

**Texto exclusivo para uso interno del Seminario Permanente del CAS - IDES.
No citar este texto sin expresa autorización de su autora**

CAS –IDES. Seminario Permanente – Mayo de 2014

“Redefiniendo ‘femenino’ y ‘masculino’ en la práctica profesional de la medicina: el punto de vista de los ‘médicos’¹”.

Dra. María Pozzio.

1- Una tesis en gerundio.

En este texto quiero trabajar ciertas ideas que surgieron a partir de mi investigación sobre la experiencia de las mujeres en la medicina mexicana y que forman parte de mi tesis de doctorado. Una tesis se termina, se corrige, se defiende, pero sus ideas, sus intuiciones, sus interrogantes siguen vivos y el objetivo entonces es someterlos a discusión y volverlos más vivos aún. Por ello, en primer lugar voy a realizar una breve descripción de los interrogantes y aportes principales de la tesis, para mostrar la centralidad que en el problema de investigación tuvo y tiene esta cuestión de las definiciones y redefiniciones de lo masculino y femenino; luego traigo la reflexión realizada en el marco de un apartado del capítulo 5, donde intento mostrar la articulación entre la teoría y el campo que sustentó la reflexión; por último, buscaré sintetizar lo que creo son los aportes de la discusión a una antropología del género.

La tesis se terminó llamando *Reconfigurando el género: experiencias de las mujeres en la medicina mexicana*; el interés que la motivó fue conocer qué cambios se producían en la biomedicina – desde su origen como profesión, territorio prohibido para las mujeres- en un contexto, al menos en Europa y América Latina, de importante, sostenida y casi irreversible feminización. Mi pregunta tenía mucho que ver con la medicina en particular, como saber, como práctica, pero también, con las mujeres, lo femenino y el género.

Consideraba a la feminización tal como la sociología del trabajo ha considerado cambios similares en la composición de género de la mano de obra de sectores de la economía, industrias y oficios; esto es, como cambios que son al mismo tiempo, materiales y simbólicos, debidos a procesos objetivos –de la fuerza de trabajo, del mercado laboral- pero que suscitan y producen nuevas interpretaciones sobre las características del trabajo en cuestión, de los roles de mujeres y varones, de las significaciones del género. Así fue que la constatación de la feminización de la

¹ Si bien mi trabajo se centra en el punto de vista de las mujeres en la medicina, uso “médicos” –en masculino- porque así se denominan a sí mismas; en Argentina las mujeres se llaman “médicas” y su título así lo acredita. Pero en México, el femenino se usa para “doctora” y en el caso de “médica” sólo es recuperado por una asociación profesional llamada “Federación Mexicana de Mujeres Médicas” FAMMAC

medicina –despareja, heterogénea, pero real y contundente², fue considerada como un cambio. Una vez establecido este punto de partida, las preguntas empezaron a aparecer y ordenarse: con la feminización ¿Qué es lo que cambia en la profesión médica? ¿Cómo cambian las configuraciones de género, es decir, los modos de concebir, vivir y construir la feminidad y la masculinidad? De manera más específica: ¿Cómo se dio el proceso de la entrada de mujeres en la medicina en el largo plazo? ¿Cuál es el contexto en que se enmarca esta transformación? (preguntas que articulan el capítulo 2); ¿Cuántas y quiénes son estas mujeres? ¿Qué lugares ocupan? ¿Cómo explican los diversos actores este fenómeno? (Preguntas que articulan el capítulo 3); ¿Cómo podemos aproximarnos y comprender los cambios en las configuraciones de género de la profesión médica? (Capítulos 4 y 5); ¿Cómo se manifiestan esos cambios en la práctica concreta de la medicina? (Capítulo 6).

Estas preguntas terminaron de articularse y fueron respondidas durante y después de un trabajo de campo que implicó diversas técnicas de recopilación de datos: estadísticas de organismos públicos, científicos, universitarios, profesionales; de archivo; bibliográficos; de entrevistas y de observación y asistencia de diversos eventos académicos y profesionales. Pero antes de empezar, debía armar un mapa de las instituciones y actores principales de la medicina mexicana que para mí eran desconocidos. Sin embargo, lo primero que me encontré y que no era desconocido en absoluto, sino completamente igual a lo que había oído en Argentina sobre el mismo asunto, era el argumento que para los actores explicaba la feminización de la profesión –la teoría nativa-: Esta explicación era que las mujeres estaba acostumbradas a cuidar y curar, de modo que su entrada en la medicina y su preferencia en general por las carreras vinculadas a la salud, se asentaban en los roles del género, en una extensión a lo público de sus inclinaciones “naturales”, el cuidado de los otros, lo doméstico, la familia, la maternidad. Esta explicación, además, está sustentada en los datos, que muestran por ejemplo, que una de las especialidades más rotundamente feminizadas, es la pediatría.

Mi punto de vista como investigadora era ver las variaciones y actualizaciones de esta teoría nativa y claro, como antropóloga –entrenada en el oficio de extrañarse-, desnaturalizarlas. Me parecía interesante que la explicación nativa no sólo hace referencia a la definición más tradicional de lo femenino en la configuración de género hegemónica, sino que también tenía una variante sostenida por cierto feminismo de la diferencia³ que pretende y reclama que la feminización de la medicina es una justa reapropiación de parte de las mujeres, de saberes ancestrales de abuelas,

² No me quiero detener aquí en los datos, que se despliegan a lo largo del capítulo 2 de la tesis, pero baste decir que por “despareja y heterogénea” hago referencia a que la feminización de la medicina está segregada tanto horizontal como verticalmente; a pesar de ello, es un dato de la realidad tal –la mayor carrera medicina de México, la de la UNAM, tiene 63% de estudiantes mujeres- que hasta en la institución más prestigiosa –profesional y científica-, la Academia Nacional de Medicina, se ha comenzado a problematizar la cuestión y dentro del “gremio femenino” de la misma, hay doctoras que aspiran a conducir lo que muchas y muchos denominan el último bastión o “el club de Toby” –por la historieta de la pequeña Lulú.

³ Aquí sigo a Celia Amorós (2005) en su mirada sobre lo que es el feminismo de la diferencia vs. El feminismo de la igualdad, que la propia autora sostiene.

parteras, etcétera, que la medicina científica occidental les expropió. Más allá de lo cierto de esta explicación en concreto⁴, es interesante cómo esta visión, mezclada con miradas esencialistas mucho más conservadoras (como puede ser el modelo Nightingale⁵, o la ideología que autoras como Lidia Cacho han denominado *mujerismo*) se convierten en explicaciones nativas de la feminización que ponen en el centro de la escena –aún sin saberlo– las categorías de la reflexión feminista.

Si los estudios de género y la antropología misma desde los tiempos de Margaret Mead, mostraron cómo la cultura y el parentesco producen y reproducen el género, a mí me parecía interesaba mostrar cómo otras arenas de las sociedades contemporáneas, ligadas a la educación y el trabajo –y específicamente las profesiones– contribuyen a lo mismo, aunque de modos quizá diferentes. En este marco me centré en la medicina, que es un saber y un trabajo, una profesión, pero en lo relativo al género, no es una profesión más. Como saber científico⁶, en sus orígenes, tuvo mucho que ver con la constitución del modelo de cuerpo occidental y de la diferencia sexual (Lacqueur, 1994) y sobre todo a partir del siglo XIX, con la *histerización* de las mujeres, la explicación de su comportamiento por el comportamiento de las hormonas y el útero, su patologización, para control de la sexualidad y la reproducción (Rohden, 2001; Foucault, 2005; López Sánchez, 2010). Entonces, indagar sobre lo que le sucedía a la medicina en medio de un proceso de feminización suponía preguntarse por procesos singulares de este saber y de esta práctica profesional pero también, y sobre todo, preguntarse por las distintas formas en que se construye el género, qué es lo específicamente femenino, si existe, por dónde pasa la diferencia entre lo femenino y lo masculino, entre lo que hacen las mujeres y lo que hacen los varones, reales, concretos, singulares, médicos y médicas de bata (guardapolvo) que transitan por hospitales, clínicas, facultades, consultorios, laboratorios, bibliotecas, academias de una de las ciudades más grandes del mundo, donde el aborto es legal, pero las mujeres de los estados vecinos siguen siendo asesinadas con saña sólo por ser mujeres.

A poco de empezar, me encontré con los estereotipos y las teorías nativas. De los cambios que yo buscaba, parecía haber poco y nada. Y después de mucho transitar y escuchar y ver e interpretar, me di cuenta que los cambios que yo buscaba eran cambios sutiles, alojados en los modos de significar y hacer el género, de definir y redefinir, lo cual no es una tarea meramente conceptual o

⁴ Sostenida por diversas autoras feministas como Barbra Eirenreich, Norma Blazquez Graf, etcétera.

⁵ El modelo de enfermera *Nightingale*: Florence Nightingale, británica, aristócrata, que huía del “ocio victoriano” y se convirtió en el modelo de las enfermeras modernas, modelo de sumisión al médico varón, según plantean (Eirenreich & English, 1981): “Florence Nightingale y sus discípulas directas marcaron la nueva profesión con los prejuicios de su propia clase. La enseñanza insistía más en el carácter que en la habilidad profesional. El producto acabado, la <enfermera Nightingale>, era simplemente la Mujer Ideal trasplantada del hogar al hospital y libre de obligaciones reproductoras. Esta mujer ofrecía al médico la obediencia absoluta, virtud de una buena esposa, y al paciente la altruista devoción de una madre, mientras ejercía sobre el personal subalterno del hospital la gentil pero firme disciplina de un ama de casa acostumbrada a dirigir la servidumbre” (Eirenreich & English, 1981, p. 34

⁶ Como saber científico en sentido moderno, de la medicina occidental que, siguiendo a Foucault, surge junto con la episteme de la época clásica, entre los siglos XVII Y XVIII y que se profundiza con los avances de la salud pública en el siglo XIX.

cognitiva, sino es esto y también, un hacer. Y eran cambios que se estaban dando, se están dando ahora mismo y al nivel de las configuraciones del género, de las categorías que construyen las posiciones interdependientes que conforman la red a través de la que procesamos y hacemos y reinventamos el género, lo femenino y lo masculino, sus intersecciones, sus variaciones, sus reordenamientos. Por eso, el uso del gerundio *–Reconfigurando–*. Por eso, la centralidad de las definiciones. A continuación, la reflexión ordenada de la tesis.

2-Redefiniendo femenino y masculino.

En el trabajo de campo, puntualmente en las entrevistas, se preguntó sobre las ventajas y desventajas de ser mujer/hombre en la práctica médica, qué era en dicha práctica lo femenino y lo masculino. Con ello, buscaba acceder al modo en que se configura en cada quién lo masculino y lo femenino, cómo se representan, ponen en acto, performan estos aspectos de la identidad individual en el trabajo médico y cómo todo esto contribuye a la reproducción y/o transformación de las configuraciones de género en la profesión.

Esta idea proviene de varios aportes: en primer término, de uno de los aspectos principales que el psicoanálisis ha dado a las ciencias sociales, que es la idea del sujeto y el psiquismo como una realidad donde se asienta lo simbólico y donde el género es crucial: “Quienes se han interesado por deconstruir los procesos sociales y culturales del género han intentado también comprender las mediaciones psíquicas y profundizar el proceso de constitución del sujeto” (Lamas, 2000: 104). Ese psiquismo es el que autores *bourdianos* como Bernard Lahire (2005) conciben como el lugar de lo “social internalizado”, el espacio del *habitus* y las disposiciones que por ende, ameritan la creación de lo que él propone como una sociología psicológica. Si el *habitus*, como plantea el propio Lahire, es el pasado incorporado, lo que hay que hacer para conocerlo empíricamente es - como hace Norbert Elías con las configuraciones-, rastrearlo y especificarlo. Esto nos hace pensar en una configuración individual de lo psíquico, donde se funda el sujeto con género.

Pero, como plantean algunos autores influidos por el psicoanálisis, ese sujeto no tiene sólo un género (Buzatti y Salvo, 1998) y la identidad de género no existe, es una idea de sustancia provocada por la continuidad de actos de género (Butler, 1998). Entonces, de lo que se trata es de indagar en cómo se va configurando el género. Desde mi punto de vista, la idea de configuración es un poco más estable en el tiempo que la idea de la identidad de género como un puro acto performativo, y nos permite pensar en un sujeto que se piensa a sí mismo con determinado género, que tiene cierta noción de identidad, pero que al mismo tiempo, da lugar en su

configuración individual, en sus *habitus*, a una tensión, equilibrio, dinámica, entre aspectos masculino y femeninos de esa identidad. Por todo ello es que resulta importante analizar qué elementos de lo femenino y de lo masculino se van armando, ordenando, complementando o excluyendo, para dar como resultado, una configuración puntual, específica, que es la identidad de género del sujeto en cuestión.

Si esto sucede en la escala individual y micro, es importante decir que tal como lo concibe Elías (1996), lo social y lo individual son espacios diferenciados sólo a nivel analítico, de modo que analizar las configuraciones de género al nivel de los sujetos es una manera de comenzar a indagar, rastrear, entender, lo que sucede a nivel de las configuraciones sociales –donde las configuraciones individuales emergen.

Fuerza y Sensibilidad

Si consideramos a lo masculino y a lo femenino como categorías dicotómicas que agrupan símbolos, significados, atributos, cualidades que se asocian pero que no dependen necesariamente de hombres y mujeres –por cuanto puede haber mujeres con elementos femeninos y varones con elementos femeninos-, a continuación, como una forma de indagar en las configuraciones de la feminidad y la masculinidad, daremos cuenta del modo en que dos términos, “fuerza” y “sensibilidad” son connotados por los médicos y médicas y considerados cualidades necesarias en las ciertas actividades de su práctica médica.

El término fuerza, en tanto fuerza física y poder corporal, se asocia a lo masculino⁷. Cuando platicaba con la doctora Kía sobre los motivos por los cuales su especialidad –la cirugía ortopédica- tenía tanta presencia masculina, ella reflexionaba:

“yo pienso que es la cuestión de la fuerza, porque el hecho de que tengas que usar perforadores y clavos y tornillos y el destornillador, pues sí te asocia a un carpintero, entonces ¿Cuándo has visto a una mujer carpintero? O sea, es igual ¿no? El hecho de que tengas que utilizar e involucrarte en un ámbito masculino, que es 100% masculino, porque no sé, en casa, quien pone normalmente la persiana pues es el hombre, pero el hecho de que tú digas “yo también sé perforar y también sé hacer las cosas y a lo mejor...”

En otra área de la cirugía, pero en el mismo sentido, la doctora Rosa recordaba cómo sus maestros apelaban a la fuerza física de los varones para privilegiarlos en el acceso a las cirugías:

⁷ Aquí hago referencia a la masculinidad dominante o hegemónica, más parecida a la idea de “virilidad”, que a otras identidades o formas de ser masculinas, emergentes o menos tradicionales, que no necesariamente consideran la “fuerza física” como un valor. Para el estudio de las masculinidades, un referente es el trabajo de Robert Connell (2003).

“cuando entré a hacer práctica clínica que empiezas entre tercero y cuarto año, me llamaba la atención que a las mujeres generalmente no nos llamaban para ayudar en cirugía, les hablaban a los hombres porque tenían más fuerza para separar, para sostener”

Hasta aquí aparece la idea de la fuerza física vinculada al trabajo rudo de la cirugía. Pero como bien sabemos, para la cirugía no se necesita sólo fuerza física, sino también habilidad y delicadeza. La doctora Fabiana también recordaba los dichos sobre la “fuerza” a la hora de tener que elegir una subespecialidad quirúrgica:

“Yo cuando estaba en Tabasco y les decía “yo quiero hacer neuro”, “pero esa es una especialidad de hombres”, me decían, yo decía ¿por qué? Si no voy a hacer fuerza, no es ortopedia, no?, no puedes ser, carpintero, es una cosa fina, digo, para cortar huesos, digo no necesito fuerza, necesito finura porque está la cosa eléctrica y todo eso y ahora lo sé”

Así, podemos pensar que la cuestión de la fuerza y la rudeza en la cirugía, más que vincularse a un atributo a poseer –sobre todo con tantos instrumentos que los reemplazan, como dice la doctora Fabiana- es un elemento que tiene que ver con restringir el acceso a un área marcada por el género masculino. Si en todos estos sentidos fuerza se asocia con lo rudo y por ende, con lo masculino, también encontramos la idea de fuerza en un sentido moral, de carácter, la “fortaleza”, templanza, que se liga a lo femenino. Así lo decía la doctora Vicky:

“Entonces, yo sí creo que la fortaleza de la mujer es de verdad superior a la del hombre, en muchos aspectos, un hombre, bueno hasta el dolor ¡son más collones que uno! ¡Totalmente! ¿Sí? Pero las cosas de impacto moral, yo lo veo, con niños de tantos problemas de retraso mental, de mal formaciones, entonces, ese es nuestro principal punto de población y la cantidad de mujeres que los esposos las dejan o no las apoyan en la atención del hijo, ellas son las fuertes ¿sí me entiendes?”

Por otro lado, tenemos el término “sensibilidad”, al que se alude en relación con la capacidad de emocionarse, de empatizar y ponerse en el lugar del otro (esto sobre todo), de permitirse lo “sensible” como el llanto, todos aspectos vinculados al mundo de lo femenino. En este sentido, sensibilidad es también lo opuesto a racionalidad, frialdad, objetividad. Si bien en primera instancia el término hace referencia a los sentidos, se despega de su correlato sensitivo y se convierte en algo vinculado a la esfera sentimental. Así, si el permiso de la expresión de cierta sensibilidad y de ciertas emociones han sido una característica de lo femenino, es hora de ver cómo esto es interpretado entre los médicos y médicas entrevistados, para comenzar a analizar lo que denomino una resignificación –positiva- de la sensibilidad en clave femenina, que sin embargo, no es patrimonio exclusivo de las mujeres.

Uno de los usos y sentidos de sensibilidad se vincula con la paciencia, la escucha, la sensibilidad para la comunicación con el otro. La doctora Vicky lo decía de este modo:

“Entonces, sí creo que una mujer da una sensibilidad diferente, sí creo que hay una mejor capacidad de comunicación con los pacientes en términos generales, creo que las mujeres podemos aportar un poco más de paciencia. En general los hombres no tiene, el hombre es más impaciente, es más apresurado, es más de cierto tipo de iniciativas pero es así como que más desesperado, o sea, es menos paciente en términos generales; y si un paciente (sea del sexo que sea, de la edad que sea) requiere que se le explique, que se le diga... o a la familia o algo yo creo que las mujeres somos más tolerantes en algún momento ¿sí?”

La doctora Liz me había comentado que en su consulta privada, ella comparte consultorio con dos ginecólogos varones, pero muchas veces, si bien ellos tenían más trayectoria y experiencia, ella era quien atendía a más pacientes. Cuando le pregunté por qué creía que pasaba esto, ella respondió: “Debe ser por algo que no sé si llamar empatía...”

Hasta aquí, la sensibilidad como empatía, como un sentir con el cuerpo, como atributo de las mujeres. Pero la cuestión de la empatía se plantea como un atributo vinculado al buen trato y relación entre médico y paciente, un poco tras la vieja idea sacerdotal de la medicina como compasión -que significa *con* el dolor del otro- (Jaspers, 1988). Con la idea de sensibilidad como empatía comenzamos a ver el modo en que un mismo atributo, no es exclusivo de mujeres o varones. Mientras que para la doctora Sisí las mujeres somos más empáticas y los varones más prácticos, la doctora Mecha plantea que la empatía es algo intrínseco al trabajo médico, sea éste realizado por un hombre o una mujer.

En otros relatos, como en la anécdota de la doctora Lía sobre cómo conoció a su esposo Eduardo, vemos cómo la sensibilidad, aunque connotada quizá en femenino, no es exclusiva de las mujeres:

“Yo con mi pareja, con Eduardo, lo conocí en el internado, y bueno, quiero contarte la anécdota porque precisamente él marco la diferencia. Yo pasa y en quirófanos, las puertas parecen las de las cocinas: hay como una ventanita y puedes ver. Entonces, yo pasaba y yo juro, por Dios, que este doctor estaba manoseando las piernas a una paciente que acaba de parir. Fue lo primero que vi y me dio mucho coraje (*rabia*). Después, cuando entramos, porque como estudiante tienes derecho a entrar pero estar nada más de lejitos y viendo. Yo recuerdo que este doctor, porque él era interno y nosotros estudiantes, cuando terminó el parto, y le hizo la “episio”, la limpió, le dijo “¿tienes calambre?” y ella le dijo “que sí” y le empezó a dar masaje en las piernas. Fue cuando dije “a ver, espérame” entonces, lo que yo vi no era manoseo, era otra cosa ¡sí, por supuesto! ¿No? y efectivamente, le daba pequeños masajitos, obviamente hasta ahí dije “ah bueno” (Porque la paciente se veía jovencita y estaba bonita ¿no?) Pero, así fuera la señora con obesidad, así fuera la mujer de cuarenta y tantos, así... a todas les decía “a ver, estira tus piernas, vamos a darte masajito” Y les daba estos pequeños masajitos ... entonces yo dije “¡jwow! O sea, qué padre!” porque aparte les preguntaba, eso fue muy respetuoso, muy dulce.”

De algún modo, aquí la sensibilidad se vincula con el ponerse en el lugar del otro, pero sobre todo con la solidaridad y la calidez, lo que la doctora Lía califica como “dulce”. Muy similar a lo que explica la Doctora Lola luego de explicarme que la medicina que ella practica vincula lo holístico, con la homeopatía, la militancia feminista y la formación en perspectiva de género, lo que la llevó

a “10 años en un manejo de una praxis médica muy intensa, muy intensa, de una empatía y de una transferencia...”. Cuando le pregunto qué son esa “empatía” y esa “transferencia”, ella me contesta que hace referencia a una “querencia”, una “solidaridad para con lo que les pasa a las mujeres”, sus pacientes, que ella vincula con el feminismo. Es decir, no con una sensibilidad femenina o dada por su experiencia como mujer – o como madre-, sino algo dado por su ideología y activismo.

Otro de los comentarios, esta vez de la doctora Sandra, relativizan la cuestión de la “mayor sensibilidad” como atributo exclusivo de las mujeres. Ella me habló de su esposo pintor como un hombre de gran sensibilidad, que incluso por eso debió dejar la medicina y dedicarse por completo al arte:

“No sé, hay muchos hombres también muy sensibles. Yo siento, no estoy bien segura, a lo mejor más cariñositas, se expresan más, yo no sé si es que sean más sensibles. A ver, porque el hombre a veces le cuesta un poco de trabajo demostrar su sensibilidad ¿no? Tiene que ser el que no llora o el que no sé, pero ¿de que no sienta? Ahí es donde yo tengo mis dudas, la mujer se desembolsa más de eso y no le importa sacar las lágrimas y abrazar a un paciente con las lágrimas en los ojos, a lo mejor el doctor no lo haría, el doctor cuida su apariencia en ese aspecto y sí apapacha y eso, pero sin inmutarse mucho, pero luego por dentro se está destrozando”.

Uno de los médicos entrevistados, el doctor Carlos, me explicó que él eligió medicina como carrera por algo que describía como “sensibilidad social”, algo que tiene que ver con las personas y no con el género, explicó, ya que él es muy crítico de ideas como las de la empatía de mujer a mujer:

“me parece que es falso, sí absolutamente. Son muy pocas las que realmente yo he visto profundamente identificadas, eso es un asunto que utilizan para tener a lo mejor tener más éxito a nivel privado, pero eso no quiere decir que desde lo profundo de su ser se sientan con una identificación y con ganas de apoyar a esa mujer. Y tan falso es que yo te invito a que les preguntes ¿Cuántas cesáreas hacen? Y tienen un porcentaje altísimo de cesáreas, y eso no tiene otra explicación más que misoginia, que un discurso machista, que un discurso de abuso del poder del médico.”

Otro de los médicos varones, el doctor Diego, quien escribió artículos sobre la violencia obstétrica y se muestra muy interesado en el tema, opina igual:

“Yo creo que puede ser un mito de que son más sensibles ¿eh? Puede ser un mito y yo creo que se la creen, pero si yo, quien lo puede decir es el usuario, el paciente, pregúntale a pacientes”

Lo que me parece interesante es que estas dos últimas opiniones comienzan a mostrar no la cuestión de que la sensibilidad no sea atributo de las médicas o los médicos en exclusivo, sino cómo, el dispositivo de saber y práctica, la institución médica hospitalaria, son las que no hacen

posible la sensibilidad, las que des-sensibilizan. En ambos relatos, el “mito de la sensibilidad” de las mujeres doctoras se confronta con la experiencia de los pacientes y con las prácticas médicas – aquí en especial con las cesáreas⁸.

Este recorrido por los términos de “fuerza” y “sensibilidad”, dos términos fuertemente marcados por el género, me ha permitido comenzar a mostrar cómo, lo masculino y femenino de esas marcas, en algunos casos, se desprende de la experiencia concreta de varones y mujeres. Es más, estas experiencias concretas nos muestran resignificaciones de los términos y por ende, de los valores de género asociados a ellos. Si el género es un hacer, ese hacer puede entonces ser... ¿subvertido? Judith Butler (2007) dirá que sí. Mi intención es mostrar a continuación que ese hacer diverso⁹ pueda estar significando cambios, sutiles pero persistentes, de las configuraciones de género, hasta ahora, dicotómicas y rígidas.

Feminizarse-masculinizarse.

“Lo que resulta peligroso es pensar que la masculinidad es una cosa bien delimitada y la feminidad otra, y que ambas no pueden ser más que así. Asimismo, la melancolía de la que hablo aparece sobre todo en la formación de identidades rígidas. Si clamo golpeando con el puño: “¡Yo soy homosexual!”, u otra cosa, si mi identidad deviene algo que afirmo, que debo defender, hay entonces rigidez. ¿Cuál es la necesidad de fijarse de una vez por todas? ¡Como si yo conociera mi futuro, como si pudiera ser un todo continuo!”

Judith Butler (Entrevista, 2008).

Las teorías *queer* y performativas del género pretenden dar cuenta de las identidades de género que no encajan en la norma heteronormativa; es decir, las experiencias que no encajan en lo recto (*straight*, cuyo opuesto en inglés es *queer*), que sería un varón o una mujer heterosexual¹⁰.

⁸ El abuso de la práctica de la cesárea ha sido muy criticado por las organizaciones de mujeres y muchas feministas levantan como bandera el “volver a parir en casa”. Sin embargo, ver a la cesárea únicamente como una práctica de poder sobre las mujeres víctimas, es una mirada unilateral que precisa ser analizada con más detenimiento, lo que hago en el capítulo 6 de la tesis.

⁹ A diferencia de lo que plantea Butler, considero que la inestabilidad del género se asienta sobre una noción de identidad a nivel del psiquismo y lo simbólico, que vuelve diferente ese hacer, si se trata de alguien que se considera mujer y “hace” de hombre o de alguien que se considera hombre y hace de “mujer”. La constitución del sujeto como tal, contempla una idea de “yo con género” –autoimagen de la persona, según Lamas (1999), lo cual introduce un matiz en la idea puramente performativa de la autora de *El género en disputa*.

¹⁰ Lo recto es lo heterosexual, monógamo y en general, todo lo relativo a la sexualidad socialmente aceptada, mientras que lo *queer* busca dar cuenta de las identidades y prácticas sexuales periféricas, que resisten y transgreden lo tradicional. Como teoría surge a finales de los años 1980 como parte de los nuevos estudios sobre la sexualidad y de los movimientos de derechos de los colectivos gay-lésbicos. El texto de

Pero la idea performativa del género, también se vincula con los casos que dieron origen a la reflexión sobre el género, que son los de la indefinición sexual en términos biológicos – hermafroditas o intersex-, uno de cuyos estudios -ya clásico- fue el escrito de Michel Foucault sobre Herculine Babin¹¹. Lo que me interesa resaltar aquí es cómo una parte de los orígenes de los estudios de género se vinculan con la experiencia fallida de cirujanos y psiquiatras en las intervenciones de adjudicación de sexo en personas intersex¹². Es decir, cómo desde el origen, medicina, género y diferencia sexual están relacionados.

Es por ello que me parece interesante para abrir esta última reflexión del capítulo, retomar las palabras de una de las mujeres que entrevisté, la doctora Suza, genetista, quien dedicó parte de su labor de investigación al estudio de la diferenciación sexual, en Escocia, donde su maestra:

“lo que hacía era agarrar dos embrioncitos de ratón, fusionarlos y ver qué obtenía. Entonces, los volvía a meter en una madre que sirviera de útero y el producto nacía y lo íbamos estudiando, los íbamos estudiando a lo largo del camino ¿no? Entonces podían nacer casi siempre ratoncitos masculinos “normal”, unos testículos muy pequeñitos y con una vida fértil corta, a veces eran verdaderos hermafroditas que tenían ovario y testículo cuando mezclaba XX y XY y a veces, el sexo no estaba bien determinado, eran femeninas pero no era claro. Y entonces de aquí surgieron una cantidad de preguntas muy interesantes, porque sí el individuo es XX y XY porque es fenotípicamente femenino ¿Cómo pensará ese ratoncito, qué clase de actitud tiene ante la orientación sexual?”.

Si un individuo nace con ambigüedad sexual, en un mundo de categorías excluyentes y dicotómicas -masculino y femenino-, la ciencia interviene y, por medio de una cirugía, recompone, ordena, clasifica. Sin embargo, cierta ambigüedad persiste: es el género. Y el género también encuentra marcos que inhiben o potencian los elementos masculinos o femeninos.

Si hasta aquí hemos comenzado a percibir –insinuado, emergente- lo mutable de lo femenino y lo masculino desde el punto de vista de los actores –contra la rigidez de la que se mofa nuestro epígrafe-; y si esta cuestión que puede ser analizada desde la mirada que concibe al género como

Judith Butler *El género en disputa* (2007) se convirtió en un libro emblema para este movimiento, por su aporte sobre la inestabilidad del género (Fonseca Hernandez & Quintero Soto, 2009)

¹¹ Herculine Barbin llamada Alexina B., obra de Michel Foucault que trabaja sobre los diarios personales de este hermafrodita del siglo XVIII francés.

¹² “Para comprender todo el alcance teórico del concepto de género hay que retroceder, no obstante, hasta los años 1950’s. John Money, especialista en el estudio de “defectos” genitales congénitos y sus colegas del Johns Hopkins Medical Center de Baltimore, EEUU, fueron quienes comenzaron a investigar los problemas de identidad y orientación sexuales, la transexualidad y el tratamiento de niños/as hermafroditas y desarrollaron una teoría del tratamiento psicomédico de los intersexos que da prioridad al condicionamiento sociocultural de la identidad de género por encima del sexo biológico” (Stolcke, 2004)

performativo, es importante ver qué se considera “femenino” y qué “feminizarse” y qué se considera “masculino” y qué “masculinizarse”.

Lo femenino.

La doctora Vicky, también genetista, recupera la idea de la ambigüedad sexual, pero pone su acento en una idea ya clásica del orden de género, que es el de la complementariedad:

“pero si está demostrado que el “Y” tiene sus efectos y los “XX” tiene sus efectos a nivel cerebral diferente y yo creo que es parte de lo que las mujeres aportamos a la medicina. Hay, por eso le repito, no es tanto a nivel de conocimientos, porque yo creo que la capacidad puede ser la misma, pero sí es como decir hombres y mujeres biológicamente somos iguales y no lo somos ¿sí? Nos necesitamos ambos, el mundo no podría vivir sólo con un género ¿sí? Ni masculino ni femenino, eso está total y absolutamente demostrado biológicamente. Ni siquiera con su complemento genético, que sus 46 cromosomas vengan solamente de un solo individuo, no: tienen que venir 23 de un padre y 23 del otro progenitor ¿sí? Entonces, yo creo un poco así es en la vida, en la vida en general, no hay uno superior al otro, yo creo que lo que somos son complementarios... Porque todos tenemos de los dos sexos pero es un poco más de uno o del otro ¿no?”

La doctora Paquita, una fina mujer cercana a los setenta años, de suaves modos, maquillada, voz queda y sonrisa amable, muy atenta a los detalles, me decía que en comparación de sus compañeras del Politécnico¹³ a finales de la década de los sesentas, con las que eran sus alumnas en la actualidad en la misma institución, “las chicas de antes eran más femeninas” y las de ahora, no: “antes, en su arreglo, eran muy femeninas y ahorita las veo, van vestidas de quién sabe qué”. Ser femenina es entonces cuidar el aspecto, ir vestida de mujer, que, atenta a la apariencia de la doctora, podría ser ir de tacones, maquillada, perfumada, de manera sobria y elegante. En el mismo sentido de lo femenino vinculado el arreglo personal, Rocío, la hija de la doctora Beatriz, después de calificar la energía de su madre como “masculina”, agregó:

“mi mamá en su arreglo era mucho... ella decía que si se salía sin aretes sentía que salía desnuda ¿no? y siempre tenía que combinar la mascadita¹⁴ con no sé qué y no sé qué tanto. Claro, que luego a mí me daba risa porque encima se ponían la bata... pero eso yo no creo que quite la feminidad. Claro, que las uñas siempre cortas, porque pues tampoco se podían dejar la uña larga ni nada, pero, mi mamá guisaba delicioso, mi mamá era una cocinera nata, guisaba muy muy rico, y era muy detallista para muchas cosas. Tú has de cuenta, comentabas en algún momento la primera vez que la conocías, que te gustaban las dalias ¿no? y la siguiente vez que ibas a la casa, te ofrecía un café, te ofrecía un café que tenía dalias, o sea sí, cosas así que decías “no puede ser””

¹³ “Politécnico” o simplemente “Poli” hace referencia al Instituto Politécnico Nacional, institución de educación superior de gran prestigio, fundado en 1936 por Lázaro Cárdenas. El “Poli” tiene dos escuelas de medicina, y una de ellas, es la segunda en importancia después de la licenciatura de la Facultad de Medicina de la UNAM.

¹⁴ “mascadita” es el maquillaje de los ojos, y hace referencia al color del sombreado de los párpados.

El arreglo personal, la atención a los detalles y lo buena que era guisando, como una forma de remarcar por un lado, las labores domésticas como parte de lo femenino, y por otro, como forma de contrarrestar las uñas cortas y la bata como elementos de la profesión que tapan, cubren o neutralizan la feminidad.

Estas visiones están ancladas en los estereotipos de sentido común sobre qué es lo femenino. Otra visión, más reflexiva, es la que encontramos en la doctora Lola, quien evalúa un aspecto positivo de lo femenino —que ella, tras sus lecturas de la psicoanalista Jean Shinoda y su paso por el activismo no duda en asimilar con feminista—y otro negativo. Sobre esa dimensión negativa dice:

“incluso te puedo decir que un alto porcentaje de ginecólogos que entraron a la práctica ginecológica queriéndolo hacer de muy buena fe y que en el trayecto se van encontrando con la dimensión femenina— esa dimensión femenina, de la parte fea, de la manipulación, de manejo de muchos trucos, de mucha manera de enfermar para llamar la atención, para estar posicionada en un lugar—esa falta de poder, esa falta de decisión y esa falta de libertad de decir lo que realmente, que no puede decir la mujer lo que tiene, lo que le falta, lo que necesita. Eso, en su trayecto de su práctica médica, acaba aborreciendo a las mujeres”¹⁵.

En esta misma línea de intentar captar cierto repudio a lo femenino de parte de la medicina como saber y como práctica, la doctora Sushi, quien hizo la maestría en estudios de la mujer de la UAM-Xochimilco, dice:

“siempre hay una tendencia muy fuerte a medicalizar los cuerpos de las mujeres. Y más que medicalizarlos, a patologizarlos, pero así... Entonces, por ponerte un ejemplo, bueno, no sólo a patologizarlos, sino a... tenerles como cierto repudio, como cierto asco. Te voy a decir por qué lo creo. Cualquier especialista que ve a una mujer pide interconsulta al ginecólogo para hacer un tacto. Digo, eso lo aprendes en los primeros años de la carrera, o sea, todos deberían poder hacer un tacto[...]Pues el resto de las especialidades, y los médicos generales parecen no tener una idea del área de las mujeres ¿me explico? en la residencia por ejemplo todo el mundo te pedía interconsulta, y tú les decías (entre residentes) “para qué quiere interconsulta” “es que... tiene un flujo ahí muy feo, entonces para que le hagan un tacto” Te lo digo con ese tono despreciativo porque ¡Así lo hacían! ¿No? a la fecha. Y entre ginecólogos, entonces, hay sesgo de género en el resto de las especialidades y en la medicina en general: por supuesto que sí. En la atención a usuarias y en la propia formación médica, hay un sesgo de género impresionate, claro. Como mujer, te toca...”

Estos elementos negativos de lo femenino, son descritos por estas doctoras como parte de una reflexión más amplia que busca comprender el sexismo y la misoginia con los que deben lidiar en su práctica cotidiana en la medicina. La misma Doctora Sushi, llevando al extremo lo que

¹⁵ Una idea muy solidaria de la de resistencia cotidiana, donde los subordinados, desde su propio sufrimiento, desarrollan un discurso oculto que representa una crítica del poder, a espaldas del dominador (Scott, 2003)

planteábamos más arriba sobre la forma en que masculino y femenino comienzan a vincularse muchos más lábilmente con las experiencias de varones y mujeres, decía:

“tú sabes que, tú sabes muy bien que lo personal es político, el cuerpo de mujer no garantiza pensamiento de mujer. Y yo diría que ni el pensamiento de mujer garantiza una realidad diferente, no, no, no. “

Lo femenino entonces por un lado, vinculado a la apariencia, al aspecto, a veces como metáfora o emergencia de la delicadeza, otras veces como un disfraz necesario. Y por otro lado, el aspecto negativo de lo femenino, opuesto a una mirada que busca deconstruirlo desde el feminismo.

Si bien hice mención a la idea de lo femenino y el arreglo de la imagen, me parece interesante subrayar que, salvo un caso, todas las médicas que entrevisté, en sus diferentes estilos corporales – con esto me refiero a la contextura física más el carácter, la pose, el *embodiment* de una personalidad- eran sin duda, cada una a su modo, femeninas. ¿Qué quiero decir con esto? Las había más elegantes, sobrias o barrocas, más informales, más cándidas o decididas, más cuidadosas en sus modales o voz, y más atrevidas. Modernas, tradicionales, atractivas o del montón, con el peinado y el maquillaje impecable, o no tanto. Las mujeres, en el último siglo, han avanzado hasta lugares antes insospechados y eso deja huella en las diversas feminidades que encarnan en las diversas experiencias, que son, cada una, actualizaciones específicas de una idea que, en su multiplicidad, nos habla de los cambios.

Lo masculino.

Si lo femenino se configura por oposición a lo masculino, con todo lo dicho hasta aquí se pueden interpretar ciertas ideas de lo qué es lo masculino. Haciendo hincapié sobre lo performativo del género, me interesa resaltar lo que para muchas de mis entrevistadas es, más que lo masculino, el “masculinizarse”.

A una de las primeras a quienes oí hacer referencia a este “masculinizarse”, fue a la doctora Olga y por eso le pedí que me lo explicara:

“Por ejemplo: si eres bonita dejas de arreglarte ¿no? para no sentir el acoso y además tomas las actitudes que toman los varones, desde el regaño, la seriedad ¿no? Hay otro grupo que lo hace al revés ¿no? se sigue conservando su parte de ser femenina y su parte de su propia personalidad, digámoslo así, no es tanto de que todas las mujeres sean iguales, sino su cuestión de identidad, no la acaban perdiendo pero es muy complicado”

Según ese mismo relato, las mujeres que no se masculinizan y que logran ser buenas profesionales, sin ser el tipo femenino tradicional y sin caer en ningún estereotipo, son “mujeres excepcionales” o “mujerones”:

“son personalidades muy atrayentes porque logran estar tranquilas, no sentirse tan presionados, no tragarse toda la presión, encuentran... no están en competencia siempre, tienen una...un algo de seguridad porque al final la carrera lo que te hace es dependiente de lo que te vaya a decir tu superior, casi casi..”

En las palabras de la doctora Olga “masculinizarse” es algo negativo, donde lo que se adquiere de los varones es la seriedad y el regaño, mientras que lo positivo es ser un “mujerón”, que en la descripción que hace, nos remite a ideas que ya trabajamos –como la del balance-. Así se refería a una doctora que creía excepcional, endocrinóloga ya jubilada del Hospital Infantil de México:

“es un mujerón, es un mujerón en el sentido de que es muy inteligente, muy buena maestra, muy buena médica; organizó la primera clínica de obesidad infantil ¿no? la clínica de diabetes, está casada, siempre está muy contenta, disfrutaba mucho la vida, disfrutaba mucho de su arreglo personal, se reía, era irónica sin maltratar a la gente ¿no? Entonces dices bueno, sí se puede”

Así, si una mujer puede volverse un “mujerón” sin masculinizarse, también está la idea de que hay mujeres que no son mujeres, aunque tengan cuerpo de mujer: son “hombres disfrazados” o mujeres masculinizadas, donde lo masculino no sólo remite a la fuerza, sino también a la misoginia y el poder del opresor. Así lo refería la doctora Lola cuando opinaba sobre la feminización de la medicina: “el hecho de que sean más mujeres no garantiza, y eso lo hemos visto un mil de veces ¿no? Acabo de ver ayer la película “La Dama de Hierro”¹⁶ y me queda clarísimo que era un hombre, un hombre vestido de faldita, de bolsita”.

Siguiendo una idea similar, se expresaba el doctor Carlos para quien, en su especialidad –la ginecología- “ocurre un fenómeno muy extraño”: “las mujeres que se dedican, la inmensa mayoría de las mujeres que se dedican a la especialidad, a esta especialidad, no todas, pero la inmensa mayoría se masculiniza en su comportamiento. Es muy, es muy impresionante, es muy impactante ver esa práctica, una cosa al respecto de eso, porque es muy impresionante ver como una mujer maltrata a otra mujer estando en la consulta médica, en la exploración y en todas estas prácticas que implica el ejercicio de la ginecoobstetricia. Cuando, por razones normales, naturales y que a mí se me harían perfectamente lógicas, una solidaridad de género implicaría la defensa de esas, de esa mujer y no la agresión sobre ella. Bueno pues, he encontrado colegas mujeres que regañan a las mujeres, que las maltratan en trabajo de parto, que les hacen exploraciones casi (no diría yo intencionalmente) pero muy poco cuidadosas de tal forma que les condiciona dolor, en fin. Una serie de actitudes que son profundamente misóginas y que están fundadas estructuralmente en el ejercicio de la especialidad y en la invención de la especialidad, en términos que es una especialidad básicamente manejada e inventada por los varones.”

¹⁶ (The Iron Lady, 2011) Película sobre la vida de la ex primera ministra británica Margaret Thatcher, protagonizada por Meryl Street y dirigida por Phyllida Lloyd.

Claramente aquí la idea de “masculinizar” el comportamiento implica volverse misógino/a y maltratar a las mujeres.

Pero hay también una idea positiva del “masculinizarse”, una idea que no sugiere que esto signifique volverse misógino. Es lo que planteaba la doctora Sushi, entablando un diálogo imaginario con ciertas ideas escuchadas una y otra vez en su vida profesional:

“Eres una mala inversión educativa ¿por qué van enseñarte a ti, si vas a terminar dedicándote a tus hijitos, y teniendo una vida light? ¿No? si eres doctora, pero de cervicovaginitis X ¿no? o sea, simples. Entonces, hay dos opciones (creo yo son las más frecuentes) Una, o te esfuerzas más y demuestras... y te masculinizas y demuestras que eres una buena inversión a futuro y que eres tan capaz como ellos o recurres a la cara de damisela en problemas ¿no? de “¡ay! Sí, doctor” y el pestañeo y estas cosas, dejar entrever la posibilidad de un ligue, de qué se yo. Creo que son las dos opciones”.

“Masculinizarse” aquí refiere a estar a la altura de los desafíos y puede interpretarse también casi como una estrategia de sobrevivencia, donde la otra opción al alcance sería la del estereotipo femenino de “la damisela en problemas”. La valoración de lo masculino pasa por la valentía, el enfrentarse a situaciones adversas y vencerlas, donde ser “hombre” es tener el valor –aunque seas una mujer- y ser “nena”, es no atreverse, ser temeroso/a, tal como lo expresan las palabras de la doctora Kía que por un lado, contienen todas las connotaciones despectivas del género impregnadas y naturalizadas en el lenguaje; y al mismo tiempo, por la frescura y el tono en que fueron dichas, pone en palabras la idea de cómo, el género de cada uno, se performa, se separa de la anatomía y refiere al cuerpo, que es simbólico y cultural, donde el género es un decir y un hacer:

“Muchas veces me dijeron que por qué escogí ortopedia, por qué no escogí oftalmología o dermatología, y mi respuesta fue “porque no soy nena” y entonces, finalmente eso como que empecé a entender que a los hombres no... o sea el trabajar y competir contra ellos les generaba mucho estrés, que más bien, pobrecitos de ellos, porque están estresados porque ellos no pueden hacer tantas cosas como tú, porque a la primera que les metían un castigo como a mí: ¡bueno! estaban como trapo y yo, a mí, no me pasaba nada”

Por último y entre las dos posturas –la de “masculinizarse” como negativo y la de “masculinizarse” como positivo-, quisiera concluir este apartado con las palabras de la hija y sobrina de las doctoras Anzures¹⁷, ya que lo que ella expresa retoma la idea de la configuración subjetiva donde masculino y femenino conviven y donde quizá, la identidad de género en su inestabilidad lo que busque sea, de acuerdo al contexto específico –el área del trabajo, la situación de un país, etcétera- encontrar un justo medio entre masculino y femenino:

¹⁷ Las doctoras son María Elena Anzures, graduada en 1953, primer/a cirujano/a en realizar una esofagoplastía en México, miembro de la Academia Nacional de Medicina, y su hermana, Beatriz, pediatra del Hospital General de México y docente de la UNAM, ambas fallecidas en 2008.

“Evidentemente que tiene que haber una energía masculina en el sentido de hacer, de decisión, de perseverancia, de muchas cosas que se le... cómo se le dice... se le atribuyen más al hombre ¿no? que es más de acción y menos sentimental y emocional, entonces en ese sentido sí. Una energía física que dices “que horror” ¿no? ahora sí que se echa a cualquier hombre, en ese sentido sí, pero en cuanto a su lado femenino, compasivo, y todo ¡no, hombre! ¡qué te puedo decir! Era el equilibrio perfecto.”

Vemos con todo esto cómo, sobre los dos estereotipos -masculino-femenino-, hay resignificaciones, o más bien, emergencias de lo masculino y lo femenino que no son ni tan dicotómicas ni tan excluyentes; más que ancladas en la biología, sujetas al hacer y en el hacer, el recrear: “el género siempre es un hacer” afirma Judith Butler: “si el género es algo en que uno se convierte –pero que uno nunca puede ser-, entonces el género en sí es una especie de transformación o actividad, y ese género no debe entenderse como un sustantivo, una cosa sustancial o una marca cultural estática, sino más bien como algún tipo de acción constante y repetida” (Butler, 2007, p.226). Creo importante matizar esta idea: no estamos planteando una identidad sustantiva –ni natural, o biológica o genital- pero sí que estas emergencias de lo masculino y lo femenino se dan al nivel del género como construcción simbólica, lo que no implica negar la existencia, a nivel del sujeto psíquico, de una identidad del “yo con género”, o mejor de una estructuración psíquica de la identidad sexual (Lamas, 1999). Así, lo performativo se da en sujetos que se conciben como mujeres y se permiten “masculinizarse” y/o sujetos que se conciben como varones y se permiten “feminizarse”.

¿Puede ser esta una de las consecuencias de la entrada de mujeres en una profesión tradicionalmente masculina? Aquí sólo caben las conjeturas: se trata de los cambios en las configuraciones de género sociales que influyen en la profesión¹⁸; o, se trata de cambios más específicos de ciertas lógicas o procesos de la profesión –donde la feminización podría ser uno de ellos- que horadan los modelos dicotómicos más tradicionales, aunque se sigan buscando las explicaciones de la diferencia, sino en lo anatómico, sí en términos de biología molecular y de genética. Lo cierto es que emergen otras formas de lo femenino y lo masculino, más mestizas y

¹⁸ “La identidad genérica, por poner un ejemplo simple, se manifiesta en el rechazo de un niño a que le pongan un vestido o en la manera con que las criaturas se ubican en las sillitas rosas o azules de un jardín de infantes. Esta identidad es históricamente construida de acuerdo con lo que la cultura considera “femenino” o “masculino”; evidentemente estos criterios se han ido transformando. Hace 30 años pocos hombres se hubieran atrevido a usar un suéter rosa por las connotaciones femeninas de ese color; hoy eso ha cambiado, al menos en ciertos sectores” (Lamas, 1999, p. 19)

menos rígidas, que quizá, en el ámbito puntual de la medicina, nos hablen de nuevas feminidades y masculinidades en la configuración de género profesional.

Quisiera ahora retomar las palabras de la doctora Suza con las que abrimos este apartado, dichas en un simposio de homenaje a las médicas científicas por el día de la mujer (8 de marzo de 2012). Después de contar las investigaciones con los ratones y haciendo un balance del estado de la cuestión en su área de estudios –la genética de la diferenciación sexual-, en tono evocativo, la doctora dijo: “La genética sigue avanzando. En un futuro, nos permitirá saber si sólo hay dos sexos o no, cuáles son las similitudes y diferencias... que creo, es lo que se discute, en otros términos, en este simposio”. “En otros términos” también habrá que seguir discutiendo sobre las diferencias y similitudes. “Finalmente, logramos aprender cuáles son las diferencias biológicas fundamentales entre los sexos, pero todavía hay mucho por saber...”. En eso estamos.

3- Aportes desde y para una Antropología sobre el género.

Dije al principio que a todos los interrogantes que guiaron mi investigación, los sustentaba una gran pregunta sobre el género, sobre cómo se construye y en particular, cómo se construye lo específicamente femenino, si es que tal cosa existe. Pues bien, llegados a este punto, puedo plantear que eso “específicamente femenino”, pensado como un núcleo duro de la feminidad, es in-esencial, varía socio-históricamente y lo que lo construye y lo hace “ser” es una configuración social del género, compuesta por múltiples figuraciones de género –donde podríamos incluir las profesionales, y entre ellas, las de la medicina-. Si hay algo biológico, es interpretado y sólo es asequible por medio del lenguaje y de la cultura, por tanto, está mediado y sólo es posible como emergente de una configuración. Por lo tanto, para entender lo específico del género, es necesario comprender lo específico de las configuraciones sociales en las que surgen. En nuestro caso, la configuración de género de la profesión médica en México. Eso, bien o mal logrado, fue lo que intenté hacer en la tesis.

Aquí entonces es donde me interesa comenzar a plantear el lugar de la antropología, ya que es una disciplina que permite estudiar la especificidad y al mismo tiempo, el modo en que las dimensiones que componen una configuración, sus categorías, sus posiciones, son actualizadas, reactualizadas, performadas, transformadas microscópicamente, constantemente, por los actores sociales. La antropología social y especialmente, la etnografía, con su vocación y su mirada interpretativa basada en el diálogo entre las categorías –nativas y analíticas- se convierte en el

mejor instrumento, desde mi punto de vista, para abordar la producción y reproducción de las configuraciones sociales y sobre todo, las del género.

Por eso, considero que trabajos antropológicos que miran e interpelan el género de esta forma -a veces hasta en campos sociales que todavía no han sido cuestionados desde la “perspectiva de género”-, renuevan el debate en torno de los modos en que se produce y reproduce lo femenino y lo masculino, sus intersecciones, sus diversidades. No digo que los estudios de género deban ser todos realizados desde la antropología. Digo que seguramente, los que sean antropológicos, serán los trabajos que más material nos den para pensar.

¿Y por qué la antropología? Además de lo dicho, considero que los aportes sobre los que ha avanzado la antropología preocupada por el cuerpo, en su intención de superar la vieja antinomia *naturaleza-cultura* -presente desde sus orígenes disciplinares –, son fundamentales para pensar el género hoy. El hincapié en la interrelación dinámica entre “naturaleza” y “cultura”, la recuperación de lo material y lo simbólico en anudamientos específicos que se hacen carne, que encarnan, enriquecen la cuestión de las relaciones “conflictivas” entre sexo y género. Si a esto le sumamos el contexto de una nueva embestida *biologicista*, que con el discurso de las neurociencias y la genética, vuelve a insistir en los determinantes extraculturales del género¹⁹, considero que la antropología tiene las herramientas y la tradición de hacerse las preguntas más pertinentes para abordar nuevas problemáticas referidas al género, el parentesco, el desarrollo biomédico y la bioética.

Por último, y ya en relación con los debates feministas, mi punto de vista es que trabajos como el presentado, que ponen el acento en las definiciones y redefiniciones de lo femenino y lo masculino, en sus mezclas y combinaciones, contribuyen a pensar y hacer visibles las experiencias que vuelven menos rígido, jerárquico y binario, el género. Se puede problematizar y transformar aquello que puede ser pensado, lo que podemos nombrar, aquello que puede convertirse en un horizonte de referencias. Por eso, como dimensión ético política, mostrar la inestabilidad del género, su performatividad, su conformación social, sus diversidades, más allá –o quizá- mucho más acá, de experiencias *trans*, es una forma de contribuir a que todos seamos menos binarios, más mujeres, más hombres según el contexto, el deseo...más libres; sin olvidar, claro está, los

¹⁹ Hablar de condicionamientos extraculturales del género puede parecer una contradicción, ya que según los acuerdos más generales de la teoría, el género es cultural... pero ¿puede lo extracultural ser nombrado?

contextos de poder –como el dispositivo biomédico- que encierran y al mismo tiempo, hacen posible en sus grietas -agrietándose más aún- experiencias que permitan romper las dicotomías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Amorós, C. (2005). La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres. Madrid: Cátedra.

Butler, J. (1998) "Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista" *Debate Feminista*, 18, 296–314.

-----(2007) *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós editorial.

---- y Preciado, B. (2008)"Entrevista" Traducción realizada por Ursula Del Aguila en noviembre de 2008 para la revista francesa *Têtu* (n° 138). Disponible en: <http://lasdisidentes.com/2012/04/20/judith-butler-y-beatriz-preciado-en-entrevista-con-la-revista-tetu/>

Buzzatti, G., & Salvo, A. (1998). *El cuerpo-palabra de las mujeres. Los vínculos ocultos entre el cuerpo y los afectos*. Valencia: Ediciones Cátedra.

Cacho, L. (2012, junio 15) "Entre mujeristas te veas" *Sin embargo.com*. México DF.

Connell, R. (2003). *Masculinidades*. México DF: PUEG-UNAM.

Eirenreich, B. & English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Barcelona: Editorial La Sal.

Elías, N.(1996). *La sociedad cortesana*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Fonseca Hernández, C., & Quintero Soto, M. L. (2009) "La teoría Queer. La de construcción de las sexualidades periféricas" *Sociológica*, 24(69), 43–60.

Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. México DF: Siglo XXI editores.

Jaspers, K. (1988). *La práctica médica en la era tecnológica*. Barcelona: Gedisa.

Lacqueur, T. (1994). *La construcción del sexo: Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Lahire, B. (2005). De la teoría del habitus a una sociología psicológica. En B. Lahire (Ed.), *El trabajo sociológico de Piere Bourdieu*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Lamas, M. (1999) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género" *Papeles de Población*, 5, 147–178.

-----(2000) "Diferencias de sexo, género y diferencias sexual". *Cuicuilco*, 7(18), 95–117.

López Sánchez, O. (2010) *El dolor de Eva. La profesionalización del saber médico en torno del cuerpo femenino en la segunda mitad del siglo XIX*. México DF: UNAM-FES Iztacala.

Pozzio, M.R. (2013) *Reconfigurando el género. Experiencias de las mujeres en la medicina mexicana*. [Tesis de Doctorado. Posgrado en Antropología Social. UAM-Iztapalapa] México, DF.

Rodhen, F. (2001). *Uma Ciência da diferença: sexo e genero na medicina da mulher*. Río de Janeiro.: Fiocruz.

Scott, J. (2003) *Los dominados y el arte de la resistencia*. País Vasco: Ed. Txalaparta.

Stolke, V. (2004) "La mujer es puro cuento: la cultura del género". *Estudios feministas*, 12(2), 77–105.