la profesión y a movilizar recursos en pro de las asociadas¹³. También, como cualquier organización médica profesional, general o especializada, tenían unos objetivos de defensa de intereses y búsqueda de un espacio propio, un espacio que las asociaciones profesionales han definido históricamente en términos de monopolio, o de exclusividad para sus miembros, y que las médicas no llegaron a formular abiertamente como tal, aunque puede intuirse que lo intentaron a través de su explícito interés

¹² Marret, 1973; More, 1990. En 1920 la AMWA crea un *Committee on Medical Opportunities for Women*. Denuncia el estatus más bajo, el menor número de plazas para hacer internado, las pocas mujeres en las universidades y la escasa producción científica (More, 1990, p. 168 y ss).

¹³ Sobre el asociacionismo médico general (o masculino), véase Selander, 1990.

por la salud de las mujeres y los niños. En cualquier caso, el intento de acotar un campo de interés propio estuvo más presente entre las primeras asociaciones de médicas (finales del XIX y comienzos del XX) que entre las posteriores.

La primera asociación médica norteamericana de mujeres de ámbito estatal (AMWA, 1915) se fundó el mismo año en que las médicas empezaron a ser admitidas en la asociación médica hasta entonces masculina, la *American Medical Association* (AMA). Pero para entonces numerosas profesionales se habían comprometido con el objetivo de crear un modelo eficaz de profesionalismo femenino y aspiraban a definir y a explicar qué significaba ser mujer y ser médico, además de servir a las necesidades de salud de las mujeres, y siguieron adelante con su proyecto separatista. Pretendían integrar a las mujeres en ámbitos públicos sin cuestionar abiertamente el orden social que establecía esferas diferentes para hombres y mujeres incluso en lo profesional, restringiendo el campo de las médicas a la salud de las mujeres y las criaturas¹⁴.

La actividad de AMWA continúa en la actualidad y, lógicamente, su política ha ido cambiando con los tiempos. Si en los inicios el perfil asociativo respondía a un modelo de reformismo social victoriano, en la segunda mitad del siglo XX se adopta un modelo de feminismo igualitario que reivindica la participación en cualquier ámbito profesional¹⁵.

¹⁴ La información relativa a la AMWA procede de More, 1990. Un resumen del artículo citado se puede encontrar en <http://www.amwa-doc.org/about/history.htm>.

¹⁵ Es muy ilustrativa la publicidad de la asociación inserta en su revista *Journal of the American Medical Women Association*, que en España se puede consultar en el centro de Documentación del Instituto de la Mujer. Véase también su sitio en <http://www.amwa-doc.org/>

LAS ASOCIACIONES DE MÉDICAS EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XX, ANTES DE LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES PROFESIONALES FEMENINAS¹⁶

Las asociaciones generales de médicas norteamericanas creadas a comienzos de siglo tuvieron una gran influencia en el movimiento posterior, ya que, por una parte, fueron tomadas como referente y, por otra, ellas mismas estimularon el movimiento asociativo de médicas en otros países, fundando la MWIA ya citada y extendiendo un ideario que podemos decir que adquirió carácter universal (véase en cuadro 1).

En los años veinte se constituyeron numerosas asociaciones nacionales en todo el mundo, superando ampliamente el ámbito anglosajón¹⁷. En esta ola asociacionista se fundó la *Asociación de Médicas Españolas* (AME) tras la visita a España en 1927 de la presidenta de la MWIA, Kate Hurd-Mead. La AME tenía fuertes vínculos con el movimiento sufragista español, concretamente con la Asociación Nacional de Mujeres Españolas (ANME) y la Juventud Universitaria Femenina (JUF) a las que perteneció su fundadora, la oftalmóloga madrileña Elisa Soriano Fischer (1891-1964)¹⁸. Compartieron los mismos objetivos de las pioneras norteamericanas aunque sin hacer referencia a los aspectos reivindicativos para las médicas. Sus actividades principales fueron el mantenimiento de los contactos internacionales y la asistencia a dos congresos inter-

¹⁶ Este apartado es una síntesis de parte de mis publicaciones anteriores, Ortiz, 2001, y Ortiz *et al.*, 2001.

¹⁷ Algunas de estas asociaciones continúan existiendo en la actualidad ligadas o coordinadas en un movimiento internacional. Sobre las trayectorias de estas asociaciones nacionales hay pocos estudios, entre ellos el de Walker, 1997.

¹⁸ Ortiz Gómez, 1988; Cabré I Pairet, 2001.

Cuadro I
ASOCIACIONES DE MÉDICAS EN EUROPA Y AMÉRICA
 SIGLOS XIX-XX
 UNA RELACIÓN APROXIMADA

1879-1917:	<i>Association of Registered Woman in the United Kingdom.</i>
Década 1890:	En EE. UU. existían numerosas asociaciones de carácter local.
1893:	<i>Women's Medical Journal.</i>
1915:	<i>American Medical Women's Association</i> , EE. UU.
1917:	<i>Medical Women's Federation</i> , U.K.
1919:	<i>Medical Women International Association.</i>
1919:	<i>Medical Women's Hospital.</i>
Años 20:	Asociaciones nacionales de médicas en numerosos países de todo el mundo, impulsadas en muchos casos por la asociación internacional (MWIA).
España:	AME (1928-36) y AEMM (1965-78).
1929:	En Europa había al menos en 21 países, entre ellos: Italia, Francia, Alemania, Suecia, Noruega, España.
Otros países:	Suráfrica (1920-1939) (1952), Israel, India, Australia.
1938:	<i>Agrupación Médica Femenina</i> (Chile) (1938-?).
1946:	<i>Alianza Panamericana de Mujeres Médicos</i> (PANWA).

nacionales, uno en París y otro en Bolonia. La asociación dejó de existir tras la guerra civil española, aunque su fundadora nunca perdió la esperanza de relanzarla; antes de su muerte tuvo ocasión de conocer a algunas de las com-

pañeras que, con igual propósito, comenzaron a organizarse a comienzos de los años sesenta.

En 1961, a partir de los contactos internacionales de la pediatra valenciana Lola Vilar, se inició un proceso asociativo que dio lugar a la creación de la *Asociación Española de Mujeres Médicos* (AEMM) en 1965. Hasta su disolución en 1978, llegó a tener unas 160 socias residentes en 28 provincias españolas aunque la mayoría se concentraban, no por azar, en Valencia, Madrid y Barcelona, que eran las provincias con mayor número de médicas; en ellas residían más de la mitad del total de colegiadas en el país y sus índices de feminización de la profesión se situaban entre los más altos a finales de los años sesenta¹⁹.

En los años sesenta se empezaron a registrar una serie de cambios que tuvieron gran importancia en la historia de las mujeres y de la salud en España. Por una parte, el número de médicas comenzó un crecimiento que no se ha interrumpido hasta la fecha y los quinquenios 1960-65 y 1970-75 fueron los de incremento proporcional más alto en todo el siglo xx²⁰. Medicina no era una excepción a la tendencia general de incorporación de las mujeres españolas a actividades profesionales cualificadas, algo que dio lugar a la adopción de reformas jurídicas que regularan el trabajo de las mujeres²¹. En el terreno sanitario y profesional estaba teniendo lugar la expansión del Seguro Obligatorio de Enfermedad y el desarrollo de

¹⁹ En 1970 había en España 2.014 médicas (4,4% del total de médicos). En Madrid había 574 (7,2% del total de médicos en la provincia), 277 (4,4%) en Barcelona y 216 (7,4%) en Valencia. Datos de INE *Anuario Estadístico de España Año 1970*. Madrid, Presidencia de Gobierno, según elaboración de Ortiz, Delgado, Sánchez, Távora, 2000.

²⁰ El aumento en 1960-65 fue de un 99% sobre el quinquenio anterior. Véase Ortiz, Delgado, Sánchez, Távora, 2000, p. 22 y ss.

²¹ Ley 56/1961 de 22 de julio sobre «Los derechos políticos, profesionales y de trabajo de la mujer».

una infraestructura hospitalaria que llevó consigo la creación de numerosos puestos de trabajo en el sector público y el inicio de importantes transformaciones de la práctica médica, entre ellas un proceso masivo de asalariación y la crisis del modelo secular de profesionalismo liberal.

Durante toda su existencia, de 1965 a 1978, la AEMM mantuvo estrecha relación con la *Medical Women's International Association (MWIA)*, a la que pertenecían médicas y asociaciones de 50 países. De hecho, el origen de su creación fue la asistencia de la Dra. Lola Vilar a uno de los congresos internacionales y el interés que despertaron en ella los intereses científicos y sociales de las médicas de todo el mundo allí reunidas, y su forma de relacionarse entre sí. A partir de su constitución, las componentes de la junta directiva y otras socias asistieron a congresos celebrados en diferentes ciudades del mundo y, a su vez, la asociación recibió la visita de la presidenta de la MWIA y de otras dirigentes en numerosas ocasiones. Esta presencia sirvió como estímulo y como apoyo al trabajo organizativo de AEMM.

Además del respaldo internacional, en España contaron con el apoyo de las principales autoridades sanitarias y de la organización médica colegial. Especialmente el Colegio de Médicos de Valencia, que desde el comienzo les facilitó locales para su sede e infraestructura diversa.

A través de sus reuniones, congresos y publicaciones en la revista de la asociación (*Actividades de la Asociación Española de Mujeres Médicos*), las socias de la AEMM trataron de construir una identidad profesional que diera significado a su trabajo, poniéndolo en íntima conexión con las demás facetas de su vida, buscando un equilibrio entre su práctica profesional y su papel social como mujeres de su época, sin renunciar a estilos, valores y formas de relación que ellas identificaban y reconocían como propios y que apenas cues-

tionaban²². Además, intentaron acotar, o se ciñeron, a un campo particular (y se sobrentiende que *propio*) de interés relacionado con la salud de las mujeres y de los niños y especialmente con aspectos sociales de los mismos.

En los dos *Congresos Nacionales de Mujeres Médicas* que organizaron en 1971 y 1975, los temas de trabajo propuestos muestran su interés por temas directamente ligados a la vida de las mujeres. En el primero, celebrado en Madrid en mayo de 1971, las ponencias y comunicaciones trataron sobre anticonceptivos, planificación familiar, regulación de natalidad, salud laboral de la mujer, guarderías y desarrollo psíquico infantil. Un programa que, en sus enunciados, recogía los grandes asuntos de debate del feminismo liberal, aunque el tratamiento de los mismos se adaptara a las peculiaridades sociales de la España tardofranquista²³. En el segundo congreso, que no llegó a celebrarse, los temas anunciados eran: El amor y la familia, edades del amor, amor y sexualidad y la familia en el momento actual²⁴. Aquí las propuestas parecen responder a un ideario algo distinto y de carácter menos médico; aunque están igualmente relacionadas con la vida de las mujeres, éstas han perdido su centralidad en tanto que objeto de estudio en favor de la familia, la sexualidad y las relaciones de pareja.

Desde las páginas de su revista identificaron los valores socialmente considerados femeninos en los años sesenta

²² Esta búsqueda parece que ha sido una constante secular entre las médicas de numerosos países. Véase para EE. UU. More, 1999. Bordenas 1999, pp. 483-491, señala la contradicción que encuentran las mujeres trabajadoras en las diferentes lógicas del trabajo productivo y reproductivo. Utiliza la categoría de *ambigüedad* para dar cuenta de las formas de aceptación y resistencia femeninas a la dicotomía de la doble presencia y la elaboración de identidades alternativas.

²³ [I Congreso Nacional de la Asociación Española de Mujeres Médicos. Madrid, 26-29 mayo 1971 [Programa] [1971] #366.]

²⁴ [II Congreso Nacional de la Asociación Española de Mujeres Médicos. Valencia, junio de 1975 [Pre-programa] [1975] #378.]

con valores humanitarios y universales de la profesión; una defensa que, de algún modo, implicaba una crítica a otras formas más técnicas, menos personalizadas y probablemente también más burocratizadas de ejercer la profesión, como lo eran las que se estaban generalizando en España a través del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

La doctora Lola Vilar comenta la sensación que le produjo el primer congreso de la MWIA al que asistió en 1960, en un texto que ella leyó en el congreso de médicas españolas de 1971 y que debió repetir en muchas de sus conferencias sobre el tema:

Me impresionó la calidad del Congreso, el afecto con que nos recibieron y la forma especialmente humana con que se desarrolló el tema «Los problemas de la mujer de edad»: eran tratados con tal comprensión, sensibilidad y detalle, que delataban «un hacer femenino» de la Medicina²⁵.

Este reconocimiento de las cualidades femeninas más tópicas es habitual y unánime en muchos de los textos publicados en la revista *Actividades de la AEMM* y supone la revalorización de las mismas en términos inéditos, pues estas profesionales las usaron para defender el trabajo de las mujeres fuera de su casa, y concretamente la práctica médica, como una forma de contribuir a la mejora de la medicina y de la sociedad²⁶.

EL ASOCIACIONISMO MÉDICO FEMENINO A FINALES DEL SIGLO XX

La desaparición de la *Asociación Española de Mujeres Médicas* a mediados de los setenta dejó a las médicas espa-

²⁵ Lola Vilar, c. 1971, f. 1. [Texto a propósito de su asistencia al congreso de la MWIA celebrado en Baden-Baden en 1960.]

²⁶ Sobre este tema véase Ortiz *et al.*, 2001.

ñolas sin una opción organizativa propia y rompió con una práctica que estaba y sigue estando muy arraigada entre las médicas de muchos países del mundo.

De hecho el movimiento internacional de médicas ha continuado activo hasta la fecha y ha adquirido nuevas fórmulas asociativas. Quizá lo más característico haya sido la aparición de sociedades de médicas especialistas, un proceso directamente relacionado con el enorme desarrollo de la especialización en medicina y con la progresiva presencia de mujeres en todas las especialidades.

Con algunas excepciones de los años veinte y sesenta (véase Cuadro 2), el grueso de las sociedades de médicas especialistas se configura a partir de los ochenta en EE. UU. Se trata de asociaciones de mujeres que se dedican a especialidades quirúrgicas o médico-quirúrgicas, en las que hay un fuerte dominio masculino. Están estrechamente vinculadas a la *American Medical Women Association* que ha sido la impulsora de muchas de ellas. A su nacimiento también

Cuadro 2
ASOCIACIONES DE MÉDICAS ESPECIALISTAS EN EE. UU.
SIGLO XX

1920:	Association for Women in Public Health.
1960:	Women in Endocrinology.
	<i>Desde 1980 en adelante</i>
1981:	Association of Women Surgeons.
1983:	Ruth Jakson Orthopedic Society.
1986:	Women in Cardiothoracic Surgery.
	Women in Ophtalmology.
	Women in Urology.
	Workshop for Women in Anesthesiology.

han contribuido las directivas de las propias sociedades de especialidades (gobernadas por médicos varones), en las cuales se reproducen relaciones de género que discriminan a las mujeres y las segregan en lugares de escasa visibilidad y nula representación dentro de la misma. Esas mismas políticas han forzado la estrategia asociativa separatista que persigue, en este caso, luchar contra la segregación y la discriminación dentro de la especialidad²⁷.

En las sociedades de médicas especialistas se repite algo que es una constante en el recorrido histórico que hemos ido trazando. Cuando las mujeres alcanzan un número significativo en la profesión y comienzan a desarrollar/demonstrar interés y ganas por participar en cuestiones organizativas, cuando en un número importante comienzan a plantearse el sentido de su profesión y manifiestan interés por incidir y transformar tanto sus condiciones de trabajo como la propia actividad médica, se conforman estrategias de segregación que cuentan con el apoyo tácito o explícito de las organizaciones profesionales generales.

El proceso no deja de ser paradójico y tiene significados o alcances diferentes dentro de la profesión. Mientras que para los sectores dominantes y masculinos de la profesión o de la especialidad que las apoyan, la segregación de las mujeres puede responder a una política patriarcal, de género, a una forma de exclusión, las médicas lo viven y lo utilizan como estrategia de empoderamiento y como forma de ganar poder y prestigio en la profesión o la especialidad.

En España no existe este movimiento de médicas especialistas, aunque existen redes informales dentro de algunas especialidades que, de momento, están propiciando el debate sobre cuestiones relativas a género, salud y profesión.

En la *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* existe un grupo de mujeres muy activas que se

²⁷ McCarthy, 1993.

plantean el acceso al poder dentro de una asociación especializada que tiene nueve años de existencia, cuenta con tantas socias como socios, tiene unos fines que entroncan con la medicina social y con políticas progresistas de salud y, sin embargo, no da facilidades a las mujeres en su actividad organizativa, reproduciendo dentro de la sociedad especializada la discriminación de género que se da en otros ámbitos laborales. En el congreso nacional celebrado en Sevilla en 1999 organizaron una mesa redonda titulada «Género y salud pública: roles profesionales y participación en la toma de decisiones» donde se analizó y se debatió la situación y se elaboraron propuestas de solución.

Otra red informal es la que existe en la *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*, que trabaja por introducir las perspectivas de género en la investigación y la práctica de las y los especialistas en Medicina de Familia, más que por transformar la asociación y promover la participación de las mujeres especialistas. En noviembre de 2000, una de las mesas de su congreso nacional fue sobre género y salud²⁸.

Una red española, o asociación poco formalizada, que se sale de esta dinámica de sociedades de especialistas que ha dominado el panorama asociativo internacional de los últimos veinte años, es la *Red de Mujeres médicas y sanitarias españolas*. Se trata de un grupo de carácter transdisciplinar y multiprofesional, que reúne no sólo a médicas, sino también a otras profesionales relacionadas con la salud, como psicólogas, enfermeras, matronas o antropólogas. Entre sus impulsoras se encuentran mujeres vinculadas al programa *Mujer, salud y calidad de vida* que, desde el activo centro CAPS de Barcelona, llevan trabajando más de una década en distintos aspectos de la salud de las mujeres. Esa relación se aprecia en los objetivos de la red, más cercanos al

²⁸ La organizadora de dicha mesa fue la doctora Ana Delgado Sánchez.

estudio y la difusión de cuestiones relacionadas con la salud de las mujeres que a cuestiones de promoción profesional, aunque éstas también están presentes. En los últimos tres años han organizado tres foros de encuentro en Madrid, y han sacado a la luz una revista, *Mujeres y Salud*, en soporte papel y electrónico²⁹. El modelo responde, también a un movimiento internacional más ligado a intereses feministas en materia de salud que a estrategias de desarrollo profesional, aunque unos y otros operen interactuando entre sí. Son fórmulas organizativas que se sitúan en la línea de otras bien consolidadas en otros países, como la *Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe* (RSMLAC).

En conclusión, podemos afirmar que, desde finales del siglo XIX hasta hoy mismo, las médicas han creado espacios femeninos de sociabilidad profesional en muchos países del mundo y, a través de ellos, han tratado de construir sus propias identidades profesionales y hacer frente a las políticas de género que funcionan en medicina. Estas estrategias separatistas y las formas en que se han materializado tienen un significado aparentemente ambivalente: Por una parte responden a las expectativas patriarcales de la sociedad contemporánea en las relaciones entre los sexos; por otra, quiebran tales expectativas pues sirven para la consolidación profesional de las mujeres y responden a la crítica que ellas hacen de la estructura y el contenido de la propia actividad profesional y a su intento de transformarla.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ RICART, MC. *La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX*. Madrid: Anthropos, 1988.

²⁹ <http://www.mys.matriz.net>.

- BAGLEY MARRET, C. «On the evolution of women's medical societies». *Bulletin of the History of Medicine*, 1973; 53: 434-48.
- BLAKE, C. «The charge of the parasols. Women's entry to the medical profession». London: The Women's Press, 1990.
- BONNER, TN. (aut.) *To the ends of the earth: women's search for education in medicine*. Cambridge, Ma.: Harvard University Press, 1992.
- BORDERÍAS, C. *La feminització dels estudis sobre el treball de les dones (1969-1999)*. *Afers* 1999; 33/34: 459-91.
- BURRAGE, M.; TORSTENDAHL, R., eds. *Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions*. London: Sage, 1990.
- CABRÉ, I.; PAIRET, M. *Toward a history of us all: women physicians and historians of medicine*. In: Mayberry, M; Subramaniam, B; Weasel, L, eds. *Feminist science studies: A new generation*. London: Routledge, 2001: 120-4.
- FREIDSON, E. *La profesión médica. Un estudio sobre sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península, 1970.
- KAUFMAN, M. «The admission of women to nineteenth century American medical societies.» *Bulletin of the History of Medicine* 1976; 50:251-60.
- MAGALLÓN, C. *Pioneras españolas en las ciencias*. Madrid: CSIC, 1998.
- MARLAND, H., ed. *The Art of Midwifery: early modern midwives in Europe and North America*. London: Routledge, 1993.
- MCCARTHY, MC. «The Association of Women Surgeons. A historical perspective 1982-1992». *Arch Surg.*, 1993; 128: 633-6.
- MEYER, P. *They met in Zurich: Nineteenth century German and Russian Women Physicians*. In: Furst LR, ed. *Women healers and physicians. Climbing a long hill*. Lexington: The University Press of Kentucky, 1997: 151-77.
- MORANTZ-SÁNCHEZ, R. *Sympathy and science. Women physicians in American medicine*. Chapel-Hill: The University of North-Carolina Press, 2000.
- MORE, E. «The Blackwell Medical Society and the professionalization of women physicians». *Bulletin of the History of Medicine* 1978; 61: 603-28.

- MORE, E. «The American Medical Women's Association and the role of the woman physician», 1915-1990. *JAMWA* 1990; 45(5): 165-80.
- NYE, R. «Medicine and science as masculine 'fields of honor'». *Osiris*, 1997; 12: 60-79.
- ORTIZ GÓMEZ, T. «Asociacionismo médico femenino en España: La Asociación de Médicas Españolas (1928-36) y su fundadora, Elisa Soriano (1891-1964)». In: *Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Murcia, diciembre de 1986*. Vol. I. Murcia: 1988: 595-604.
- «El género, organizador de las profesiones sanitarias» (capítulo de libro en prensa en) Madrid, Biblioteca Nueva, 2001 (Completar referencia**)
- ORTIZ GÓMEZ, T.; CABRÉ, I.; PAIRET, M. *Mujeres y salud: Prácticas y saberes*. Presentación. Dynamis 1999; 19: 17-24.
- ORTIZ GÓMEZ, T.; DELGADO SÁNCHEZ, A.; SÁNCHEZ, D.; TÁVORA RIVERO, A. *Ser mujer y ser médico en la España de los años sesenta*. Asparkía 2001; en prensa.
- ORTIZ GÓMEZ, T.; MARTÍNEZ PADILLA, C. «How to be a midwife in late nineteenth-century Spain». In: Marland, H.; Rafferty, AM, eds. *Midwives, society and childbirth. Debates and controversies in the modern period*. London: Routledge, 1997: 61-80.
- ORTIZ GÓMEZ, T.; SÁNCHEZ, L. *La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII*. In: Ballarín, P.; Martínez, C., eds. *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*. Granada: Universidad de Granada, 1995: 239-46.
- PELLING, M. «The women of the family? Speculations around early modern British physicians». *Soc. Hist. Med.*, 1995; 8 (3): 383-401.
- PELLING, M. *Compromised by gender: the role of the male medical practitioner in early modern England*. In: Marland, H; Pelling, M., eds. *The task of healing. Medicine, religion and gender in England and Netherlands, 1450-1800*. Rotterdam: Erasmus Pub., 1996: 101-34.
- RISKA, E; WEGAR, K. eds. *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour*. London: Sage, 1993.
- ROSSITER, MW. *Women scientists in America: struggles and strategies to 1940*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1982.

- SELANDER. *Associative strategies*. In: Burrage, M.; Torstendahl, R., eds. *Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions*. London: Sage, 1990: 139-50.
- TOWLER, J.; BRAMALL, J. *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson, 1997.
- WALKER, L. «Since male doctors were pushing us aside, we had to elbow our way through». A history of the South Africa Society of Medical Women. *SAMJ* 1997; 87(11): 1505-7.
- WITZ, A. *Professions and patriarchy*. London: Routledge, 1994.

ABSTRACT

Since the end of the nineteenth century continuing into the present day, female physicians have created associations of female doctors throughout the world. Through these associations they have created their own professional identities and they have challenged the gender-biased policies that exist in medicine. These separatist strategies and the ways they have materialized have had an apparently ambivalent significance: on the one hand they conform to the patriarchal expectations of contemporary society regarding gender issues; on the other hand the strategies criticize the patriarchal expectations and work to consolidate female physicians. This professional consolidation allows the female physicians an opportunity to address sexism in the profession and to transform the system.