“DES-NUDANDO LAS IMPRONTAS PATRIARCALES DEL DISCURSO ODONTOLÓGICO DESDE LA COINCIDENCIA DE LOS FEMINISMOS”

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

“DES-NUDANDO LAS IMPRONTAS PATRIARCALES DEL DISCURSO ODONTOLÓGICO DESDE LA COINCIDENCIA DE LOS FEMINISMOS”

Autora: Marilia Domínguez Bello

Bárbula, Marzo de 2022

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

“DES-NUDANDO LAS IMPRONTAS PATRIARCALES DEL DISCURSO ODONTOLÓGICO DESDE LA COINCIDENCIA DE LOS FEMINISMOS”

Trabajo de Grado presentado ante la Dirección de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo como requisito para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales Mención Salud y Sociedad.

Autora: Marilia Domínguez Bello

Tutora: Dra. Marbella Camacaro

Bárbula, Marzo de 2022

Universidad de Carabobo

Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud

Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145,147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

DES-NUDANDO LAS IMPRONTAS PATRIARCALES DEL DISCURSO ODONTOLÓGICO DESDE LA COINCIDENCIA DE LOS FEMINISMOS

Presentada para optar al grado de **Doctora en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad** por el (la) aspirante:

DOMINGUEZ B., MARILIA C.
C.I. V- 19000851

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Marbella Camacaro C.I. 3182206, decidimos que el mismo está **APROBADO CON MENCIÓN HONORÍFICA.**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **08/03/2022**

Dr. (a) Mitzy, Flores (Presidente)
9.486.438
8/3/22

Dr.(a) Marbella Camacaro
C.I. 3182206
Fecha

Dr. (a) Zully Vilchez
C.I. 4137495
Fecha 08-03-2022

Dr. (a) Jaqueline Mireles
C.I. 7008046
Fecha 08-03-2022

Dr. (a) Adriana Delgado
C.I. 5.676.358
Fecha 8.3.2022

TG-CS:93-21

Scanned with CamScanner

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

VEREDICTO

Nosotras/os, miembros del jurado designado para la evaluación del Trabajo de Grado titulado "**DES-NUDANDO LAS IMPRONTAS PATRIARCALES DEL DISCURSO ODONTOLÓGICO DESDE LA COINCIDENCIA DE LOS FEMINISMOS"** presentado por la ciudadana Marilia Carolina Domínguez Bello, titular de la cédula de identidad N° V-19.000.851, para optar al Grado de Doctora en Ciencias Sociales Mención Salud y Sociedad, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como:

_____.

Nombre y Apellido	C.I.	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

En Bárbula, a los _____ días del mes de _____ de _____.

Dedicatoria

A Avril Salomé

Agradecimientos

A Marbella Camacaro, *por su kilo y medio de paciencia concentrada y por ponerle motor e inspiración a esta barca*.

Poema "Educar" de Gaínza

ÍNDICE GENERAL

pp.

LISTA DE CUADROS……..…….ix
LISTA DE GRÁFICOS…….……x
RESUMEN…….…….....….xi
ABSTRACT…….…..……xii
EXORDIO…….....13
DESDE MIS SUBJETIVIDADES…….…….…….……14

CAPÍTULO

I LO SOMBRÍO DE LA NOCHE
Esbozando la silueta de la realidad……..18
Un rostro más nítido de la cuestión……...…..21
¿Hacia dónde se encauza nuestra mirada?...…….…….…….…….31
Partiendo de lo poco/mucho a favor……..……..33

II APUESTA A LA SALIDA DEL SOL
La insurrecta teoría feminista…….……....…36
Lo dental, un territorio históricamente prohibido……41
De oficio de segunda al alto prestigio elitista..……..……...…….…..48
La odontología subordinada a la medicina……..53
Al fondo, la Modernidad…….56
Darwin, el cómplice del siglo XIX…….…….……60
De Ladies Victorianas a Salvajes……..…….……64
La diferencia sexual, los estereotipos en el saber dental……..…….……67
Pero, ¿Quién es la mujer en la Salud y en el Saber dental?…….…...……..72

III EL SENDERO HACIA LA AURORA
Trazando la ruta a seguir….…….……77
Grupo humano……..…..……..77
Espacios y Momentos de acercamiento…….……...…..…..83
Saturación de la información…….……..85
Proceso de recolección de la información……..……...…….....86
Procesamiento de la información……...……..…87

IV DE LA SOSPECHA AL DEVELAMIENTO
Desmitificando la feminización de la odontología…….…….92
Sesgo de género como determinante del prestigio que prevalece entre odontología y medicina……..137
Una carrera perfecta para las "*Superwomen*"……....159
Lo interno y lo externo. Una unidad separada entre hombres y mujeres

reflejada en la odontología……...199
Odontopediatría, la especialidad más femenina de todas……....217
La segregación de la rehabilitación oral según el género……246
Las profesiones auxiliares no son la excepción…….…..277
Las mujeres y la cirugía buco-maxilofacial. Una relación antagónica…..……..291

CONSIDERACIONES FINALES……349
CITAS DE TEXTOS EN EL IDIOMA INGLÉS……...…….353
REFERENCIAS……....…….....……..…..…….365
ANEXOS…….……..……...385
A Consentimiento informado…….……..385

LISTA DE CUADROS

CUADRO pp.

1 Dicotomías de género entre Prostodoncia y Odontología operatoria y estética……..……264

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO pp.

1 Representación gráfica de la Estructuración Global y Aproximación Interpretativa de la información……..……91

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

"DES-NUDANDO LAS IMPRONTAS PATRIARCALES DEL DISCURSO ODONTOLÓGICO DESDE LA COINCIDENCIA DE LOS FEMINISMOS"

Autora: Msc. Marilia Domínguez Bello
Tutora: Dra. Marbella Camacaro
Fecha: Marzo de 2022

RESUMEN

Esta mirada investigativa propuso un acercamiento hacia las mujeres en el mundo de la odontología buscando visibilizar una realidad sospechada e insospechada, la cual partió de indicios que acusaban la permanencia en desventaja de la mujer con respecto del hombre, en este oficio aparentemente feminizado. Para ello, se rastrearon las subjetividades a través del discurso de profesionales de la odontología, con la finalidad de develar los sesgos de género vigentes en esta ciencia de la salud, los que se configuraron como agentes que imposibilitan un verdadero empoderamiento de las mujeres en este terreno del saber. Se partió desde el feminismo como referencial epistémico teórico, desde donde se miró el fenómeno, objeto de estudio. De la mano con la metodología de género, se asumió como derrotero lo cualitativo. El grupo humano estuvo conformado por 28 profesionales, odontólogas y odontólogos, de los cuales 27 eran especialistas entre las áreas de cirugía oral y maxilofacial y odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo y especialistas de prótesis dental y operatoria y estética dental de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Una única participante fungió como informante clave. Se empleó la entrevista en profundidad como estrategia cualitativa de recolección de la información, así como también el grabador de audio como recurso tecnológico. Nos regimos por el principio de saturación de la información, que una vez recogida fue sometida a un proceso analítico de descripción, categorización, estructuración, contrastación y teorización, tomando en cuenta los criterios de rigor científico como la triangulación. Entre los hallazgos de la investigación destacan la estereotipificación de la odontología como femenina, dada la incorporación masiva de las mujeres en esta área, lo que ha conducido a la ilusión de que la odontología está feminizada. Nada más lejos de la realidad.

Descriptores: Feminismo, odontología, género, mujeres, sexismo, feminización.
Línea de Investigación: Perspectiva de género y diversidad sexual en salud y sociedad.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

"DENUDING THE PATRIARCHAL IMPRINTS OF DENTAL DISCOURSE FROM THE COINCIDENCE OF FEMINISMS"

Author: Msc. Marilia Domínguez Bello
Tutor: Dra. Marbella Camacaro
Date: March 2022

ABSTRACT

This investigative look proposed an approach towards women in the world of dentistry, seeking to make visible a suspected and unsuspected reality, which started from indications that accused the permanence of women at a disadvantage compared to men, in this apparently feminized profession. To this end, subjectivities were traced through the discourse of dental professionals, in order to reveal the gender biases in this health science, which were configured as agents that make it impossible to truly empower women in this field of knowledge. It started from feminism as a theoretical epistemic reference, from where the phenomenon, object of study, was looked at. Hand in hand with the gender methodology, the qualitative was assumed as a course. The human group was made up of 28 professionals, female and male dentists, of which 27 were specialists in the areas of oral and maxillofacial surgery and pediatric dentistry of the Faculty of Dentistry of the Universidad de Carabobo and specialists in operative and aesthetic dentistry and dental prosthesis of the Faculty of Dentistry of the Universidad Central de Venezuela. A single participant served as a key informant. The in-depth interview was used as a qualitative data collection strategy, as well as the audio recorder as a technological resource. We employed the principle of data saturation, which once collected was subjected to an analytical process of description, categorization, structuring, contrasting and theorizing, taking into account scientific rigor criteria such as triangulation. Among the research findings, the stereotyping of dentistry as feminine stands out, given the massive incorporation of women in this area, which has led to the illusion that dentistry is feminized. Nothing could be further from reality.

Descriptors: Feminism, dentistry, gender, women, sexism, feminization.
Research Line: Perspective of gender and sexual diversity in health and society.

EXORDIO

Cuando recién abordamos el camino del feminismo, el despegue se hace agnóstico, partimos desde el escepticismo y desde el recelo de nuestras convicciones. No obstante, la realidad comienza a mostrarse evidente y los eventos hablan por sí solos. Se comienza a tejer una red infinita de avatares que imposibilitan volver atrás, hacer caso omiso y peor/mejor aún, se hace imposible no dejar de tejer, no dejar de cuestionar, no dejar de ver con un lente cada vez más pulido, la realidad de lo que se hacía llamar, la realidad.

Es en este momento, en el que una vez que nuestra mirada se agudiza, nunca más podremos ser aquello que éramos y más allá de simplemente ver todo cuanto acontece, comenzamos a mirarlo con especial detenimiento. Se abre un nuevo camino y otra aproximación a una verdad nos persigue y nos trastoca en cada rincón, cada momento y cada circunstancia de la vida. Hacernos conocedoras/es e iniciarnos en el camino del feminismo nos abre paso a un transitar agridulce; conocer se convierte en un nueva experiencia liberadora, a la vez de inquietante. Quizás toda mujer u hombre, antes de hacerse consciente de la opresión que sufrimos especialmente las mujeres –en el marco del patriarcado–, atraviesa momentos de introspección, reflexión y reconocimiento del fenómeno desde su realidad próxima.

Quizás así, en la constante reflexión de lo que ha sucedido y sucede a mí alrededor, inicié este camino que permitió adueñarme del propósito, interiorizar una nueva verdad, asimilarla y escribir con un alto umbral de sensibilidad y compromiso. Me permití dar tiempo para reflexionar desde mis propias experiencias, experimentar lo que era necesario experimentar antes de embarcarme en este viaje investigativo. Dicen que en el camino de la investigación, en el sendero de la teoría, hay que darse tiempo para ensayar en carne propia las realidades, convirtiéndose la generación de conocimiento en un producto aún más significativo, en tanto las reflexiones no son ajenas a nuestro ser. Lo contrario, tales reflexiones se elevan, haciéndose auténticas, originales y colmadas de legitimidad.

DESDE MIS SUBJETIVIDADES

Siendo apenas una niña, ya había tenido mis propios cuestionamientos acerca de las relaciones entre la mujer y el hombre en la sociedad. Siempre observaba con extrañeza el porqué las mujeres realizaban algunas actividades que los hombres no y viceversa. Era algo que veía en todas partes e ingenuamente y desde el desconocimiento, me atrevía a cuestionar y defender lo que ante mis ojos era lo justo. Sin embargo, mis posturas eran fagocitadas por el sistema: un régimen sigiloso que mis ojos no alcanzaban a ver, ni mucho menos, percibir lo poderoso que era. Muchos años después, tuve la oportunidad de empaparme de las nociones del feminismo y del género, cuando en mis estudios doctorales, cursé el Seminario de "Contra-lectura desde el género de los cuerpos y sus sexualidades", de la mano de la Dra. Marbella, quién encuentro tras encuentro fue despertando y aportando luces a aquello que estuvo entumecido por años, finalmente tomando consciencia activa y facultades para reconocer las desigualdades sociales establecidas entre mujeres y hombres.

Así, con una atmósfera interesante y apasionante de debate, diálogo, compartir de saberes y experiencias de la vida cotidiana misma –desde las más simples a las más complejas–, me atrevería a decir que de manera unánime, todas y todos los que hicimos parte de ese seminario, hombres y mujeres, experimentamos una mutación en el pensamiento y en nuestra sensibilidad como seres humanas/os; y lo más notable y lo que para muchas/os puede ser un aspecto a cuestionar: es que se trató de un viraje no obligado. Evidentemente, toda esta experiencia significó la desestimación de muchos ideales dados por sentado, el derrumbe de una cosmovisión de vida; un giro en la manera de percibir el mundo.

A partir de ese momento y soltando la mano de aquella mentora, no hubo experiencia académica en la que no se reflejara aquella sensibilidad compartida. A partir de ese momento, fue y es inevitable la vida en sororidad con aquellas mujeres que hacen parte de mi existencia, incluidas aquellas que aún no terminan de quitar el antifaz a la realidad que enfrentan, pero que con ellas he aprendido de la dura tarea

que significa, hacer conscientes a otras/os, sin ser juzgada. Quizá esto último es lo más difícil porque hacerse consciente de la realidad desde la mirada feminista y de género, significa luchar con toda una doctrina que continúa su curso de las formas más imprevistas e impesadas.

Puedo narrar una experiencia que me permitió dar cuenta de ello, cuando tuve la oportunidad de vivenciar la manera sigilosa e inadvertida en cómo se reproduce y refuerza la opresión hacia las mujeres. Esta experiencia tuvo lugar en una iglesia católica, cuando escuchaba el sermón de un sacerdote, cuyo mensaje estaba dirigido a comprender que *las personas no somos la cruz de otras*, y que se debía aceptar a las personas como son, y en la medida que se ame al prójimo, se alcanzará la felicidad. Entre los ejemplos que el sacerdote ofreció para ello, se encontraba la relación entre parejas –esposas y esposos–, que desde la gracia de algunos chistes, terminó por describir los roles y características del hombre y de la mujer, en función de su naturaleza, con la gran intención de que ambas partes comprendieran que deben reconocerse y aprobarse unos a los otros, porque así son naturalmente y no por ello, deben asumirse como una *cruz*.

Así, la teoría manifiesta por aquel sacerdote establecía que la mujer por naturaleza es multifocal, en el sentido de que las mujeres somos capaces de hacer una multiplicidad de tareas y no perder el foco en cada una de ellas, y el hombre, en cambio, es un ser focal, concreto y puntual en sus acciones y pensamientos:

> *Al levantarse la mujer, comienza el lio con el marido porque éste dejó el zapato en la sala o no bajó la poceta, mientras que ella le plancha la camisa, monta el desayuno, manda a un hijo a bañarse, al otro lo viste, le da el desayuno y al otro el tetero. Los lleva al colegio, mientras se maquilla y habla por teléfono. Mientras que el hombre es focal: El hombre se levanta, se alista para ir al trabajo y al final del día, al regresar del trabajo se sienta a ver televisión, en un intento de despojarse de las cargas del trabajo y descansar. El hombre se enfoca en una cosa y concentra toda su atención en una actividad. Por eso es que cuando la mujer se acerca a hablarle de todo lo que ella hizo en el día y además de continuar con el tema en discusión de la mañana, no fluyen por su naturaleza.*

El sentido de estas premisas, planteadas en términos teóricos por un sacerdote, me hizo dar cuenta de lo complejo de la realidad. Desde los últimos asientos de la iglesia y con una vista global del escenario, había escuchado un completo sermón sexista emitido por un sacerdote y solo reflexionaba acerca de cuántas personas habían en el lugar, cuántas mujeres asentaron la cabeza en aprobación de cada palabra y cuántos hombres reían de la gracia del sacerdote y aprovecharon de señalar a sus esposas, cuando hasta el mismo sacerdote las tildó de *cuaimas y doble cuaimas* con mucha festividad. En ese momento pensaba en cuantas mujeres habían sido condenadas en ese instante a ser *multifocales* sin quejarse, y cuantos hombres disfrutarían de la televisión sin ser perturbados, por ser *focales*, porque la palabra de un sacerdote en una comunidad seguidora tiene peso, impacta. Así, lo "natural" es lo que es, y no puede ser visto como una cruz…*pobres mujeres*.

De manera que desadormecí paso a paso. Lo que sospechaba desde pequeña apenas era la punta del iceberg. Me había dado cuenta que vivíamos en función de lo que la sociedad tenía establecido como patrón, como normal, lo natural y de pronto todo lo que era válido para mí, dejó de serlo. Así, al volcar mi mirada sin velo alguno sobre mis decisiones de vida como mujer, vino a mi memoria una de ellas que pudo llevar mi camino hacia otros senderos que no son sobre los que hoy me encuentro inmersa. Ya me había hecho profesional de la odontología y, el próximo paso en un proyecto de vida no muy bien trazado suponía ser el matrimonio y la formación de una familia, como muchas de mis compañeras colegas.

El deseo de formar una familia, la edad y la presión del entorno social marcaron pauta en las decisiones próximas. Discurría entre iniciar mi vida en salas de quirófano, con estudios intensos, guardias sin cesar. O más bien, elegir algo más llevadero, que no me exigiera el compromiso de gran parte de mi tiempo. Y allí permeaban las ideas de la maternidad, la familia y la sociedad. Me encontraba en una constante medida de lo que era mejor, lo que era conveniente, pero lo que en ese momento pensaba que era lo mejor para mí, hoy comprendo que en parte, fue lo que quiso la otredad.

Recuerdo que decidí tomar el examen de admisión para ese campo que tanto me apasionaba pero que *no me convenía*. Llegado el día del examen, no logré ser puntual. Habían transcurrido varios minutos cuando llegué. Ya en frente de la puerta, escuchaba las voces de quienes allí estaban. Ese acontecimiento visto como *un mal comienzo* sería asumido como una señal y estando frente a esa puerta, había comprendido que eso no era para mí. El próximo paso en el bosquejo de mi vida no estaría en la sala de quirófano. Regresé a casa con una sensación híbrida de alivio y pena. Hoy comprendo todo lo que estaba puesto en juego, todo lo que permeó en mi mente. Era mi lucha contra un sistema verdaderamente poderoso…*y sin dar batalla, perdí.*

CAPÍTULO I

LO SOMBRÍO DE LA NOCHE

"Las tonterías dejan de serlo cuando son realizadas de forma atrevida por gente con sensibilidad"

Feminista Jane Austen

Esbozando la Silueta de la Realidad

La realidad de mujeres en el espacio odontológico constituye el vástago de inspiración de esta investigación en tanto, la mujer es la que predomina, al menos, cuantitativamente en el estudio de esta profesión, siendo un oficio aparentemente "dominado por mujeres" hoy día. Sin embargo, pese a esta peculiaridad, nos surge una sospecha de que la odontología como disciplina continúa subordinada a las directrices del orden social androcéntrico, siendo que sobre la base de un sistema patriarcal profundamente enquistado, todavía lejos de ser desmontado y que no estima la realidad de las mujeres ni las relaciones de poder entre los sexos, toda ciencia es conmovida.

En este sentido, pese a los grandes esfuerzos históricos que se han emprendido y que han librado batallas memorables a favor de las mujeres, se continúa dibujando un paisaje subrepticio, que deja ver desde el lienzo, mujeres exitosas por haber alcanzado un lugar en la esfera pública, pero camufla el verdadero estado sombrío de la realidad, generando la falsa sensación de que las mujeres tienen voz propia y que son libres. Es por ello que, los temas prioritarios que se debaten en torno a la condición de las mujeres en este siglo XXI, discurren en las ideas de un falso

argumento de la igualdad, como el placebo que calma las ansias de las mujeres en su lucha por una mejor calidad de vida. En ideas de la feminista Greer (2000):

> Si la igualdad significa el derecho a participar en igualdad de condiciones de los beneficios de la tiranía, dicha igualdad es inconciliable con la liberación. La igualdad en un mundo no libre significa meramente una licencia para explotar. El tributo de labios afuera que se rinde al feminismo en los países desarrollados es un cómodo encubrimiento para enmascarar la masculinización del poder…(p.17).

Como es manifiesto, ya es una tarea adelantada, el reconocimiento de que las mujeres permanecemos en desventaja, pese a las leyes y a los innumerables movimientos feministas en el tiempo y a lo largo y ancho de todo el planeta. Pasa factura la ingenuidad de creer que por la tan sola apertura a la mujer al espacio público ya su situación estaría resuelta. Las mujeres deben sentirse entonces, atendidas y complacidas, pues mire donde se mire, pareciera que tuviesen más poder que nunca, nos lo dicen los jinetes ideológicos: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, las leyes.

Esto demuestra por un lado, el estado de indefensión de las mujeres y lo muy fortalecido del patriarcado, sin lugar a dudas, no se trata de un sistema extinto ni mucho menos primitivo como lo define Real Academia Española (RAE). Y por el otro, que la liberación de las mujeres no puede venir de los varones, sino de las mujeres mismas, sujetas de poder, que concientizadas y empoderadas, se revelan y resquebrajan por su propio peso, sus relaciones con aquel que las domina. Es por ello que teniendo como bandera los tan nombrados principios de equidad e igualdad, es de interés de esta investigación el desvelamiento en profundidad de las realidades que viven las mujeres, en una búsqueda amplia de las disparidades y confrontaciones de género en este oficio en pleno siglo XXI.

El deseo de seguir sumando a los aportes de investigadoras/es a la causa feminista y de reivindicación de la mujer en las ciencias es lo que nos incentiva a emprender este viaje hacia lo desconocido, partiendo de una posición militante de la corriente feminista, la cual para nuestro juicio, constituye el estribo de donde se soporta

cualquier intento de búsqueda de la identidad propia de las mujeres, la validación de sus saberes y su emancipación en todas las esferas de actuación, de las que no gozan de plena identidad y reconocimiento, al contrario, se les filtra por el mismo embudo masculino, del que se les mira y mide incesantemente. En ideas de Comesaña (1995), "es el feminismo y las feministas concretas y reales quienes, sobre todo en nuestro siglo, han abierto recursos necesarios a todo lo que debe analizarse en términos de opresión, subordinación, explotación, y poder" (p. 104). Entendiendo que existen diversas formas de dominación, la del rico sobre el pobre, la del blanco sobre el negro, la del hombre sobre la mujer, pero es en definitiva esta última, la monumental de las dominaciones.

Como mujer, odontóloga, concientizada y sensibilizada, me regocija pletóricamente la idea de impulsar este estudio, que si bien cobra distancia del pensamiento nomotético del cual fui formada, hoy día ha ocupado gran parte de mi atención y tendencia académica, en tanto significa repensar, redescubrir y reorientar el oficio odontológico, y del que deseo perturbar la quietud de un estado de cosas, del que pocas personas se atreven a mencionar, o bien desvirtuar un manojo de premisas erróneas que gozan de muy buena salud y que se dan por sentado sin cuestionamiento alguno.

De manera que es menester para esta producción doctoral, escudriñar la ciencia odontológica; ciencia que pareciera haberse quedado soldada a una lógica patriarcal, que no ha permitido reivindicar a la mujer, no con *una tajada más grande del pastel* como diría Rosalía Camacho, sino con el reconocimiento genuino de las grandes inequidades y desigualdades que histórica y milenariamente hemos sufrido las mujeres en todos los niveles. Esto solo es posible si esta es atravesada por el seísmo de una teoría sensible, crítica y protestante que reclama justicia en cada rincón donde habita y cohabitan las mujeres: el feminismo. El feminismo como una teoría y una epistemología emergente que demanda el desmontaje del orden establecido a favor de la existencia del hombre y pretende propiciar un piso epistémico para dar cabida al saber de las mujeres, sin sesgos ni ataduras.

Esto nos remite a una interesante discusión de algunos puntos álgidos a ser examinados, debatidos o impugnados, como: ¿Es tan cierto el protagonismo de las mujeres en el mundo odontológico? ¿Es la incorporación de la mujer en la profesión odontológica vista como un triunfo de las mujeres en el mundo científico académico? ¿Se trata de un oficio digno para los varones? ¿Se superan los estereotipos de género? ¿Se traspasan las barreras sociales de género, clase, raza? ¿Cuál es el valor que se le otorga socialmente a lo odontológico? Es notable lo prácticamente inexistente o exiguo de los estudios en el campo odontológico, que buscan reposicionar a la mujer en términos de verdadera equidad e igualdad de condiciones, que gozan los hombres en esta particular área del saber.

Asimismo, aprehendernos de la perspectiva de género para llevarla hacia la disciplina de la odontología como institución y como rama del saber que parte del modelo biomédico, coloca sobre la mesa cuestiones polémicas particulares y generales de este campo, como la supuesta feminización de la profesión, el papel de la mujer en la génesis de conocimiento, la construcción social de la identidad de la mujer, la distribución de los roles y con ello, la distribución del ejercicio de la profesión.

De manera que controvertir unos supuestos sólidamente establecidos y cuestionar su sentido de verdad, en un espacio en el que presuntamente reina la mujer, es una discusión interesante y revitalizante que promete un esfuezo intelectual en la aproximación de la comprensión de la vida de las mujeres en la ciencia odontológica, y por ende, de todas aquellas que ejercen la *biomedicina*.

Un Rostro más nítido de la Cuestión

En el devenir de las últimas décadas, ha habido un aumento importante en la incorporación de las mujeres a diversidad de ocupaciones que han sido dominadas históricamente por el hombre, siendo esto objeto de estudio para la sociología, pues se ha planteado que si las mujeres pasan a figurar como el componente de fuerza de trabajo que ahora se impone, no sería absurdo pensar que la naturaleza de las

prácticas profesionales sufra una significativa mutación. Así, en el caso que nos ocupa de la odontología, sucede un fenómeno interesante que marca la primera pauta de esta investigación, su "feminización". Esto es que, en el imaginario popular, se encuentra la idea de que la odontología es una profesión de mujeres, y no es descabellado asumir esta afirmación cuando son las mujeres las que mayoritariamente se inician y profesionalizan en esta disciplina hoy día, asumiendo por tanto que odontología es sinónimo de mujer.

Esto contrasta significativamente con la distribución de trabajo odontológico durante gran parte del siglo pasado, cuando la participación de la mujer se limitaba al auxilio, cooperación y asistencia del sabio hombre dentista, quién finalmente tenía la preciada capacidad de ejercer el oficio. Tanto así que la mujer era la figura exclusiva para ocupar el cargo de asistente dental y para ella, se dirigieron textos y cursos orientados a detallar sus roles, en consecuencia, hablamos de roles inherentes a su condición sexual de ser mujer. López Campo (1975) nos recrea con algunas funciones principales que debe cumplir la asistente dental, en su Libro titulado "La Asistente dental", lo que lógicamente no daba espacio para alguna incursión de los hombres en esta ocupación de la odontología:

> **La asistente dental** será responsable de la preparación del área de trabajo antes de iniciar las actividades del centro, supervisando la limpieza y realizará la de los equipos y aparatos de uso estomatológico. Será responsable de la perfecta y continuada limpieza y esterilización de todo el instrumental en uso, así como de recoger, revisar y guardarlo al finalizar cada sesión de trabajo. Ordenará y distribuirá las historias clínicas de los pacientes citados cada día pasándolos al gabinete, y situándolos convenientemente en el sillón dental, preparando todo el instrumental y material necesario para que aquellos puedan ser atendidos por el estomatólogo o técnico. Auxiliará al estomatólogo o técnico en todo lo necesario para que pueda cumplir su labor *[Las negrillas son nuestras]* (p. 23).

Hoy día, se evidencia una mínima incorporación de los hombres en estas tareas y la preservación en masa de las mujeres de este oficio, lo que nos obliga a conjeturar que los cambios que se han estado dando en todos los ámbitos ocupacionales de la odontología no son verdaderamente significativos desde la igualdad de género. Nos preguntamos ¿Llegará el día en que la asistencia dental se constituya en un cargo

atractivo para varones tanto como lo es para las mujeres? De hecho, las higienistas sospechan que la incursión masiva de hombres en este campo elevaría el oficio a una categoría superior, mejorando sus condiciones en términos de ingresos y prestigio.

Es tan así, que todavía se da el caso de pacientes que no asumen a las mujeres como las facultativas sino como las asistentes dentales. En efecto, varios estudios revelan que la presencia de la mujer en los estudios odontológicos, tanto para formarse como higienistas como para profesionalizarse, va en crecimiento exponencial y con tendencia a superar la presencia masculina, en el caso de esta última. Pallavi y Rajkumar (2011) exponen desde una perspectiva global, el presente escenario de las mujeres en odontología:

> En Estados Unidos, en el campo dental 42% son mujeres, en Finlandia 75% de los que practican son mujeres. En India, de 50 a 60% de estudiantes en todas las escuelas dentales son mujeres. En Rusia, las mujeres constituyen el 48% de la fuerza de trabajo, en Reino Unido 50% de los nuevos ingresos son mujeres y para el 2020, se espera que más del 50% sean mujeres las que se inicien en esta ocupación[1] (p. 3.).

Mientras que en Latinoamérica, aunque no se hace tanto ahínco en el estudio y seguimiento de estas tendencias y no existen estadísticas de fácil acceso, hallamos que en México se estima que entre los años de 1996 y 2000, la mujer pasó de representar el 63.8% de la población al 66.2%, con lo cual la odontología se perfilaba como una profesión fuertemente femenina (López Cámara y Lara Flores, 2005; p. 107). Asimismo, en Venezuela, no existe data formal que refleje la proporción mujer/hombre en la profesión; aunque, se estima que la mujer odontóloga ocupa el 80% de la población entre mujeres y hombres egresadas/os, aproximadamente (Colegio de Odontólogos de Venezuela, 2017).

Sin embargo, si bien, la mujer ha logrado incorporarse al ejercicio profesional odontológico, esto no necesariamente equivale a que, su mano de obra y pensamientos se hagan efectivos, tanto como sí lo son la mano de obra y pensamientos masculinos. Muy pocos estudios realizados especialmente en países desarrollados, han abordado el problema de la mujer en este campo "feminizado" y estos pocos dan cuenta de una realidad irónica pues todo parece indicar que no existe

tal feminización. De hecho, para diversas/os autoras/es, continúan existiendo obstáculos que impiden que la mujer se desenvuelva plenamente en esta disciplina con verdadera paridad en relación con el hombre, y que estos obstáculos son iguales o peores que aquellos que se evidencian en otros oficios.

La situación de la mujer finalmente, parece no haber mejorado ni mucho menos trascendido de la simple variación del rostro que dice presente en los sillones dentales, pues sus voces en gran medida todavía permanecen silenciadas. Y es que, no cobra sentido la idea de que las mujeres se constituyan como el grupo que domina, si todavía se vislumbra un desbalance de oportunidades entre la mujer y el hombre. Aquí es válido acotar una afirmación de la Organización de Naciones Unidas de las Mujeres (ONU Mujeres, 2016; p. 7) cuando asevera que "todas las regiones en desarrollo del mundo prácticamente han conseguido la matriculación igualitaria de niñas y niños en la escuela primaria. Se trata de un logro histórico, aunque está todavía inconcluso". Por supuesto, que ha de estar inconcluso, pues la sola presencia de las mujeres en los espacios científico-académicos no se traduce en que se ha aniquilado el problema que nos ocupa.

Por consiguiente, cuestionamos la ligereza con la que se afirma que las mujeres estamos en el ranking de las profesiones, tal como lo expresan la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2015) cuando señalan que existe una clara y progresiva feminización de las profesiones de la salud. Para afirmar esto, tendríamos que entender primero, a qué hace referencia el término "feminización". Si algo, si tienen claro tales organizaciones es que la incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo representa nuevos retos para los equipos sanitarios de las Américas.

Hablar de feminización de las profesiones, como en el caso particular de la profesión odontológica, tomando como referencia el número, el dato o la cifra, significa reducir el complejo entramado que embarga social e históricamente este oficio y adoptar una actitud ligera de los fenómenos sociales. Así por ejemplo, existen estudios que se han dado a la tarea de cuantificar el ejercicio de las mujeres en el tiempo, aunque como de esperar, de una manera bastante laxa y con un sentido o una

lectura definitivamente no genérica, tal es el caso de las interpretaciones de Torres, Balzán, Ferrer y Weir (2010) cuando comentan lo siguiente:

> En relación con las variables edad y sexo, un 49% de la población del sexo femenino es mayor a 46 años, y de ella un 23% se encuentra entre los 25 a 35 años de edad, representando a los profesionales recién incorporados al proceso productivo. Esta situación evidencia que **las profesionales de la odontología han modificado sus perspectivas en el tiempo, y constituyen una mano de obra calificada e importante, en las diferentes edades y etapas de su vida**, quizás como consecuencia de una mayor incorporación de la mujer al campo laboral [*Las negrillas son nuestras*] (p. 46).

Es evidente que quienes conforman el bulto entre las mujeres, son mujeres jóvenes. Basta con asomar la idea de género, para dar cuenta de que afirmaciones como éstas se encuentran eximidas de sensibilidad, crítica y conocimiento de las luchas de las mujeres, y por tanto es evidente su carácter somero de análisis. No se puede hablar de victorias ganadas, si todavía la mujer tiene que lidiar con el androcentrismo imperante, reflejado en discriminación, sexismo y exclusividad de los quehaceres domésticos, lo que conlleva a deserción a priori, deserción con la edad, recesos en la carrera, menos posibilidades de desempeño en entornos públicos, así como menos probabilidad de crecimiento profesional.

Entonces, ¿cómo la teoría de la feminización de la odontología se hace compatible con esta realidad paralela? Esto nos lleva a aspirar el desmontaje de la idea-fachada que se tiene, que la mujer ocupa una posición sobresaliente en este campo científico y aquí se tiene un análisis asertivo y oportuno de la realidad, propuesto por Saturno Canelón (1996):

> Acerca del proceso de feminización, que aunque abundante, no es exclusivo de odontología, se han dado muchas explicaciones no excluyentes entre sí. Como su comienzo se ubica alrededor de 1960, se le ha asociado con el clima de tolerancia, la expansión de las comunicaciones y el desarrollo científico posteriores a la Segunda Guerra Mundial, asimismo, con la rebeldía del "poder joven, con la "liberación femenina". Hay también razonamientos de naturaleza económica: entre 1950 y 1985 la fuerza de trabajo femenina creció notablemente, pasando del 49 al 57% de las mujeres adultas en los países industriales y del 37 al 42% en los subdesarrollados. Estas cifras, por supuesto

> se refieren a la incorporación femenina a todo tipo de trabajo, expuesta a discriminaciones diversas asociadas con la condición de madres o con sus quehaceres hogareños…A estas consideraciones debemos añadir las que, según los estudiosos del tema, suelen inducirlas a la escogencia de la profesión dental: la independencia que ofrece la práctica privada y la posibilidad de ejercer en su propia casa o, por lo menos, de organizar el horario clínico adoptándolo a sus compromisos familiares (p.173-174).

Es claro que queda en entredicho tales aseveraciones, de que la mujer ha tenido mucho que ver con el oficio odontológico, debido a que públicamente quienes han tenido reconocimiento de la ciencia han sido los hombres. Este fenómeno es impensable para la academia y no es tan siquiera planteado y considerado como relevante en función de los valores de justicia e igualdad. Por lo que, caben interrogantes acerca de ¿es posible que la voz masculina sea las más escuchada en el campo odontológico? ¿Es la voz de las mujeres, una voz ajena? ¿Qué significará para las mujeres, en tanto mujeres, su participación del campo de la odontología? ¿Cuál es el papel de las mujeres en odontología?

Tomando en consideración la posición universal de la mujer, en desventaja con respecto del hombre en razón de su sexo, vale la pena resaltar lo que Rodríguez (1999; p. 26) nos advierte en relación a la práctica pública odontológica, en donde se pueden presentar situaciones donde se observa un entramado juego de relaciones de poder y dominación, donde el poder-saber que trae consigo la acumulación de conocimientos y la jerarquía de cargos, hace que se dificulte la realización del acto laboral. Lo anterior se presenta debido a que en muchas ocasiones se constituye un régimen de saber y de verdad que presume un discurso de autoridad específico, que fundamenta unas relaciones basadas en situaciones diferenciales de poder, lo que entorpece la realización de la jornada laboral, ya que pueden generar presiones de tipo psicológico, que produzcan angustia y con ello pena o sufrimiento.

Tales relaciones de poder se sustentan en la vigencia y vigorosidad de este sistema patriarcal, que nos impide dar con la plena y saludable participación de las mujeres como profesionales dentales, desde de sus prácticas particulares, sus saberes y sus aportes al progreso de la salud bucal. Scarbecz y Ross (2005) en un estudio sobre las tendencias actuales en la práctica y en la educación dental refieren que:

> Poco se sabe acerca de las características de las prácticas dentales de las mujeres, incluyendo sus honorarios o tarifas anuales, sus bancos de pacientes, estilos de práctica, o cómo estos factores podrían afectar sus ingresos o los cuidados hacia el paciente. Poco es conocido acerca de las estrategias que las mujeres dentistas emplean para balancear el trabajo y las demandas familiares, o qué tan exitosas son estas estrategias[2] (p. 4).

La sociedad cuestiona a la mujer por el hecho de creer que ella no puede ser tanto buena líder como buena mujer, prevaleciendo expectativas de roles según cada sexo. Una buena mujer es aquella que exhibe rasgos femeninos como ser tierna, amistosa, protectora, emocional, sensible y maternal. En contraste, un buen líder supone demostrar rasgos masculinos, que lo definen como apacible, decisivo, bajo control y dominante. Y estos estereotipos se producen y reproducen tanto que se refleja hasta en la distribución de las mujeres entre las especialidades y ocupaciones del medio, con mayor número de mujeres en la asistencia o higiene dental, que en la mecánica dental. O desde el ámbito profesional y especializado, con pocas mujeres en el ámbito de la cirugía buco-maxilofacial, resultando en un campo casi exclusivo para los hombres.

Según datos provenientes del Colegio de Odontólogos de Venezuela (2017) para el año 2016, más del 60% y 70% de la población venezolana de especialistas en prótesis dental y cirugía buco-maxilofacial u oral, estaba representada por varones, respectivamente. Mientras que menos del 15% de la población venezolana de especialistas en odontopediatría eran hombres. Pocos estudios, y mucho menos en Latinoamérica reportan esta realidad, en la que todavía parece estar presente la discriminación de las mujeres por su sexo, evidenciándose la equidad "de papel" imperante en las ciencias de la salud. Valga la cuña de que así como no existe casi evidencia de las calamidades que sufren las mujeres en la esfera privada, no se ha de creer que la esfera pública por estar expuesta y directamente atacada por algunas leyes, está repleta de datos asequibles. No por el hecho de que no se encuentren datos visibles, no quiere decir que no esté sucediendo en los diversos entornos de lo

público, donde hace vida la mujer. Al respecto, Alfaro Alfaro y López Zermeño (2011):

> Una de las principales dimensiones de la equidad se basa en incorporar el enfoque de género en salud. Tiene vital importancia, al analizar el papel diferencial que desempeñan hombres y mujeres en la producción cotidiana de la salud. La equidad en salud se traduce en términos operacionales en la minimización de disparidades evitables y sus determinantes, entre grupos humanos con diferentes ámbitos sociales (p. 471).

Asimismo, el ámbito productivo es todo un tema de lucha para las mujeres y no termina de agotar su vigencia ni mucho menos su carácter universal, en tanto goza de ubicuidad en todos los ámbitos profesionales. Aunque pocas investigaciones han abordado estos asuntos, es incuestionable que las mujeres odontólogas también sufren los embates de este sistema, cuando existe data que refleja que la mayoría de las mujeres de esta profesión trabajan no más de dos días por semana. Tirado (2014) nos ofrece una mirada reciente de esta realidad:

> La doble presencia se consolida como una de las características definitorias de la situación de las odontólogas, quienes aceptan como un hecho natural la responsabilidad de las labores en los dos espacios, productivo/reproductivo; reforzando la idea de la naturalidad que se le ha dado al fenómeno de la adscripción de la mujer en ambos ámbitos. Históricamente, la responsabilidad del trabajo de la reproducción ha recaído prácticamente de forma total y desproporcionada sobre la mujer, y no es diferente la situación vivenciada por las odontólogas (p. 249).

Así, Pallavi y Rajkumar (2011) amplían esta noción al abordar la práctica dental entre mujeres dentistas:

> Las horas de trabajo de dentistas femeninas no difieren significativamente de las horas de trabajo de su contraparte masculina, hasta que ellas tienen niños. Las horas de trabajo de las dentistas mostraron un salto distinto tan pronto conformaron una familia. Además las mujeres dentistas son más probables de tomar recesos en sus carreras. Es claro que la crianza y las responsabilidades familiares tienen un gran impacto en la vida laboral de las mujeres. Diferencias significativas entre hombres y mujeres son evidentes en el escalafón laboral y en la especialización en una institución académica. Debido a la orientación societaria, la cual considera a las mujeres primeramente como amas de casa, las

> responsabilidades del cuidado de la familia continúan recayendo desproporcionalmente sobre las mujeres, y este hecho explica por qué las mujeres abandonan sus carreras en etapas avanzadas[3] (p. 5).

Aparentemente, la participación de la mujer de esta profesión no ha resultado en un cambio en su posición desfavorecida frente al hombre, como lógicamente se pudiera inferir ante el número elevado de mujeres que se han incorporado en esta ocupación, por lo que será imperioso para esta investigación, aclarar si la "feminización" de la odontología se trata de un mito o una realidad. Jary y Jary (1995; p. 245) conciben la feminización de las profesiones como una transformación más fundamental que va más allá de la incorporación numérica dominante de la mujer en una ocupación, que conlleva a que la ocupación sea vista como un trabajo para mujeres. Para nosotras en cambio, se trata de una conversión en la visión dominante de que el sexo masculino es el único que define y representa la profesión. Esto, por supuesto, vendría dado de un vuelco o viraje de la profesión, que en conciencia de género, de respuesta a las necesidades de las mujeres, cambiando la lógica del trabajo y permitiendo el igual desenvolvimiento y crecimiento en la profesión, del que gozan los varones.

A propósito de esto, Farill Guzmán (2009; p. 8) comenta que desde hace varios años se viene manejando la idea de que "la odontología 'había sido ideada para que la estudiaran las señoritas'. O sea que se planeó para que fuera una carrera propia para mujeres. Tal vez porque podían poner su consultorio hasta en la casa, pero solamente tal vez". En tal sentido y de manera perspicaz, son interesantísimos algunos análisis de autoras/es que se preguntan si la entrada de las mujeres a la profesión dental es consecuencia de que el oficio haya bajado de estatus profesional. Adams (2005) cuestiona la genuina incorporación de las mujeres y se pregunta ¿la *feminización* es el resultado de un declive en el estatus profesional, la causa de tal declive, o ambos?[4] (p. 73). Considerando que la odontología logró constituirse como oficio digno de prestigio y respeto para los hombres, pero no para cualquier hombre además, y lo mismo aplicaría para las mujeres.

Por otro lado, lo anterior nos obliga a reconocer y tomar en cuenta que los modelos de conocimiento constituyen el epicentro desde donde se define, acepta, valida y soporta el conocimiento y estilos de vida. En concreto, los modelos de conocimiento establecen y moldean el orden social y viceversa. En este sentido, debemos señalar que el positivismo como modelo hegemónico, y con éste, el modelo biomédico, han pretendido *invisibilizar* todo aquello que sus simpatizantes han definido como lo otro, lo diferente, lo anormal, lo excepcional; y por tanto, han sido indiferentes ante la complejidad que trae consigo la vida humana. De modo que han pretendido totalizar y universalizar una única manera de pensamiento válida para toda la humanidad. Lander (2008) en relación a la ciencia positivista refiere que de esta:

> Ha sido señalada su complicidad básica con el proceso histórico de imposición colonial-imperial del modelo de vida, y de estar en la naturaleza, de la experiencia cultural de Occidente al resto de los pueblos del planeta, como un modelo de conocimiento que al rechazar la validez de los saberes del otro, de todos los otros, les niega el derecho a sus propias opciones culturales, modos de vida y con frecuencia a la vida misma (p. 41).

En consecuencia, se hace imperante la necesidad de desmontar progresivamente el sombrío tapiz de esta ciencia y su epistemología, que en su intento de perpetuarse como derrotero, ha fagocitado la representación de la mujer como parte de ese otro excluido que se oculta, desestima y niega. Sin duda, este estudio aspira constituir una tribuna para la reflexión de la comunidad universitaria, institucional y profesional de la odontología que impulse el desvelamiento de la omnipresencia del discurso que desfavorece a las mujeres y aprisiona a los varones, es decir, la sumisión de la mujer al hombre, y el hombre a su condición o rol de “hombre”, cuestiones que no han permitido el destierro de preconcepciones, prejuicios y valores propios del sistema patriarcal y que también suponen penetrar en el campo de la odontología.

Si se asume el hecho de que la odontología venezolana sustenta su práctica en el paradigma positivista, esta es entonces, *ahistórica*, causal, lineal, individualizada, reduccionista, *biologicista*, y en ese mismo orden, las/os profesionales de la

odontología venezolana han sido formadas/os bajo la influencia del modelo biomédico tradicional y todas sus secuelas *cosificadoras*.

Asimismo, considerando el androcentrismo como un mal pandémico, coincidiendo con esta frase oportuna de Morales y González (2007): "la discriminación de género no distingue fronteras, lenguas, culturas, ni grupos sociales" (p. 1), resulta oportuno destacar que el contexto académico no escapa a esta penosa realidad. De manera que, creemos que la re-conceptualización de la profesión odontológica, vislumbrando en ella otros intereses derivados del feminismo y no del patriarcado, convergería en la eclosión de valores democráticos que tanto hacen falta, especialmente en la vida de las mujeres. Como refiere Harding (1987), estamos convencidas que:

> Reconocer la importancia de las experiencias femeninas como recurso para el análisis social tiene aplicaciones evidentes para la estructuración de las instituciones sociales, de la educación, de los laboratorios, las publicaciones, la difusión cultural y el establecimiento de agencias de servicio; en suma, para la estructuración de la vida social en su totalidad. Por ello, debe enfatizarse que son las mujeres quienes deben revelar por vez primera cuales son y han sido las experiencias femeninas (p. 21).

Esto nos lleva a precisar lo que aspiramos, calibrando nuestro enfoque y no perdiendo de mira nuestra intencionalidad fundamental, aquella de develar la realidad de las mujeres en el espacio odontológico. Veamos entonces,

¿Hacia dónde se encauza nuestra Mirada?

En el anhelo de aportar luz al mundo de vida de las mujeres en odontología, fue pretensión de esta investigación rastrear lo subjetivo que habita en el discurso de mujeres y hombres profesionales de la odontología, especialistas en áreas clínicas de cirugía buco-maxilofacial, odontopediatría, prostodoncia y odontología operatoria y estética, en relación a sus prácticas, experiencias, relaciones, tendencias, roles y barreras dominantes que se ponen de manifiesto desde el género, para así develar la realidad que viven las mujeres durante su trayectoria académica y laboral en el campo odontológico.

Nuestra intención fue mostrar lo subjetivo subyacente de esa relación entre mujeres y hombres desde la perspectiva de género, al acecho de lo sospechado y hasta lo insospechado, pistas, sesgos o cualquier reproducción de las clásicas dicotomías que perpetúan la posición privilegiada del hombre, so pena de lo biológico, perfilándose en las segregaciones y dualidades entre lo natural/cultural, producción/reproducción y objetividad/subjetividad. Todo ello, nos aportó luces para desmontar la idea colectiva que se tiene que la mujer es el grupo dominante en la profesión odontológica, y por tanto, que esta profesión está feminizada. Para dar una idea en qué plano estamos ubicadas con el propósito trazado y el alcance anhelado, tomamos como referencia una interesante delimitación realizada por Gómez Rodríguez (2001), quién divide en dos grandes grupos, los intereses que se persiguen en los estudios de las mujeres:

> Por un lado, están las investigaciones socio-históricas en las que se pretende dar cuenta de cuestiones como la poca presencia de las mujeres en la ciencia o su exclusión de la práctica científica, a través del estudio de las barreras educativas y las socio-institucionales que lo ha impedido. Al mismo tiempo, se intenta recuperar las figuras históricas que han efectuado aportaciones a la ciencia, rescatando del olvido las voces de las científicas y, por tanto, una historia de la ciencia negada por la historia oficial…Por otro, tenemos las investigaciones centradas en indagar los sesgos de género presentes en las teorías, métodos y procedimientos generales de la ciencia que han supuesto una revisión crítica del conocimiento científico (p. 437).

Ante esta división de intereses, estimamos que nuestro propósito se apegó a la segunda tendencia investigativa, considerando que develar la realidad de las mujeres en el espacio odontológico viene a ser el ombligo de este esfuerzo e implica la indagación de posibles sesgos de género y su relación con la posición que hoy ocupan las mujeres en el campo de la odontología y sus diversos ámbitos ocupacionales. Por tanto, nuestro propósito no se frenó en la descripción de la situación de la mujer odontóloga como trabajadora, que como la mayoría de las mujeres se ven sometidas a soportar dobles y terceras jornadas laborales; sino que además buscamos dejar al desnudo lo que las desfavorece, oprime e impide su desenvolvimiento profesional en iguales condiciones que las de los hombres.

En atención a la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Una oportunidad para América Latina y el Caribe (ONU, 2016), y su objetivo cuatro (ODS 4), que está dirigido a garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todas/os, el cual propone:

> De aquí a 2030, eliminar las disparidades de género en la educación y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad. Además de asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible (p.15-16).

Así como también, el Objetivo cinco (ODS 5) que plantea el logro de la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, el cual establece:

> Si bien se han producido avances a nivel mundial con relación a la igualdad entre los géneros a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (incluida la igualdad de acceso entre niñas y niños a la enseñanza primaria), las mujeres y las niñas siguen sufriendo discriminación y violencia en todos los lugares del mundo. La igualdad entre los géneros no es solo un derecho humano fundamental, sino la base necesaria para conseguir un mundo pacífico, próspero y sostenible. Si se facilita a las mujeres y niñas igualdad en el acceso a la educación, atención médica, un trabajo decente y representación en los procesos de adopción de decisiones políticas y económicas, se impulsarán las economías sostenibles y se beneficiará a las sociedades y a la humanidad en su conjunto (p. 17-18).

Y partiendo de la vigencia de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la República Bolivariana de Venezuela, tomando en consideración en primera instancia el artículo 3 numeral 3, el cual destaca el derecho de la mujer a la igualdad de derechos entre la mujer y el hombre. Además del artículo 14; el cual reza que:

> La violencia contra las mujeres a que se refiere la presente Ley, comprende todo acto sexista que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial; la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado (p. 6).

Además del artículo 25, el cual está vinculado a las atribuciones del Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de educación superior, estableciendo que:

> El Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de educación superior, desarrollará acciones para *transversalizar* los *pensa* con la perspectiva de género y tomará las medidas necesarias para eliminar de los planes de estudio, textos, títulos otorgados, documentos oficiales y materiales de apoyo utilizados en las universidades, todos aquellos estereotipos, criterios o valores que expresen cualquier forma de discriminación. Así mismo, tomará las medidas necesarias para que las universidades incluyan en sus programas de pregrado y postgrado materias que aborden el tema de la violencia basada en género y promoverá el desarrollo de líneas de investigación en la materia.

Asimismo, es pertinente citar algunos artículos del Código deontológico de Odontología, que describen la naturaleza de la profesión y sus aspectos éticos relevantes, a considerar en esta investigación, tal como el artículo 25 que expresa “la Odontología es una profesión noble y elevada. Su ejercicio debe regirse siempre, por encima de toda consideración, por normas morales, de justicia, probidad y dignidad (…)”. Además de los artículos 5 y 6 del mismo Código, los cuales establecen los deberes generales de las/os odontólogas/os, promoviendo:

> Artículo 5. Es deber ineludible de todo Profesional de la Odontología acatar los principios de la fraternidad, libertad, justicia e igualdad, y los deberes

> inherentes a ellas, consagrados en la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en la Declaración de principios de los Colegios Profesionales Universitarios de Venezuela. Artículo 6. La participación activa del personal odontológico, en actos que constituyan colaboración o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ellos o intento de cometerlos, constituyen una violación patente a la ética odontológica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables.

Finalmente, el artículo 20 reza que "la conducta del Odontólogo debe ajustarse siempre por encima de cualquier otra consideración a normas de probidad, dignidad, honradez y serenidad". De manera que esta producción doctoral cobra vigencia y se adhiere a los objetivos de igualdad, empoderamiento, equidad e inclusión de las mujeres.

CAPÍTULO II

LA APUESTA A LA SALIDA DEL SOL

"No hay mejor fragata que un libro
para llevarnos a tierras peligrosas''
Feminista Emily Dickinson

La insurrecta Teoría Feminista

Como producción doctoral que parte de la teoría feminista como teoría y movimiento insurgente del patriarcado hegemónico, esta apuesta fervientemente a una salida del sol, al cambio, a un nuevo amanecer. Y está claro que, no somos las primeras ni mucho menos seremos las últimas que dedicaremos e imprimiremos esfuerzo y pasión a esta causa, por lo que es absolutamente conveniente recorrer muchas otras líneas escritas por teóricas/os, conforme iremos hilvanando algunos núcleos teóricos que convienen desatar/atar. A continuación damos inicio a esta inmersión en el conocimiento existente y disponible que referencialmente se configura como el sustento teórico-epistemológico de donde precisaremos nuestra perspectiva teórica en contexto.

La teoría feminista, no solo como teoría antítesis, sino como movimiento de sublevación en resistencia contra todo un sistema autoritario que posiciona a las mujeres en una categoría inferior en relación al hombre, es un movimiento antagónico a las estructuras de poder patriarcal que producen, reproducen y perpetúan el emplazamiento de las mujeres, como grupo que por su sexo cromosómico, gonadal y fenotípico, se categorizan como lo diferente del hombre, lo tercero, lo ajeno. Desde la ostentación/detentación de poder, las mujeres han sido históricamente calificadas, separadas y encasilladas como grupo defectuoso, débil, irregular e incompleto, que

por razón de su naturaleza de "grupo imperfecto", están destinadas a restringirse esencialmente al acto de servir, auxiliar y cuidar, adscribiéndolas a lo privado. Para Camacaro Cuevas (2012) el feminismo se entiende como:

> Una teoría y una epistemología, que hacen suyas la contestación crítica y cuestionadora a las estructuras del poder patriarcal, porque despiertan la conciencia de que las mujeres somos un colectivo humano, discriminado, subordinado, oprimido por la otra mitad de ese colectivo humano: los hombres. Dicha opresión ha sido una herencia histórica y cultural, no biológica, ni divina (p. 45-46).

Al hombre, en su carácter de dominante en la estructura de poder, se le ha conferido atributos humanos con carácter de neutro y por tanto, *universalizadores*, tan es así, que si llevamos a cabo una pesquisa en los diversos diccionarios reconocidos, encontraremos que como sinónimo de la palabra *hombre*, se encuadran perfectamente categorías de individuo, ser, humano, humanidad. Mientras que para la palabra *mujer*, se circunscriben al ámbito de hembra, doncella, esposa. En ese mismo sentido, la humanidad es masculina y la mujer solo tiene un papel secundario en esta; una limitada concesión. Así, la teoría feminista se planta con el fin de desadormecer nuestra conciencia como colectivo excluido de la humanidad. En palabras de Camacaro Cuevas (2010):

> La cultura patriarcal ha definido a la mujer, como lo que no debe ser el hombre, y viceversa, es decir, que masculinidad y feminidad, son construcciones opuestas y excluyentes. Y como quien define: el hombre, lo hace desde un lugar de poder, *ese otro* definido: la mujer, a quien se le niega el poder para definirse, pasa a ser lo desigual, lo opuesto, el otro (p. 46).

Esta manera de mirar al mundo, donde el hombre es la única referencia de lo humano, y desde donde se proponen, crean, validan y difunden conocimientos, es lo que desde el feminismo se define como *androcentrismo*. Desde la era de los dioses, pasando por la patrística, la escolástica, la modernidad y la postmodernidad, no se puede negar que el centro de todos esos relatos le ha correspondido a la figura masculina, como el más osado, heroico y agraciado de entre los seres. Y desde esa

figura tan elevada, históricamente la mujer pasa a ser lo relegado. La historia ha sido atiborrada de una cultura de patriarcado que en pleno siglo XXI goza de total vigencia. Meler (2015) nos sitúa en contexto:

> El patriarcado puede ser considerado como un sistema, y en tanto tal, tiende a reestructurarse a través de las mutaciones social-históricas, manteniendo sus características básicas…su origen se remonta hasta las antiguas culturas mesopotámicas y abarca la esfera íntima de la existencia, desplegada en el ámbito familiar, hasta el ámbito público, donde el poder político ha estado en manos masculinas (p. 26).

En palabras de Camacaro Gómez (2008; p. 33) el patriarcado desde la teoría feminista hace referencia al poder de los hombres quienes a través de la fuerza, costumbres, creencias, religiones, rituales, tradición, leyes o el lenguaje y la división social del trabajo han decretado el lugar que deben ocupar, así como el papel que deben jugar las mujeres. Y este poder se configura en toda una organización social basada en el sistema sexo-género, que se vale de la diferencia sexual para encasillar, estereotipar, limitar, estigmatizar y constreñir las potencialidades de mujeres y hombres.

Esta era presente, no es precisamente la era de la emancipación de las mujeres, ellas han estado en esa lucha desde hace siglos, y aunque ha habido pasos significativos, se debe destacar que nos econtramos sobre la base de un patriarcado que lógicamente ha mutado, a la par que los feminismos también lo han hecho. Desde hace rato, las mujeres no luchan por una mera mejora de sus condiciones, en tanto esta mejora no venga de la mano de un cambio estructural con perspectiva de género. Ellas luchan para encontrar sus propias identidades, una identidad sin el sesgo de lo masculino; luchan por derribar un sistema de dominación que ha obstruido la *visibilización* de sus saberes, acciones y aportes. Facio (1992) nos amplía:

> El feminismo lucha precisamente contra esa forma androcéntrica de ver el mundo, que considera que el hombre es el modelo de ser humano y que por ende, la suprema mejora de la mujer es elevarla a la categoría de hombre (que desde el punto de vista patriarcal es sinónimo de elevarla a la categoría de ser humano)…(p. 31).

Así, desde el feminismo nace el deseo, desde las mujeres, de conocer acerca de su propia identidad, fisurando el orden establecido como una revuelta necesaria y refrescante, tal como lo definen Disch y Hawkesworth (2016): "la teoría feminista es una práctica intelectual vibrante que saca a flote nuevas interrogantes, trae nueva evidencia y representa significativos retos para las disciplinas académicas que cruza las humanidades, las ciencias sociales y las ciencias naturales"[5] (p. 1). A sabiendas que desde el feminismo se han desplegado diversas tendencias, se debe resaltar que todas ellas convergen en un punto de encuentro: la lucha por la liberación del sexo femenino del yugo masculino, y desde esta visión partió esta investigación. Nos identificamos con las ideas de Rojas y Arce Pimiento, expresadas por Landa (2016), analista del Consejo de Asuntos Hemisféricos y quién reflexiona acerca del feminismo en América Latina y lo necesario para su rescate:

> Aun dada la variación en enfoque y región, estas activistas abogan, sin cesar, por la mujer. Por consiguiente, el feminismo necesita una urgente vindicación y una redefinición del denominador común que representa al movimiento: la meta de la defensa de los derechos de la mujer. La defensa inagotable de esta meta incrementará la atención pertinente que recibe el tema del derecho de la mujer, sin importar las variedades o adaptaciones de cada uno de los movimientos que componen el movimiento. El feminismo nació de la consolidación de la mujer y su lucha por la igualdad y el empoderamiento. Hoy en día, los grupos feministas varían en número y enfoque, pero pueden unificarse en una lucha común, a pesar de tantas diferencias (p. 4).

Esta noción la abarca Facio (1992), en su intento de establecer algunos principios comunes de un mismo tronco del feminismo, estos son:

> 1) Que todas las personas valemos como seres humanos IGUALMENTE plenos y por ende somos IGUALMENTE diferentes e IGUALMENTE semejantes entre nosotros/as. 2) Que todas las formas de discriminación y opresión son IGUALMENTE oprobiosas, descansan las unas en las otras y se nutren mutuamente. 3) Que la armonía y la felicidad son más importantes que la producción, el poder y la propiedad. 4) Que lo personal es político (p. 32).

Paradójicamente, más de la mitad del mundo es tratada como grupo minoritario. Más de la mitad del mundo está siendo discriminada en razón de su sexo. Por tanto, esta investigación se inscribe en la lucha contra cualquier forma de discriminación contra la mujer, la cual según la Convención de las Naciones Unidas (2010) se refiere a "toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera" (p. 10). Recordando que la discriminación es una violación de los derechos humanos y de respeto a la dignidad humana. Así, teniendo como bandera lo que sustenta Camacaro Cuevas (2010) en su ejercicio reivindicatorio como mujer y como mujeres que somos, es necesario resaltar que:

> Una mujer es ella y todas a las mujeres a la vez, porque es individual y colectiva; en esa tensión social, podemos en lo individual despertar y subvertir el orden patriarcal para transformar el colectivo de mujeres y el de aquellos hombres que nos quieran acompañar. Tal vez este des-orden impacte estrepitosamente al colectivo social, pues las mujeres somos la mitad de la población humana (p. 38).

La segregación, la discriminación, el repudio e *invisibilización* a las que han sido sometidas histórica y ubicuamente las mujeres se trata de una realidad universal y omnipresente, que arropa las otras formas de discriminación existentes. Es por ello que este trabajo se inscribe en la esencia de los feminismos, en la lucha contra la opresión de las mujeres y con ello, en la lucha de todo grupo humano que se discrimine, se excluya y se subordine. Como investigación de carácter crítico, esta buscó vulnerar o quebrantar lo que se tiene por sentado, lo indiscutible, aquella lógica construida que conviene, beneficia y aventaja a un grupo a expensas de otro.

Lo dental, Territorio históricamente prohibido

La historia de la odontología no se circunscribe a una época inmediata a nuestros tiempos. Esta es tan antigua como la medicina y desde siempre, los individuos han sufrido calamidades en la cavidad bucal y zonas adyacentes, además de que esta región del cuerpo ha constituido un espacio expresivo de historia y cultura. En este orden de ideas, situar en el contexto histórico las circunstancias en las que se han venido desarrollando las mujeres en la odontología, desde la misma era prehistórica, nos remite a dar con la sustantividad del patriarcado, como sistema crónico, de larga data. Para iniciar el recorrido, tomaremos prestadas unas ideas de Saturno Canelón (1996), que si bien no están planteadas para dar cuenta de la realidad de las mujeres en la historia, igualmente nos resulta útil traerlo:

> Las poco aprovechadas fuentes hemerográficas no solo nos hablan de las formas de trabajo, instrumentos, materiales, medicamentos, éxitos, fracasos, tarifas, pleitos y artimañas publicitarias de los dentistas y sus proveedores, sino que frecuentemente nos remiten y obligan a relacionar esas informaciones con la situación social, política, económica o de salud del país o el continente, y hasta con hechos de la profesión (p. 70).

Así con este breve y apresurado pasaje por los acontecimientos pasados, nos proponemos dejar claro quién ha sido reconocido como el dueño por excelencia del territorio del conocimiento, de lo público y en el caso que nos atañe, de la odontología, y sobre todo, dando cuenta de que muy pocas fuentes historiográficas articulan el pasado con la realidad del presente, y mucho menos sopesando la condición de las mujeres. Aun así, los hechos expresan, manifiestan y revelan: la realidad del hoy son los vestigios del ayer, como lo plantea Domínguez (2014; p. 35) "la memoria o noticia de las acciones del pasado, a su vez hoy representan las señales, los restos, los indicios y las huellas que permitirían la comprensión de las posturas y circunstancias que atraviesa la mujer en el presente, en términos de desigualdad e inequidad". De modo que, comenzaremos esta excursión, desde la era

de la prehistoria, aquella época en donde todavía no se daba la invención de la escritura y por tanto, no existía testimonio escrito alguno que diera cuenta de la existencia humana, en este sentido, se separa del inicio de la historia de la humanidad.

Así, desde las fases de aquella humanidad primitiva: Edad de Piedra (Paleolítico y Neolítico) y la Edad de los Metales (Bronce y Hierro) y remontándonos a las civilizaciones del pasado, se nos revela que desde aquellas épocas –de las que apenas se tiene información– existía una organización y distribución de roles entre mujeres y hombres; que a partir del Período Neolítico especialmente, se conformó como una era en donde la piedra comenzó a tratarse de una manera distinta, el avance y cambios en relación a la producción de alimentos, significó que los individuos modificaran su relación con el ambiente, pasando de nómadas a sedentarios, creándose un hábitat y con ello, una nueva organización social, con la constitución de aldeas, las aldeas en urbanismos, además de la forma de conseguir los alimentos; las mujeres eran las recolectoras y los hombres los cazadores, por excelencia.

Si nos ubicamos en la Edad Antigua, en el inicio de la Historia, como referencia en la Antigua Mesopotamia y el Antiguo Egipto, Febres-Cordero (1966) nos indica que en la primera "el poder estaba centralizado en manos de un rey-sacerdote (Patesi) quién como "vicario" de la divinidad era el intermediario entre la comunidad y los dioses, capitán efectivo de los ejércitos y jefe de la administración del reino" (p. 15). Mientras que en el segundo, el régimen político-administrativo que gobierna la vida nacional se basaba en la concepción teocrática de un rey hijo de Dios, Dios él mismo, el Faraón, señor de la Tierra y de todo cuanto vivía en ella (p. 59). En otras palabras, el sistema de gobierno lo constituía una monarquía hereditaria y politeísta.

Desde esta época ya existían las relaciones domésticas, ya había un vínculo entre la figura de la mujer y el status familiar. Todo esto visto como objetivo primordial para asegurar la unidad y continuidad de la familia y se perfeccionaba mediante la institución del matrimonio civil (p. 19). Asimismo, surgió una organización clasista de la sociedad, existiendo tres categorías de seres humanos: los nobles (sacerdotes –incluidos los médicos–, jefes militares, altos funcionarios, escribas y comerciantes acaudalados); los plebeyos (artesanos, empleados, campesinos, obreros); y los

esclavos" (p. 15). Para este autor, lo más significativo de la cultura mesopotámica lo constituyen las ideas jurídicas y sociales expresadas en la famosa codificación del Rey Hammurabi, dirigidas a organizar la vida social, económica y política de la comunidad (fines del siglo XIX a.C.), las cuales fueron un conjunto de leyes, las más antiguas conocidas:

> Dicho código –el primero que se conoce en la historia– contiene disposiciones sobre el derecho de propiedad, las relaciones domésticas, el matrimonio, los sueldos y honorarios profesionales, las responsabilidades derivadas del ejercicio profesional, la esclavitud y el crimen; y eran aplicadas por jueces civiles a cuyo cargo estaba la administración de justicia (p. 19).

Desde el punto de vista profesional de la medicina, esta era ejercida únicamente por sacerdotes, quienes dominaban la enseñanza y la práctica de la profesión; con el tiempo se van incorporando personas laicas que aportan algunos elementos racionales a las rígidas concepciones religiosas contenidas en los textos tradicionales (p.34). Para esa época, quien se hacía llamar médico debía poseer dotes de mago, de curandero y de sacerdote. Asimismo, existía una variedad de profesionales de la medicina, según Febres-Cordero:

> El sacerdote adivino (Baru) a cuyo cargo estaba establecer por adivinación el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, el sacerdote exorcista (Assipu), el más importante, a quién compete reconciliar al enfermo con los dioses y expulsar de su cuerpo los demonios del mal, el médico propiamente dicho (Asu), sacerdote o laico –quién además de sus facultades mágico-religiosas conocía el empleo de las drogas y practicaba la cirugía. El barbero (Gallabu), auxiliar del cirujano, aplicaba ventosas, marcaba con fuego a los esclavos, y según opinión de Contenau, se ocupaba de la extracción de los dientes (p. 34-35).

En el caso de Egipto, la comunidad adoraba a Imhotep, un erudito considerado el fundador de la medicina egipcia. Considerado un dios, el Esculapio de los egipcios, y el más antiguo de los médicos conocidos (p. 87). En cuanto a las culturas prehispánicas, aunque son de aquellas que aún menos se conoce, la historiografía establece que los mayas creían en deidades, eran naturalistas y constituían una

sociedad jerárquica, entretanto, en los aztecas, existía la figura de "jefe de hombres" y en los incas, de "jefe legendario"; ambas figuras masculinas que gozaban de autoridad y guía de estas sociedades. Sin embargo, en esta misma era, se inició el cristianismo, religión monoteísta que irrumpe en la humanidad, bajo la creencia de la llegada de un Mesías y desde este movimiento surgió la iglesia de Occidente y el Pontificado, perdiendo adeptos la religión tradicional de esta época y progresivamente, tomando prestigio la era cristiana.

En la Edad Media, se comienza a mirar lo social desde una perspectiva invariable, determinista. En Occidente, cuando nace Creta o Grecia, existió una centralización del poder en manos de familias aristócratas, y esto era reflejo de una concepción que se tenía de que los que gobernasen, debían ser los mejores, que en resumidas cuentas, eran los más poderosos –los arcontes– y estos se limitaban a hombres, quienes eran los que ejercían cargos públicos. Si tuviéramos que definir lo más relevante de Grecia, la respuesta sería clara: la filosofía.

La cuna de la filosofía fue Grecia y fueron los griegos, quienes comenzaron a forjar los criterios de rigor de la ciencia. Y entiéndase la frase "los griegos", hombres "notables" como Aristóteles, el mismo que planteó que "*el esclavo está absolutamente privado de voluntad; la mujer la tiene, pero subordinada; el niño sólo la tiene incompleta".* Más tarde, el legado de este griego pasó a conformar toda una visión aristotélica de la mujer, lo que trajo consigo devastadoras consecuencias para ella. Las mujeres éramos cuidadoras, matronas, y nada debíamos hacer fuera de este contexto. Iglesias (2003) refiere que:

> Aunque en la Grecia antigua, la mujer parece haber gozado de mayor importancia, la mujer ateniense de la época clásica es un ser inferior, sin derecho a la ciudadanía, relegada al gineceo como esposa y madre de futuros ciudadanos, o concubina del señor del *oikos*; amante culta de lujo en el caso de las hetairas, o simple esclava o prostituta. Los pensadores y literatos griegos la suponen débil, inclinada a la bebida y al desenfreno sexual. La diferenciación sexual queda explicada en el mito griego de la creación de la primera mujer, Pandora, recogido por Hesíodo, quien presenta a la humanidad como formada originariamente por un solo sexo, el masculino (p. 10).

La iglesia en los tiempos medievales se había fortalecido y pasó a dominar el pensamiento medieval. En la tradición judeocristiana y en los mitos de creación de otras muchas culturas, el hombre también aparece antes que la mujer, y ésta procede posteriormente del cuerpo masculino, lo que significa que comparte el origen con el hombre, pero está subordinada a él (ob. cit., p. 10). Sin embargo, surgieron herejías al dogma de la iglesia. En este particular, las mujeres "herejes" serían tildadas de brujas, mientras que las cuidadoras serán las ensalmadoras. Martín Santiago (2005) refiere que las "ensalmadoras" ocupaban el polo opuesto de las "brujas". Sin embargo, unas y otras fueron mujeres que emprendieron una lucha contra el dolor y la enfermedad. Así, en la era de la escolástica, Saturno Canelón (1996) reporta que:

> Había una controversia de índole mágico-religiosa entre la medicina oficial galenista, escolástica, cristiana y protegida por la Santa Inquisición y la medicina popular, ligada a antiquísimas prácticas hechiceras y personificada en la bruja medieval. Maldita como impura, según la tradición plurisecular de la Iglesia, la bruja encuentra su desquite en los poderes mágicos…la subalimentación, las epidemias y la impotencia de los médicos frente a esos males así como las enfermedades de las mujeres, fueron el dominio reservado a la bruja durante todo el tiempo que la medicina estuvo machacando a Galeno e Hipócrates y dedicada a invocar el socorro milagrero de los innumerables santos taumaturgos…(p. 25).

Asimismo, las mujeres eran vistas como brujas cuando a través de mecanismos estéticos, y específicamente, incluida la estética dental, atraían a hombres. Un ejemplo lo presenta Asbell (2002) quién relata que un edicto oficial publicado por Su Majestad Británica en Perth Amboy, Nueva Jersey estableció que:

> Toda mujer de cualquier edad, rango, profesión o grado, ya sea virgen, doncella o viuda, que por esta Ley obligue, seduzca y engañe hasta el matrimonio a cualquiera de los súbditos de Su Majestad por medio de cosméticos, perfumes, lavados, pinturas, dientes artificiales, cabellos postizos o zapatos de tacón alto, incurrirá en la pena de la ley vigente contra la brujería y como falta de conducta (p. 25).

La mujer era la personificación y fuente del mal, de las desgracias expresadas en peste, desnutrición y todo curso erróneo de la vida y perdida de la salud. Y tal como lo refiere Camacaro Cuevas (2008, p. 98): la persecución de mujeres que poseían algún tipo de saber médico, consiguió la confabulación perfecta, entre la religión y la ciencia. La primera las persiguió por brujas que supuestamente "pactaban con el diablo", la segunda las condenó por ser "criaturas irracionales". Al conjuro de los dos poderes, religión y ciencia, ocurre uno de los tantos acontecimientos crueles contra las mujeres: la cacería de brujas. Lo más cumbre es que las mujeres éramos brujas en tanto con hechizos, artimañas, conjuros y magia emanábamos todo mal. Mientras que los hombres, eran dioses, en tanto gozaban de poderes sobrenaturales y el mal evocado estaba destinado a castigar y dar lecciones, a quienes infringieran en el buen comportamiento admitido para adeptos.

Continuando con el recorrido apresurado a través de la historia, Hipócrates se constituyó como una figura emblemática de la medicina, y mucho aportó en relación a las afecciones de la cavidad bucal. Evidentemente también lo habría hecho de la mujer, su teoría clásica establecía que la mujer poseía humores fríos y húmedos, mientras los hombres poseían sustancias cálidas y secas. Así como Hipócrates, otros personajes se fueron destacando y contribuyendo gota a gota a la gestación de la odontología y surgen los llamados barberos, barberos flebotomianos y posteriormente, los barberos cirujanos. Por ningún lado, en estos momentos históricos hace aparición la mujer. En ningún momento se habla de barberas o cirujanas barberas. Y esto no quiere decir que jamás las mujeres intentaron sublevarse. Sin embargo, todo intento de sublevación era neutralizado con una contundente acción jurídica que negaba a las mujeres la incursión, no solo de ser aquello que eran los barberos, sino de ser todo aquello que eran los hombres.

Así, desde el punto de vista del oficio de la dentistería, a medida que avanza la Edad Medieval, a la mujer se le prohíbe taxativamente ejercer. Según Martín Santiago (2005) esto ocurre en Francia en 1484, mediante decreto firmado por el rey Carlos VIII. En España, Isabel la Católica se ocupa de la Odontología, y el 9 de Abril de 1500, en Sevilla, se promulgó "La célebre Pragmática", en la que encomendaban

el cuidado de la dentadura a los barberos flebotomianos y les obligaban a examinarse a fin de ejercer, delante de alcaldes examinadores y sus barberos mayores. Para ello, los reyes católicos a fines del siglo XV, concedieron varias cartas de nombramiento de alcaldes examinadores y barberos mayores a ciertos profesionales de prestigio del momento.

La Edad Moderna, la cual correspondió al llamado Renacimiento, es aquel momento histórico donde renace la cultura grecorromana y donde la atención se enfoca en el hombre y su relación con la naturaleza. Sin embargo, no fue sino hasta la Ilustración en el siglo XVIII, el llamado siglo de las luces, cuando se propicia toda una revolución en la que triunfa el racionalismo de los pensadores de la época y tras ello, se dio inicio a la aplicación de las leyes del método científico y justo en esta era, cuando las mujeres que se estaban cultivando un lugar en el mundo odontológico, en el año de 1755 surge otra ley que las discrimina, prohibiéndoles la incursión en este oficio. Es así como una y otra vez, las mujeres fueron excluidas de las ciencias de la medicina. Y esto es de vital incumbencia conocerlo, pues como Saturno Canelón (1996) comenta:

> Omitir tanto vasto reservorio nos ata a una historia intimista de la profesión, limitada a los grandes acontecimientos, personajes y fechas de un exclusivo circulo "sin pecado concebido" de vida austera y totalmente dedicado, al parecer, a una lucha sin treguas por el avance científico y gremial. Por ese pasillo sin esquinas, ventanas ni tropiezos solo podemos llegar según George Rosen: a una falsa imagen de los hechos, dado que se deja de lado el aspecto negativo de la historia y el progreso de la medicina (p. 69).

El reconocimiento de que las mujeres hemos participado de esta ciencia es obligatorio en esta investigación, pues en odontología desde siempre hubo mujeres que empuñaron la tenaza, madres que arrancaban los dientes de leche de sus hijos, monjas que hurgaban en las bocas de los pobres, campesinas que barbechaban encías, varonas que asolaban quijadas, ninfas que aliviaban apostemas. Nunca faltó la mano femenina en este imprescindible menester (González Iglesias y Cabeza Ferrer, 1996).

Como vemos todo esto ha sido parte de los vestigios que se pueden recabar, que van engranando y derivando de un momento histórico a otro, con respecto a la

situación de la mujer en la historia de la humanidad. No éramos productoras, no ejercíamos cargos públicos, no éramos Diosas más allá de Diosas Madres de la naturaleza, no éramos pensadoras o filósofas, no éramos barberas ni mucho menos médicas…entonces ¿qué éramos? Éramos recolectoras, amas de casa, esposas, brujas, prostitutas, asistentes. Lo dental fue un espacio prohibido para las mujeres durante muchos siglos. Comenzamos a irrumpir en esta ocupación principalmente como asistentes, y luego como profesionales, apenas en el siglo XIX. Desde allí, aquel territorio históricamente prohibido se vio matizado mediante otras formas de supresión.

De Oficio de Segunda al Alto prestigio elitista

Como ya se dijo en líneas anteriores, la profesión odontológica comienza en manos de la medicina, muy relacionada con muchas figuras o personajes clásicos de ella, que aunque no se preocuparon de la cavidad bucal con tanto ahínco como del resto del cuerpo humano, no dejaron de aportar sus visiones acerca de las dolencias en esta región. Con el pasar del tiempo, aparecen los fígaros o barberos, los cuales por definición, no se dedicaban exclusivamente a la "dentistería", sino que estos ejercían funciones de diversa índole, pero todas relacionadas con los temas de higiene y presencia, dentro de las que se incluyó el campo de los dientes. Progresivamente estos personajes se fueron identificando estrechamente con este oficio y pronto se les adjudicó un papel protagónico en la historia de los inicios de la odontología. Es evidente que si esta ocupación la podía ejercer cualquiera que quisiera y que tuviese habilidades y algo de conocimiento, cualquiera podía hacerse llamar *barbero*.

Esto nos permite dejar en claro que la odontología no gozó de reconocimiento desde su cuna. Al contrario, se arropaba de las cobijas de la medicina para darse lustre. Sin embargo, hubo una época interesante, en donde la medicina como oficio se estratificó entre aquellos que diagnosticaban y trataban con brebajes, significando esto una intervención conservadora y cómoda para aquellos, cuya intervención era sangrienta, abierta y definitiva –la quirúrgica–. En ese sentido, se inició una pugna

entre aquellos que ejercían la medicina y aquellos que dominaban los actos quirúrgicos, como si la primera era más simple y menos riesgosa que la segunda, tanto así que Sigerist (1974) nos advierte de lo que se pensaba en aquella época:

> La cirugía es indudablemente superior por las siguientes razones: 1. Cura más enfermedades complicadas, frente a las cuales la medicina está inerme. 2. Cura afecciones que no pueden ser tratadas por otros medios, ni por sí mismas, ni por la naturaleza ni por la medicina. 3. Los resultados quirúrgicos son visibles y manifiestos, mientras que el fruto de las acciones médicas está escondido, para fortuna de muchos doctores. No se nota cuando comenten un error o si matan al enfermo, no será abiertamente, a la vista de todos. Pero si el cirujano comete un error cuando está haciendo una incisión en la mano o en el brazo, todos los pacientes lo ven…(p. 90).

En esa misma línea de pensamiento, los barberos comenzaron a dejarse de las tareas emblemáticas de la dentistería, inclinándose hacia aquellas relativas a la cirugía, haciéndose llamar barberos sangradores. Martín Santiago (2005) explica que durante el siglo XVII, el papel de la mujer en la odontología sigue siendo escaso. Los barberos cirujanos se ocupaban del oficio, pues los médicos y cirujanos no querían ejercerlo. En ese momento se estaría construyendo una brecha social y laboral entre la medicina y la cirugía, y entre la odontología y la cirugía. Con la conquista de América, ya se estaba dando un proceso progresivo de distribución de trabajo según estos criterios. Así los barberos se hicieron llamar barberos sangradores y dejaron atrás aquella denominación "barbero flebotomiano" que para esta nueva era significaba un estado primitivo y artesanal del oficio. Saturno Canelón (1996) refiere:

> Las ascendentes hazañas quirúrgicas de muchos fígaros a lo largo de tres siglos fueron dejando de lado aquellas tareas específicamente odontológicas que les habían asignado los Reyes Católicos (p. 58).

Ningún barbero quería estar relacionado con la dentistería por su carácter ínfimo en la jerarquía de roles que esta significaba, existió una repulsión y menosprecio de las labores manuales que esta requiere. Tanto así que la palabra dentista todavía brillaba por su ausencia en el año de 1800, pese al hecho de que para aquel momento

se estaba gestando todo aquel movimiento fauchardiano que vendría luego a revolucionar este oficio. Mientras esto se hacía esperar, “ser dentista era aquello como una materia odiosa y despreciable a los cirujanos. Un dentista era nadie, y nadie quería serlo” (Francisco Martínez en Saturno Canelón, 1996; p. 58), además este autor revela que “limpiar los dientes, sacar las muelas y aun el neguijón (la caries) era razón que supiesen curar, pero estos sábenlo pocos”. Es decir, los barberos sangradores hacían todo de aquello, incluida la dentistería, pero sin que esto se supiese públicamente por el escarnio que pudiera sufrirse. Hablar de dentistería era simplemente, una cuestión peyorativa. Sin duda, había un desinterés por las tareas odontológicas.

No es sino hasta después de consolidadas las ideas de Pierre Fauchard, aquellas que se fueron gestando desde 1728, pero que cobraron respeto y adeptos al punto de constituirse en toda una corriente hacia 1800, que sus estudios cruzaron fronteras, provocando un enaltecimiento de este oficio, como diría Saturno Canelón (1996; p. 60) “Fauchard recogió al quehacer más menospreciado de la odontología para comenzar a oxigenarlo como una futura profesión independiente”. Aquel oficio que siempre se mantuvo por debajo de la medicina, comenzó a edificar su propio constructo teórico y filosófico que lo distinguiría y separaría de la medicina. Sin embargo, algo que no se discute es que esta edificación no se dio por simple vocación de los varones hacia la profesión. Anticipándonos a la disertación, aquel oficio que estaba en manos de hombres, pronto ya no lo estaría para cualquier hombre.

Como se puede evidenciar, no existía hasta el momento una estructuración de la profesión que la distanciara de la charlatanería, por tanto no podía ser reconocida socialmente, cosa que si gozaba la medicina. Sin embargo, los hombres ávidos de encontrar un oficio que les permitiera obtener status social, prestigio y honorabilidad comenzaron a dar ese paso, y esa forma, a la profesión odontológica, que así como en la medicina, les posibilitara tener prosperidad económica a la vez de renombre. Esto es que los hombres del siglo XIX, se interesaron por buscar un oficio que los definiera como profesionales y caballeros, aquel varón que había alcanzado el nivel

de madurez para pertenecer al mundo de caballeros honorables. Adams (2000) en su libro "Un dentista y un caballero" (*A dentist and a gentleman)*, explica:

> …la odontología no era considerada una de las profesiones aprendidas. Términos como "profesiones aprendidas" y "caballeros profesionales" estaban reservados para médicos, abogados y hombres del clérigo. Cerca del final del siglo XIX e inicios del XX los dentistas pelearon para adquirir estos términos y ser aplicados a ellos mismos y a su trabajo también. Ellos querían ser dentistas y caballeros. Mientras que todo el inicio del periodo, estos términos aparecieron como muy distantes éticamente, hacia la Primera Guerra Mundial, ya no lo estarían[6] (p. 3).

Es así como la llamada "*white middle class*" o clase media de hombres blancos se introdujeron intensamente en este oficio en los inicios de su consolidación como profesión, lo que desde una sociedad clasista permitió la rápida y más fácilmente legitimación del oficio. Para ser más específicas: la clase media blanca con su ideología se interesó de la odontología para hacerse un campo propio, digno de hombres con clase. Los nobles y los que le siguen según la jerarquía clasista no podían ver con buenos ojos que "otros hombres" se encargaran de actividades tan valiosas. De manera que esta clase se apropió de la profesión, y poco a poco fue moldeando y definiendo la odontología, en primera instancia, precisando quienes se podrían llamar dentistas. Intervenida por la clase media blanca de hombres, lógicamente esta ciencia se vio constreñida por un filtro marginador, despejando del horizonte cualquier otra clase de ser humano, en razón de su clase, raza, religión y lógicamente, sexo.

En palabras de Adams (2000, p. 4) "las profesiones dominadas por hombres fueron definidas por hombres blancos de clase media, para hombres blancos de clase media"[7]. Esto es un fenómeno que no solo ocurrió en este campo del conocimiento. Toda profesión era y debía estar en manos de los hombres más elevados y cultivados para ello. Por tanto, había una intensa sed de poder "pertenecer" a esta clase, que muchos hombres comenzaron a formarse para ella. Ser blanco ya era ventaja, solo restaba abrirse paso hacia el cultivo de todo aquello que la definía y lo reafirmaba. En este sentido, muchos hombres de la época aprovecharon la coyuntura y la materia

prima del campo odontológico, para dar forma, adaptar y moldear un prototipo de ser humano que permitiera un nuevo campo digno de admiración y respeto.

En pocas palabras, un oficio que le garantizara introducirse y mantenerse en su status social. Era una suerte de alimentación mutua, la odontología se nutriría de la influencia de la *middle class,* con todo lo que esta implicaba, el usufructo de la estima y pundonor que tanto necesitaba este oficio humillado por los médicos, al tiempo que los detentadores de clase media blanca, que no podían pertenecer a otros campos profesionales ya reconocidos, se apoderaron de este para levantar sus propias columnas, para refugiarse y garantizar su futuro social. Lógicamente si las profesiones estaban siendo dominadas por hombres que querían hacerse acreedores del título de profesionales caballeros, entonces debían cumplir con un mínimo perfil; un mínimo de requisitos, según Whitney en 1870 (citado por Adams, 2000):

> Un hombre que se introduzca en cualquier profesión, si él tiene una mente cultivada y bien balanceada, un corazón humano y honesto, que lo incite a él a hacer a otros lo que ellos deberían hacerle a él y con un buen conocimiento de sentido común de las demandas y cortesías de la sociedad civilizada, está intuitivamente o mezclado naturalmente con una mente y fuerza de hábito, aquel hombre (un caballero profesional)[8] (p. 7).

Como veremos en el siguiente apartado, las teorías que se hicieron "virales" en esa época penetraron de manera significativa en la concepción y distinción del o los mejores seres de la especie humana. Esto es que, contribuyeron al reforzamiento de separaciones de grupos sociales (mayoría versus minoría, supremacía versus mediocridad, normal versus anomalía). Así, estamos sobre la base de la supremacía de los varones blancos de clase media, los cuales se definieron como los más idóneos para ejercer esta profesión. Ellos decían ser la clase de hombres que gozaban de virtudes como independencia, valentía, buena conducta, buena apariencia e higiene, buen porte y buenas relaciones sociales. Todo ello debía ser un odontólogo, un dentista caballero. Así que yendo más allá de lo que refiere Saturno Canelón (1996) del proceso de elevación científica de la odontología…

> Ya en el siglo XX, cuando las primeras sociedades dentales iberoamericanas o sus sucesores habían engrosado filas con varias promociones de egresados contribuyeron a elevar el estatus profesional en tres peldaños sucesivos: 1-La paulatina aceptación pública mediante la difusión de los progresos científicos – técnicos de la profesión, al lado de campañas menos exitosas contra el intrusismo. 2-El logro de instrumentos jurídicos que confirmaron el monopolio del ejercicio odontológico para los egresados universitarios y legalizaron sus organismos gremiales nacionales. 3-La conquista del rango académico de Facultad para las escuelas universitarias de odontología (p. 107).

…y otorgándole una visión desde el género, podemos concluir que este oficio que se inició bajo las sombras, como un arte de segunda repleto de numerosos barberos multifacéticos, y muchos de ellos charlatanes, consolidándose como ciencia no solo por un acto desprendido de amor y altruismo a la profesión, sino más bien por aquel aliciente de la clase media de hombres blancos que tanto añoraba definirse, reafirmarse y ser patrocinados por un espacio que los hiciera llamar hombres, en toda su máxima expresión. De manera que, además de sexista, la odontología se convirtió en una ciencia clasista y elitista.

La odontología subordinada a la Medicina

En Venezuela, la profesión odontológica surge como campo de conocimiento oficial muchos años después de la medicina. Así por ejemplo, la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela fue creada en 1940, partiendo de una historia que data de 1897 con la creación oficial de la primera escuela de dentistería, afiliada a la Facultad de Ciencias Médicas. Lo mismo sucedió en la Universidad de Los Andes en Mérida, en la que también ocurrió una separación de la dentistería de la medicina en 1942 “cuando la Escuela de Dentistería se transforma en la Facultad de Odontología” (Universidad de Los Andes, 2016) que había sido creada en 1928. Y así también en la Universidad de Carabobo, que aunque ya desde 1940 se había dispuesto por ley que se creara la Facultad de Odontología en todas las universidades del país, en ella surge la Escuela de Odontología, adscrita también a la

Facultad de Medicina en 1973 y posteriormente es que esta se constituye como Facultad de Odontología en 1991.

De manera que, la *rama* odontológica comienza a ofertarse después de la creación de las respectivas Escuelas o Facultades de Medicina y de la mano de la profesión médica. Este dato histórico es un rasgo interesante, pues aunque la odontología surge como práctica primitiva, no es sino con el crédito de la medicina y su apadrinamiento, que esta construye su episteme desde la ciencia médica, que luego la harían independizarse como disciplina lo suficientemente autónoma como para hacerse acreedora de prestigio y reconocimiento social y así conformarse institucionalmente.

Para ilustrar brevemente lo anteriormente expuesto, parafrasearemos a García Arocha (2010) en su reseña histórica de la odontología en Venezuela, pues es preciso señalar que en 1897 es cuando el código de instrucción pública dispone la creación de la primera escuela dental adscrita a la Facultad de Ciencias Médicas, siendo que en 1922 se instala la primera escuela dental. Pese a las creaciones de escuelas de dentistería, todavía la profesión no gozaba de reconocimiento suficiente como para elevarse a la categoría de la medicina.

Aun para aquella época el concepto científico de la profesión era bajo, reinando el intrusismo (el ejercicio de la práctica odontológica por personas no autorizadas) en los estudios odontológicos, y no es sino hasta después de 1936 que se consolida la lucha que por varias décadas había buscado el reconocimiento de la odontología como oficio independiente de la medicina. Así, la llamada escuela de dentistería finalmente gozaría de autonomía en Venezuela, que en palabras de Febres Cordero, significaba el fin a la total subordinación a la que estuvo sometida la escuela de dentistería. De esta manera es como en 1940 surge la primera Facultad de Odontología en Venezuela, la de la Universidad Central de Venezuela.

Para llegar a esta fase cumbre en la que la Odontología se empodera de sus propios asuntos, pasaron muchos años de luchas, dirigidas a lograr el *destete* de la odontología con la medicina, pues aunque la relación y conexión de la odontología y medicina representó en principio la adquisición de estatus profesional, a medida que esta se nutría, crecía científicamente, su tecnificación, instrumentalización y con ello,

su individualidad y necesidad de emanciparse. Odontología y medicina coexistieron, no así medicina con otras áreas de la salud. De hecho esa coexistencia entre la dentistería y la medicina, la justifica Adams (2000) desde la idea de que la odontología nunca representó una amenaza o discrepancia para la hegemonía de la medicina:

> La odontología y la medicina han podido coexistir porque la odontología no ofrece un reto directo al monopolio de la medicina en el tratamiento del cuerpo humano. Las otras ocupaciones del cuidado de la salud han trabajado activamente para menoscabar todo lo transgredido en el área de la medicina considerado de ser de su propia jurisdicción. La partería trató el cuerpo durante el nacimiento, la quiropráctica se propuso curar el cuerpo a través de la manipulación de la columna vertebral, y los farmaceutas trataron la enfermedad humana a través de la medicina prescriptiva. Los esfuerzos de la medicina de eliminar la partería y la quiropráctica fueron dirigidos a eliminar su competición. La odontología no evocó tal hostilidad porque no compitió directamente con la medicina[9] (p. 82-83).

Esto concuerda con nuestra historia venezolana, la odontología no compitió con la medicina, todo lo contrario, de ella surge y a ella se debía. Como lo refería Febres Cordero citado por García Arocha, aquel autor argüía que el origen de la Odontología se confunde con el de la Medicina y que fueron médicos los primeros practicantes de esta disciplina. O como diría Geringer (1989, p. 37) "la odontología era oficio de artesanos y con muy poco prestigio social adscrito: como actividad era subsidiaria de cualquier médico, cirujano o barbero". Más adelante García Arocha afirma que desde la historia, resulta importante señalar que "no le fue fácil el camino a la Odontología, subyugada a la profesión médica, para alcanzar el reconocimiento como verdadera profesión científica de rango universitario". Geiringer (1989) afirma:

> En Venezuela, Vicente Toledo obtiene su título de Cirujano dentista en 1853, otorgado por la Facultad Médica de Caracas, pero la odontología se encontraba sometida a la profesión médica. La etapa del sojuzgamiento médico se prolongaría desde los tiempos de Vicente Toledo hasta el nacimiento de la Facultad en 1940. Durante esos ochenta y siete años una permanente situación de minusvalía caracterizaría la enseñanza y ejercicio de la Odontología en nuestro país" (p. 38).

Por supuesto, la odontología utiliza a la medicina para levantar sus pilares, y solo en ese andar estrictamente apegado a lo que ella establecía, logró para si su propio derrotero y reconocimiento social. Una vez más Adams (2000) nos amplía:

> …La odontología hizo uso de la ciencia, particularmente la ciencia médica para legitimar sus propias afirmaciones hacia el estatus profesional. Esto no desafió el cuerpo de conocimiento y estrategia legitimadoras de la medicina. Otros practicantes de la salud como quiroprácticos, homeópatas e incluso hasta cierto grado la partería ofreció una visión alternativa de sanación y cuidado a la abogada por la medicina. Los dentistas, en cambio, reiteraron el enfoque de la medicina en la enfermedad, los gérmenes y la necesidad de intervención profesional para generar salud[10] (p. 83).

Por tanto, académicamente la odontología nace en la medicina. La cavidad bucal siempre fue un área que como el resto del cuerpo humano y sus procesos patológicos demandaba atención y cuidado y por tanto la ciencia dental era necesaria y de incumbencia para *el médico*. La odontología por consiguiente, no representaba peligro alguno para la autenticidad de la medicina, en tanto estuvo supeditada a ella. "Los dentistas no trataron de usurpar la ciencia médica, más bien trataron de incorporarla a su propio trabajo y su propia ciencia dental. Así, la odontología no desafió la base de la medicina, sino más bien la reforzó" (Adams, 2000; p. 83). Eran, odontología y medicina, dos áreas mutualistas, que se beneficiaban una de la otra, la odontología de la ciencia médica para legitimarse y la medicina de la odontología para hacerse aún más legitima.

Al Fondo, La Modernidad

No podemos dejar de lado, el problema del paradigma de la ciencia de la que se enmarcó la odontología y por tanto su estrecha relación con la realidad que hoy se dibuja. El modelo newtoniano-cartesiano impregnó todas las esferas de la vida pero se afincó en las llamadas ciencias de la vida o ciencias de la biología. Bajo el pragmatismo y el sentido de lo positivo o útil que caracteriza y define a la

modernidad con su pensamiento científico tradicional, se constituyen las nociones de la biomedicina, fraguándose una concepción mecanicista, reduccionista y utilitarista de todo aquello que tiene vida. Este modelo surge de las únicas voces con resonancia y por tanto, se fortalece y enraíza sin posible contestación. La ciencia moderna se centra en el hombre, en el poder y en el afán de controlar la naturaleza. El hombre, en su sentido androcéntrico, no pierde su carácter de patriarca como refieren algunos autores, como Kentenich (2008); quién considera que el iluminismo significó pérdida de autoridad de la figura de padre, cuando la revolución francesa proclamó el lema "libertad, igualdad y fraternidad".

En esta era se promulgan las leyes o principios del método científico y estas fagocitan todas las áreas del saber y desde allí la odontología es atravesada y definida, delimitando sus prácticas, instituciones y saberes, objetivando así lo que se pudiera llamar como "*la razón dental*". En este sentido, introducirnos a la discusión teórica de los paradigmas científicos para explorar la racionalidad que pringó de significados el arte y ciencia de la odontología, nos conduce a valorarla como un producto de la Ilustración, esto es, un producto de hombres. Geiringer (1989) nos asiste con la ampliación de esta interrelación entre el modelo de pensamiento dominante de una era con la concepción de la odontología:

> El ejercicio del oficio odontológico y las diferentes formas de organización, la producción de conocimientos y sus perfiles dominantes y el proceso de profesionalización o producción de recursos humanos, como procesos sociales, están estrechamente vinculados a las características estructurales de las diferentes formaciones económico-sociales en donde se producen (p. 23).

En este sentido, la odontología como ciencia surge cuando se hace acreedora de ciertos parámetros ineludibles e inapelables. Esto es, que toda ciencia debe referir a un conjunto de conocimientos presuntamente libres de valores, y todo aquello que se quiere llamar digno de ciencia debe someterse a este tratamiento. Así, a la fecha se exhiben definiciones de lo que debe ser toda ciencia. En odontología contamos con algunas. Doldán Lema, Castaño Séiquer, Barboza Wulf y Malavé Pérez (2005; p. 39) nos "ilustran": "¿Qué es la odontología? ¿Cómo es? ¿Para qué sirve? Parece claro pensar en lo que no queremos que sea; no queremos una profesión que esté basada en

el conocimiento cotidiano, vulgar y subjetivo". Sin embargo, existen otras apreciaciones críticas como la de Saturno Canelón (1996) cuando hacía un juicio de la objetividad con la que se trataba la noción de salud bucal, entendida fundamentalmente como la ausencia de enfermedad:

> La pretendida objetividad del concepto patológico, no se reconcilia con la apreciación popular de la odontología, mas asociada con la cosmética que con la salud. De un extremo al otro del espectro social existen filosofías alternativas que van desde lo pragmático de la exodoncia y las obturaciones hasta las más elaboradas restauraciones. Esta diversidad filosófica más la concepción cosmética socavan aquellos planteamientos de objetividad (p. 131).

Esta exigencia de la neutralidad y objetividad cuestiona todo saber que pretenda incursionar desde lo que nos mueve como seres humanas/os, sociales, históricos, culturales y políticos, desacreditando y desmoronando todo intento de emprender rutas que conduzcan a otros estilos, principios y planteamientos en la producción de conocimiento, sin dar cuenta de que la misma idea de neutralidad/objetividad es mero subjetivismo que responde a intereses de un grupo. Gómez Rodríguez (2001) denuncia abiertamente esta contrariedad/arbitrariedad:

> El conocimiento científico está total o parcialmente, sesgado en lo que al género se refiere y que, de una forma u otra, resulta permeado por el androcentrismo dominante en la cultura occidental en cuyo seno se desarrolla. El mismo corazón del método científico, con su requerimiento de objetivación, neutralidad y experimentación, estaría condicionado por tal hecho. Los análisis de género demuestran cómo en el caso de las mujeres la ciencia no ha sido tan neutral, ni tan objetiva o lógica como se ha pretendido, sino que ha albergado preconcepciones sexistas que han condicionado fuertemente sus productos (p. 436).

Sin lugar a dudas, la idea de deslastrarse o "descontaminarse" de nuestros juicios, prejuicios y corrientes, como especie de exorcismo en el que se debe liberar el espíritu que se aloja en el cuerpo y en la mente, no es más que una pretensión absurda, un mito; un mito muy conveniente. ¿Acaso, hombres *científicos* como Freud, Darwin y Aristóteles se despojaron de su carga viril, su posición societaria

para atreverse a escribir sus teorías? El saber desde las mujeres, para el sistema de la ciencia tradicional representa un conocimiento popular, emocional, sensorial y subjetivo, lo que le resta toda veracidad y posibilidad de ser validado. Lander (2008) nos detalla ampliamente la manera en cómo se ha cuestionado los aires de superioridad de este modelo, desde muy diversas raíces culturales y perspectivas políticas y sociales, citando a su vez a algunos autores:

> Se ha cuestionado su objetividad y su llamada neutralidad valorativa. Se han destacado las implicaciones de sus supuestos cosmogónicos y pre-teóricos básicos, de sus separaciones fundantes entre razón y cuerpo, sujeto y objeto, cultura y naturaleza, como sustentos necesarios de las nociones del progreso y del control/sometimiento/explotación de una naturaleza objetivada como otro externo a la experiencia humana, que nos conduce en forma acelerada a la destrucción de las condiciones que hacen posible la vida en el planeta Tierra, expresión de una crisis civilizatoria que es ante todo una crisis de conocimiento (Leff, 2004)…Se han destacado igualmente las implicaciones de su carácter mecanicista y determinista, y de su búsqueda de certidumbre en un mundo caracterizado por la complejidad y el caos (Capra, 1985; Prigogine, 1997). Se ha debatido ampliamente sobre las implicaciones de un paradigma de conocimiento que se sustenta en la separación moderna entre las esferas de la razón (razón ética, razón estética y razón instrumental) y las consecuencias del iluminismo y del desborde de la racionalidad instrumental (Horkheimer y Adorno, 1982; Habermas, 1987, 1987)…(p. 41-42).

Y no excluye de los cuestionamientos, aquellos que han surgido desde la perspectiva feminista, refiriendo que:

> Desde la perspectiva crítica de la epistemología feminista, este modo de conocimiento ha sido caracterizado como patriarcal, dado el claro predominio de los rasgos construidos histórico/culturalmente como masculinos (razón/control/poder/objetividad) que conduce en forma simultánea a la noción baconiana de la guerra contra, y por la dominación de la naturaleza, al sometimiento/subordinación de las mujeres, y dejar a un lado lo corporal y lo subjetivo, que son dimensiones constitutivas sin las cuales no puede darse cuenta de la vida…(p. 42).

En este orden de ideas, el saber odontológico devenido de la lógica instrumental dista de cualquier propuesta que derive de las emociones, de lo peculiar, de la

subjetividad, precisamente de todo aquello que ha sido visto como perteneciente o exclusivo de las mujeres. Esta racionalidad deja entrever que si lo subjetivo pertenece al mundo de las mujeres, las mujeres harían una ciencia subjetiva, una mala ciencia…ello revela que las experiencias de los hombres continúan subsumiendo a las de las mujeres, en tanto lo que tiene valor es lo objetivo, vendido además como rasgo masculino.

Darwin, El cómplice del siglo XIX

Desde antes de Charles Darwin, ya existía una organización social en donde las mujeres permanecían en desventaja con respecto del hombre. Sin embargo, la teoría de evolución de las especies de su autoría, y sus consecutivos escritos marcaron la consolidación de una hegemonía masculina, que se vio catalizada por un cuerpo teórico que desde la lógica de la biología, pasó a aplicarse en todos los ámbitos de conocimiento y de la vida.

Así, Darwin y con él, todos los que se adhirieron a su pensamiento, pasaron a ser los cómplices en la escritura de este pasaje oscuro en la historia de las mujeres. Desde la teoría de la evolución por adaptación y selección natural, Darwin se encargó de teorizar –desde su posición de *macho*– acerca de las diferencias entre mujer y hombre, siendo el sexo, la huella que en entrepiernas, constituye el parámetro de distinción, relación y posición entre ellos. Dado el éxito en la receptividad de estas asunciones, las mujeres no tenían ni un ápice de posibilidad de contrariar aquellas *teorías plausibles*. Las raíces del patriarcado se habrían fortalecido, en tanto, las mujeres fueron atadas a una camisa de fuerza, dejando devastadoras consecuencias para sus vidas.

Para darnos una idea de cómo estas teorías significaron y operaron en aquellos tiempos, conviene arrancar desde sus ideas primarias, con la teoría de la evolución, que si bien éste no fue pionero en este aspecto, si lo fue desde la perspectiva de la selección natural. En síntesis debemos recordar que esta estableció que todos los organismos, en tanto seres vivos, son producto de sucesivos cambios y que solo los

más aptos serían capaces de sobrevivir y reproducirse, adaptándose y resistiendo los embates del medio ambiente.

Esto significa que el medio ambiente, lo que es externo al individuo, puede favorecerlo o desfavorecerlo, y de esa manera la naturaleza "selecciona" aquellos individuos con mayores y mejores fortalezas para continuar su reproducción, el aumento de su progenie, su evolución. A continuación se muestra un fragmento que reúne los tres principios explicativos básicos de la selección natural de este autor, tomado de Arredondo y Escobar (2015):

> Existen organismos que se reproducen y la progenie hereda características de sus progenitores, existen variaciones de características si el medio ambiente no admite a todos los miembros de una población en crecimiento. Entonces aquellos miembros de la población con características menos adaptadas (según lo determine su medio ambiente) morirán con mayor probabilidad. Entonces aquellos miembros con características mejor adaptadas sobrevivirán más probablemente (p.10).

En concreto, el primer principio establece que existen rasgos que se heredan de generación en generación, el segundo, que estos rasgos heredados pueden variar entre los individuos en su relación positiva o negativa con el entorno que le rodea, y el tercero, que esas variaciones pueden resultar en organismos que cesen y otros que sobrevivan, en organismos que aporten mayor descendencia que otros o en organismos que evolucionen, mientras otros se extinguen.

Estas ideas fueron trasladadas a las relaciones que se dan entre los organismos de una misma especie, incluida la especie humana y sirvió como mecanismo explicativo de "selección sexual", en función del dimorfismo biológico existente entre hembras y machos, estableciendo la existencia de fenómenos de lo que en biología se denomina como antibiosis, una asociación de seres, donde unos perjudican a otros por razones de competencia en términos de territorio, alimento, y en el caso que nos ocupa, por el sexo opuesto. Claramente para Darwin (1859), las rivalidades se dan con un fin distinto para cada sexo:

> Esta forma de selección depende, no de la lucha por la existencia en relación con otros seres orgánicos ni de condiciones externas, sino de la lucha entre los individuos de un sexo, generalmente los machos, por poseer al otro sexo. El resultado no es la muerte del competidor que no tiene éxito, sino poca o ninguna descendencia. Por consiguiente, la selección sexual es menos estricta que la selección natural. Por lo general, los machos que son más vigorosos, los más adecuados en su lugar en la naturaleza, dejaran más progenie. Pero en muchos casos la victoria no depende tanto del vigor general, como de que se tengan armas especiales, que se limitan al sexo masculino (p. 108).

Esto nos deja claro que para Darwin, no todo macho será exitoso, sino viene dotado de algunos atributos que le permitan rivalizar con otros de su mismo sexo, en la lucha por la hembra. Al tiempo que la hembra, en una posición pasiva, espera seleccionar el macho adecuado. Algunos ornamentos como mayor masa muscular, olor corporal y agresividad serán los que marquen pauta en lo que Darwin denominó como proceso de selección sexual. Sin embargo, esto no queda aquí, incluso este autor posó sus ideas entre las relaciones intersexuales, de hembras y machos y guiado por el dimorfismo, acudió a la selección natural para teorizar acerca de la naturaleza de la mujer y el hombre, convirtiéndose en una completa teoría sexista. En su texto "El origen del hombre", Darwin (1871) escribió:

> Se admite por lo general que en las mujeres están más fuertemente marcados que en los hombres los poderes de intuición, percepción rápida y quizás de imitación; pero al menos algunas de estas facultades son características de las razas inferiores y, por tanto, de un estado pasado e inferior de la civilización (p. 725-726).

El sexismo de la teoría de Darwin busca jerarquizar entre los seres humanos, cual es el ser más perfecto y cuál es aquel que es primitivo, el que no evoluciona. Desde su lógica biologicista y evolucionista, para él, la hembra, es un punto medio entre niño y hombre, no es exactamente un niño pero tampoco alcanza a ser hombre. Es un hombre que no evoluciona. Parafraseando a Darwin (1871; 295-96) el macho, al necesitar solo una pequeña cantidad de energía para formar su semilla y al no desempeñar papel alguno en el desarrollo del feto, dispone de una reserva de energía para su propio desarrollo, éste gasta más fuerza en contiendas fieras con sus rivales,

en vagar en búsqueda de la hembra, en ejercitar su voz, emitir secreciones olorosas, etc. Mientras que en el caso de la mujer, ella tiene que gastar mucha energía orgánica en la formación de sus óvulos.

Esto deja claro que para Darwin, no toda la especie humana estaría apta para crear, inventar, desenvolverse/adaptarse al ambiente que le rodea. Solo los humanos con mayor potencial, se adaptarían a la hostilidad del entorno. Solo los hombres se equiparan a las razas superiores que él observó. Frías (2001) nos ofrece una sinopsis del contenido sexista de las premisas darwinianas:

> Afirmaba que el hombre había llegado, a través del mecanismo de selección sexual, a ser superior a la mujer en términos de fortaleza, agresividad, y capacidad intelectual. Probaba sus argumentos a partir de observaciones limitadas y seleccionadas de especies, donde los machos tenían mayor vistosidad. Extrapolando estas observaciones, concluía que entre los seres humanos, los más adaptados eran también los hombres, mientras que las mujeres, en el sentido evolutivo del término, podrían considerarse en cierto modo como "degeneradas". Especulaban diciendo que en el varón se concentraban las ventajas adaptativas que le habían hecho diferenciarse sexualmente y por consiguiente mantenía que el mundo humano estaba muy adaptado al medio. La peculiar forma de explicar de Darwin, la diversidad sexual dejaba en clara desventaja evolutiva a las hembras de las especies y por añadidura a las mujeres. Una desventaja evolutiva era una característica inferior y ponía como ejemplo de inferioridad a la mente femenina. La mujer poseía más intuición que el varón y esta característica era la adecuada a sus capacidades mentales porque una mente intuitiva era la idónea para ocuparse de los niños y los enfermos (p. 234-235).

Como es evidente, esta teoría ajustada (acomodada) sirvió como dislate fundamentado desde la ciencia de la biología, reafirmando, consolidando y legitimando las razones de subordinación de la mujer al hombre en todas las esferas posibles de intervención pública. Así, desde la odontología, parafraseando a Saturno Canelón (1996, p. 26) antes y después de la conquista de América hasta principios del siglo XIX, la cobertura de los llamados "barberos o fígaros", personajes que se avocaron y formaron parte de los pioneros en llevar a cabo actividades odontológicas, siguió la vía de la selección natural entre los fígaros más hábiles, estudiosos y atrevidos: los llamados cirujanos romancistas, despectivamente calificados como

barberos ilustres. Y como es de esperar, no se habla de *fígaras o barberas* en esos relatos.

De Ladies Victorianas a Salvajes

Lo anterior nos redirige a otra arista a considerar de este momento histórico. Así como los hombres buscaban su máxima realización como hombres –el reconocimiento de su hombría y madurez–, las mujeres también en esta ideología de "*middle class*", estaban en la búsqueda de la garantía de su status social, al tener que garantizarse para ellas y para su futura familia, un hombre que las mantuviese dentro de esta clase. Las mujeres durante aquel periodo –ladies victorianas– solo se limitaban al mantenimiento y orden de la casa y al cuidado y crianza de la prole. Ellas tendrían un importante papel en la educación de los descendientes, en tanto el hijo varón debía seguir los pasos de su padre, criado como independiente, frío y autoritario, mientras las mujeres hijas debían adentrarse al campo doméstico para empoderarse de todo lo concerniente al manteamiento del hogar, dotes que eran bien vistos por la sociedad.

Sin embargo, pese a la aceptación dominante de estas ideologías en concomitancia con las vigentes teorías evolucionistas que se encontraban en su máximo esplendor, no todos simpatizaban con esas posturas. Así, no es nuevo escuchar cómo las mujeres, en rechazo a la imposibilidad de irrumpir en lo público, llegaron hasta el extremo de masculinizar su aspecto físico para incursionar en ocupaciones de dominio masculino como la medicina. Por supuesto, es de hacer notar que el Darwinismo siguió haciendo de las suyas y pronto hombres como Herbert Spencer, continuaron la teorización acerca de la inferioridad de la mujer y especialmente, la lógica empírica del porqué no debían tan siquiera asomarse al ámbito público. Uno de los postulados de Spencer (1873) declaraba lo siguiente:

> Los hombres y las mujeres son tan desiguales mentalmente como lo son físicamente. Afirmar lo contrario sería "suponer que solo en este caso en toda la naturaleza no hay un ajuste de poderes especiales a funciones especiales. La función de las mujeres es criar a los hijos, los atributos intelectuales no son

> necesarios para esta tarea, por tanto no tiene por qué, no han de, desarrollarse en el curso de la evolución (p. 32).

Sin embargo, parte de las premisas sexistas que este autor declaró, una de las más significativas era la de que "bajo disciplinas especiales el intelecto femenino podría igualar o sobrepasar los resultados intelectuales de la mayoría de los hombres" (p. 32), de resto una mujer que escapara de su naturaleza y de su espacio donde debía circunscribirse, era considerada una mujer salvaje. De modo que toda mujer fuera de casa era una mujer indomesticable, inicua, animal. Sin embargo, otros nos otorgaron una definición más complaciente como W. Spencer (1889) quien refería:

> Es solo cuando ella ha perdido todos los instintos maternales y ha determinado destruir todas las tendencias de ser amorosa y amada por el hombre, solo cuando ella se ha convertido en alguien que odia al hombre, es que ella podría volcarse hacia la vocación del hombre por un apoyo y convertirse en una competidora con él en la gran batalla por la existencia[11] (s/p).

De manera que la mujer osada de intervenir en el campo dominante del hombre era una aberración, un descarrío de la naturaleza o mejor aún, era una amenaza para el futuro de la sociedad, para la especie humana. "Si las mujeres desarrollaran cualidades mentales en una sociedad provocarían la desaparición de la sociedad, es un poder que no debe incluirse en una estimación de la naturaleza femenina" (Spencer, 1873; p. 32). Valga la gran contradicción, de afirmar que no podemos y luego que no debemos desarrollar tales cualidades intelectuales.

Sin embargo, las mujeres –aunque en número reducido– comenzaron a luchar por hacerse paso hacia estas labores públicas que estaban reservadas exclusivamente para varones. Estas luchas no surtieron efecto positivo en el caso de la odontología sino hasta el año de 1854 aproximadamente, cuando las mujeres que prosperaron eran ayudantes del marido en su consulta dental. Poco a poco al demostrar sus capacidades, fueron aceptadas. Ejercían tras la tutela de sus maridos. Eran ignoradas y de a poco conseguían algún respaldo de algún hombre que les daba la oportunidad de incursionar tras su custodia. Se fueron legitimando muy lentamente, siendo

queridas y reconocidas por la población, y por presión no les quedó de otra a las organizaciones que incorporarlas a los diversos gremios.

Lucy Beaman Hobbs se hace dentista en el año de 1866 y fue la primera mujer dentista que marcó un hito en la historia de las mujeres en la odontología, pues su profesionalización representó un hecho clave y fundamental para que otras instituciones comenzaran progresivamente a reformar sus estatutos para dar cabida a las mujeres. Muchos celebraron pero muchos otros, condenaron este hito histórico, calificándolo de atrevido. Desde allí, comienza otra era de problemas para las mujeres, aquella de lidiar con el repudio de una enseñanza liderada por hombres, reacios en primera instancia a mostrar la anatomía del cuerpo humano a las mujeres. Entretanto, la sociedad las juzgaba de falsas emancipadas porque no lucían como dentistas, entiéndase, como hombres. Ring (1986) nos relata:

> El siglo XVIII y principios del XIX se aceptaba universalmente que ninguna de las recientemente establecidas escuelas dentales admitiría mujeres en sus aulas. El requisito para la admisión, poseer una cierta escolaridad preliminar, ya de hecho cercenaba el número de las posibles solicitantes, puesto que muy pocas instituciones educativas en Europa o América ofrecían educación superior a la mujer (p. 267).

Lógicamente, si las mujeres habían estado restringidas a los hogares, estas no habrían tenido necesidad de alguna formación para lo público, lo que el ingreso a alguna escuela se veía aún menos posible. Para el año de 1873, las mujeres estaban ansiosas de intervenir en campos como el odontológico. Ring (1986) lo revela:

> En 1873 el American Journal of Dental Science publicó un artículo de la Dra. Emilie Foecking de Danzig, Prusia, titulado “Está la mujer preparada para la profesión odontológica” Foecking señalaba que solo dos universidades en Europa admitían estudiantes femeninas para cursos de licenciatura: Ginebra y Zurich. En Alemania, señala una mujer que pretenda obtener educación superior se enfrenta aun con mayores dificultades: mientras que existían 407 institutos para muchachos a cargo del estado prusiano, no había ninguno para chicas. Por lo tanto una mujer que pretendiera estudiar la carrera de dentista tenía que vencer enormes obstáculos (p. 267).

El mayor de los obstáculos: luchar a contracorriente contra toda una organización que con base a unas supuestas leyes de la naturaleza, se apoderaron de todo aquello que nada tuviese que ver con hogar y crianza. Luchar a contracorriente contra un sistema que las había etiquetado de disminuidas en intelecto, raciocinio y temple para desenvolverse en alguna profesión. Luchar a contracorriente contra una ideología que las consideraba evolucionadas cuando encajaban en el prototipo de ladies victorianas: su techo evolutivo; y las consideraba una equivocación de la naturaleza cuando desobedecían la ley de no trabajo para las mujeres. De esa manera, las mujeres fuimos pasando de Ladies a *Salvajes*, irrumpiendo el supuesto orden de la naturaleza.

La diferencia sexual, Los estereotipos en el saber dental

En los seres humanos, la determinación del sexo viene dado principalmente por los cromosomas sexuales. Esto es que las mujeres tienen dos cromosomas X, y los hombres tienen un cromosoma X y uno Y, es decir, XX y XY respectivamente. O también es válido, homogameticos y heterogameticos respectivamente. Cummings (1995) refiere que aunque el mecanismo XX y XY de la determinación del sexo parece sencillo, no sirve del todo para responder a la pregunta de qué determina la masculinidad o la feminidad ¿Es varón un varón porque tiene un cromosoma Y o porque no tiene dos cromosomas X? Desde lo genético lo que parece estar claro es que, una mujer será mujer en tanto no posea cromosoma Y, y un varón lo será si posee un cromosoma Y:

> En el hombre, y en otras muchas especies, hay diferencias fenotípicas evidentes entre ambos sexos que se conocen como dimorfismo sexual. En algunos organismos, las diferencias se limitan a las gónadas, mientras que en otros, como los seres humanos, los caracteres sexuales secundarios, como la envergadura corporal, la distribución de la grasa y la cuantía y distribución de vello corporal, acentúan las diferencias entre ambos sexos (ob. cit. p. 132).

Sin embargo, hoy día se reconoce que lo que da contenido a la feminidad y la masculinidad no solo recurre al recurso biológico, sino al recurso social. Y asimismo, lo social juega un papel significativo en la construcción sociosimbólica de este

binarismo femenino/masculino, constriñendo toda posible diversidad de identidad de los seres humanos, simplificando la complejidad de lo humano. La estereotipificación ligada al sexo ha desvirtuado nuestras relaciones sociales y con ello, la humanidad toda sufre sus agresiones, pero especialmente las mujeres.

Los estereotipos sexuales son categorías que simplifican lo complejo, definen y encierran a priori las identidades de mujeres y hombres, encasillándolas, sin dejar ver más allá, sin oportunidad de mirar otras cosas de esa identidad. No hará falta retomar la manera en cómo nos han definido a mujeres y hombres, recrearemos esta definición con esta metáfora de (Sandtrock, 2003)…"los niños están hechos de 'lagartijas e insectos' y las niñas de 'azúcar, estrellas y todas las cosas bellas' (p. 356). Purnell y Paulanka (2003) establecen que:

> Cualquier generalización hecha sobre los comportamientos de cualquier individuo o grupo de personas es casi cierta de ser una sobresimplificación. Cuando una organización se relaciona menos con el comportamiento observado actual que con los motivos pensados que subyacen al comportamiento (esto es el porqué del comportamiento), es más probable de ser sobresimplificado, así la generalización puede llevar a la estereotipificación, una concepción sobresimplista, opinión o creencia sobre algún aspecto de un individuo o grupo de personas[12] (p. 4).

Los estereotipos de género son categorías amplias que reflejan nuestras impresiones y creencias sobre los hombres y las mujeres; Sandtrock (2003) establece al respecto que:

> Todos los estereotipos, tanto los basados en el género como en la etnicidad o en cualquier otro tipo de agrupamiento de los individuos, hacen referencia a una imagen que se corresponde con las características del miembro prototípico de una categoría social concreta. El mundo presenta una gran complejidad, y todos los días experimentamos miles de estímulos distintos. El uso de los estereotipos es una forma de simplificar esta complejidad. Si aplicamos una etiqueta a alguien (como blandengue), tenemos que considerar muchos menos aspectos cuando pensamos acerca de un individuo. Sin embargo, una vez que se colocan esas etiquetas, resulta muy complicado eliminarlas, incluso cuando existen pruebas evidentes en su contra (p. 353-354).

Así se han establecido estereotipos que definen a la mujer y el hombre, y los diferencia marcadamente por su sexo, tales estereotipos los diferencia

fundamentalmente en el grado de sensibilidad y en el modo de reacción a los estímulos; Moleschott (1857, p. 234-237 citado por Liñán Maza, 2001; p. 276-277) establece que la mujer se distingue por un cambio menos vivo de sustancias, sus músculos menos fuertes, la actividad dulce y tranquila de su cerebro, que se presta menos a los grandes esfuerzos del pensamiento…se conmueven más fácilmente. Evidentemente, podemos inferir que lo contrario a esto, es lo que define y caracteriza al hombre.

En este orden de ideas, la mujer en odontología se vuelve relevante en aquellas áreas, donde "se redefinen sus dotes y virtudes naturalmente dadas". Así, Taft (1887) estableció que la práctica para las damas, y especialmente para los niños, es justo el campo para las practicantes mujeres en odontología. En este campo, ellas pueden ejercer mucho mejor que los hombres, y debería ser lo principal a ser llevado a cabo por las mujeres[13]. Esto concuerda con lo que establecen Machado (1993) y Mitchell (1985) quienes refieren que:

> Las mujeres cumplen tareas que no son ni calificadas ni creativas, y que pueden considerarse como una extensión del papel "expresivo" desempeñado en la familia. Ellas son, en su mayor parte, camareras, criadas, empleadas domésticas, secretarias, profesoras, trabajadoras de salud (enfermeras, nutricionistas, psicólogas, asistentes, parteras), por citar algunas actividades consideradas socialmente "propias del sexo débil". Queremos subrayar que esa elección de áreas ocupacionales menos prestigiosas y de bajo nivel de rentabilidad no se da aisladamente del contexto socioeconómico y político en que se inserta la mayor parte de la fuerza de trabajo femenina que busca trabajo remunerado. Existen obstáculos reales (explícitos o no) que hacen que esas mujeres se concentren en sectores o ramas especializados en donde la presencia masculina es escasa (p. 278).

Con lo planteado anteriormente, se evidencia una especie de "separación de cuerpos" entre las ramas desde el género, en donde las especialidades como estética dental (especialidad odontológica que se ocupa de la cosmética o armonía estética de la boca y su implicación para la salud bucal) y odontopediatría o también llamada como odontología pediátrica (especialidad dental que proporciona cuidados de salud bucal preventivos y terapéuticos primarios y totales a lactantes y niños hasta la

adolescencia, incluidos los menores con necesidades de cuidados bucales especiales (Pinkham, 2001; p. 5); se perfilan como ocupaciones odontológicas de casi competencia exclusiva de mujeres, mientras que especialidades como prostodoncia, cirugía bucal y mayor aún, cirugía maxilofacial son concernientes a los hombres (Domínguez, 2014; p. 42).

De esta óptica, para la odontopediatría, como rama que tiene sujeto de atención al niño, no hay nadie mejor que la mujer, que ella, que con sus dotes naturales, pueda abordarlo, emanando sus cualidades maternales, de docilidad, paciencia y protección, en una especie de comunicación madre-hija o madre-hijo, que solo ellas pueden establecer eficazmente porque para ello, si son las elegidas (ob. cit.; p, 44). Históricamente ha sido tal la exclusividad, que Pinkham (2001) relata un hecho curioso:

> Hasta mediados del decenio de 1950, en por lo menos una entidad federativa de Estados Unidos, un abastecedor importante de productos odontológicos proporcionada a todos sus clientes nuevos que inauguraban un consultorio dental un letrero muy grande que decía: En este consultorio no se admiten niños menores de 13 años de edad para tratamiento (p. 3).

Lo que se traduce en que durante el siglo XVIII, los niños prácticamente no recibían tratamiento odontológico. “En las 50 escuelas odontológicas de Estados Unidos se daba poca o ninguna instrucción en el cuidado de los dientes de leche y no fue sino hasta 1924 que apareció la primera publicación en odontopediatría” (Pinkham, 2001; p. 4). En 1947 se crea la Academia Estadounidense de Odontopediatría (American Academy of Pedodontics). La fundación de la academia obedeció en gran medida a la necesidad de contar con una organización que tuviera un enfoque más científico de la salud dental infantil. La producción global de dentistas en relación con la población continúa en descenso, al tiempo que el número de egresados de carreras de odontopediatría no será suficiente para mantener la tasa actual de dentistas pediátricos (Wadman, 1995; citado por Pinkham, 2001).

En cuanto a la estética dental, Asbell (2002) refiere que “la búsqueda de la belleza se remonta a las primeras civilizaciones. Desde entonces, el arte dental ha formado

parte del anhelo de mejorar el aspecto estético de los dientes y la boca". Asimismo, "la higiene oral era una costumbre fundamentalmente femenina, por razones de belleza más que por razones de salud dental" (p. 23). Así la estética, supone cualidades delicadas como sensibilidad, sensación y percepción hacia elementos artísticos, de aspecto bello, ornamentoso y elegante, procurando la armonía y apariencia agradable a la vista, entendiendo que las mujeres en su carácter de especie inferior, siempre se han preocupado por mostrar su mejor aspecto para agradar al hombre, y no a la inversa, por lo que han sido las esteticistas por excelencia (Domínguez, 2014; p. 44). Esto contrasta con afirmaciones de autores como Farill Guzmán (2009):

> Si la capacidad, el talento, la inteligencia y la tenacidad son vitales, el toque femenino de gentileza, paciencia, intuición y suavidad no le hacen ningún daño a la imagen que el público tiene de los dentistas. Pienso que las mujeres son excelentes dentistas en cualquiera de las especialidades y no sólo en la tradicional odontopediatría. Ejemplos abundan y todos los conocemos (p. 9).

Existirá entonces, una dicotomía marcada entre las llamadas especialidades u ocupaciones bajas, calificadas como aquellas que generan menos presión y cualidades superiores de las llamadas especialidades elevadas como cirugía oral y maxilofacial. Así, el terreno de la cirugía y prostodoncia estaría reservado para los hombres, pues se trata de un oficio para hombres, en el que se emplea el raciocinio, en conjunto con la fuerza, la técnica y la pericia, características y cualidades que supuestamente solo el hombre expresa naturalmente, pues debe ser lo suficientemente rudo como para soportar la observación de la sangre, los tejidos vivos, la deformación del cuerpo. Además, debe ser lo suficientemente inteligente como para razonar y adquirir el conocimiento objetivo que luego aplicará mediante la técnica y la destreza de sus virtuosas manos. Bajo esta perspectiva, solo el hombre puede llevar a cabo operaciones mentales y físicas tan elevadas (Domínguez, 2014; p. 42). Por consiguiente, Machado y Leite (1986) citadas en Machado (1993) no están alejadas de la realidad cuando afirman que:

> El papel desempeñado por la mujer en la esfera social se reproduce en la elección de la especialidad... se observa que el mercado refuerza, a través de la

> elección, los valores sociales e induce a vocaciones que son socialmente dirigidas. Tanto las profesionales calificadas (de formación universitaria) como las no calificadas, ejercen actividades "apropiadas" para el sexo femenino. A pesar de mantener y procurar la profundización del nivel de especialización, se enfrentan con barreras que son colocadas especialmente a nivel del sexo (p. 281).

Guiadas por esta lógica, la mujer odontóloga promedio se interesa de especialidades de odontopediatría y estética porque sociosimbólicamente estas representan espacios en los que ella podría ser lo que ha sido "llamada" a ser.

Pero, ¿Quién es la Mujer en la Salud y en el Saber dental?

Sin lugar a dudas, las construcciones sociosimbólicas hegemónicas de femineidad y masculinidad han repercutido en el libre curso hacia la construcción diversa de identidades de la humanidad toda; torciendo, reduciendo, sometiendo y oprimiendo los cuerpos y mentalidades, al ser impuestos unos estándares a cumplir y corresponder con los patrones que establece el orden social patriarcal. Estas identidades soslayadas han generado un imaginario colectivo que solo contempla un par opuesto de posibilidades, de entre una gama existente, y esta dicotomía se refleja universalmente, incluido el sector salud y en el caso que nos ocupa, en la ciencia odontológica. Kornblit (2000) nos recrea con algunas representaciones sociales de mujeres y hombres relacionadas con la salud, analizando las diferencias de género coincidiendo que las mujeres son vistas como sostenedoras de todo aquello que se relaciona con la salud en la vida cotidiana y también de todo lo referente a su recuperación cuando ella se ha perdido (p. 218), es decir, nuestro papel es notable en la vida cotidiana, en la vida privada.

Parafraseando a esta autora, las mujeres son percibidas como proveedoras de la salud, es decir, son vistas como las responsables de establecer un medio doméstico favorable a la salud y de transmitir las actitudes y comportamientos necesarios para mantener el bienestar de los miembros del grupo familiar, establecer el contacto con el sistema profesional de salud y el criterio de evitar conductas de riesgo. Todo ello es

adoptado en mayor proporción por las mujeres, quienes parecen tener una mayor consciencia acerca de la propia responsabilidad en la conservación de la salud, siendo que el rol femenino en la familia, va de la mano con la actitud de velar por las acciones vinculadas con la salud de todo el grupo.

Es evidente la intervención de las pautas culturales de lo femenino y masculino, al punto que se definen y redefinen roles, actitudes y tendencias, con competencia casi exclusiva para la mujer. Como vemos, en el imaginario colectivo, la mujer es sinónimo de cuidadora, protectora, jefa de las actividades domésticas. Este imaginario colectivo, también cree que las mujeres hemos superado los obstáculos sociales, ocupamos espacios públicos y desarrollamos tareas antes impensadas, logrando nuestra emancipación. Farill Guzmán (2009) nos recrea con un párrafo que expresa la realidad desde el campo odontológico:

> Lo importante es que en nuestro país y en muchos otros de Latinoamérica las mujeres portan con orgullo y responsabilidad el prestigio de nuestra profesión, a la que enaltecen y a la que ayudan a superar diariamente con su labor profesional honrada y gentil, que llevan a cabo en instituciones de servicio y seguridad social, en las de investigación y docencia, en las de gobierno y en las hospitalarias, en las empresas privadas **y, claro, en la práctica privada (por eso somos dentistas, ¿o no?)**. Y muchas veces sus consultorios están en sus casas y prestan servicios a quienes nadie más piensa en prestarlos [*Las negrillas son nuestras*] (p. 9).

Tendríamos que considerar entonces, qué tan libres son las mujeres de ejercer cualquier actividad dentro de sus carreras, por qué escogen tales carreras y cuales actividades son de competencia casi exclusiva para ellas e impensadas para los hombres. Para Kornblit (2000; p. 218), los varones en cambio, parecen estar más preocupados por lo orgánico, ya que las únicas palabras que marcan en mayor proporción que sus pares femeninos, como indicadores de sus preocupaciones en torno a la salud, son estatura, oído, dientes, fatiga, apetito, sueño y respiración. Las mujeres, por su parte, no muestran preocupación por lo orgánico, salvo en lo que se refiere a lo fisiológico, en especial relacionado con la sexualidad, dado que marcan

más palabras como pubertad, transformación del cuerpo, menstruación, anticoncepción, embarazo, parto y aborto.

Esto se evidencia en múltiples investigaciones que han abordado el papel de la mujer en la asistencia familiar, como el de Sánchez-Ayéndez (1993, p. 288), quien refiere que tanto los hombres como las mujeres esperan que sean sus hijas quienes más participen en la provisión del cuidado necesario, en especial en la etapa de ancianidad, inclinándose por un patrón desigual de comportamiento para hombres y mujeres:

> Si bien aceptan que las mujeres se eduquen y trabajen fuera del hogar, siguen considerando al hombre como el sostén principal en el matrimonio y a la mujer como la administradora principal del hogar. El mantenimiento de las relaciones familiares se percibe como una actividad asociada al hogar y, por lo tanto, se considera una responsabilidad femenina; dentro de estas relaciones se incluye el cuidado de parientes ancianos, especialmente de los padres.

De manera que, como lo refiere Kornblit, las mujeres muestran una gama sumamente diversa de preocupaciones que se asocian con la salud. Les preocupa lo psicológico, lo cognoscitivo, lo afectivo y lo recreativo. Amor y amistad son palabras que tiene ver con proyecto de vida, que las mujeres, en mayor proporción que sus pares masculinos, asocian con la salud. Esto muestra la vigencia de la importancia que las jóvenes asignan a las relaciones interpersonales. Al respecto, Leal García (1998) establece algunas diferencias personales que provienen del género:

> El modelo masculino preconizado por nuestra sociedad tiene algunas características muy destacadas que lo definen esquemáticamente: los hombres y los niños pueden ser algo rudos —pero nobles—, no suelen poner demasiado énfasis en la exteriorización de sus sentimientos —ya que ello es signo de debilidad—, pueden ser amantes de la aventura y el riesgo, han de ser asertivos y contundentes en sus decisiones, etc. El modelo femenino tiene asimismo sus correspondientes características: las mujeres y las niñas son sensibles, tiernas en sus relaciones, expresan con facilidad sus sentimientos, se inclinan a ayudar a las demás personas, y también necesitan protección, seguridad y estabilidad (p. 173).

Estas representaciones sociales como saber del sentido común de la sociedad, operan a través de un sistema hegemónico patriarcal, que sobrevalora un colectivo sobre otro, y desde esta visión, se entiende, se cree, se define, se organiza, se moldea, se juzga, se legisla, se teoriza, se valida o invalida. Desde esta óptica, la mujer en el saber dental también es el producto de esta organización. Y es que, antes que odontólogas, formamos parte de un colectivo de mujeres, la otra mitad de la especie humana, o más bien, somos más de la mitad de la humanidad toda. En correspondencia con este dato, debemos también señalar que como mujeres todas, de sexo *femenino*, nos identifica y nos reúne en un mismo grupo (sin importar raza, religión, etnia, grupo etario) el hecho de ser igualmente oprimidas como colectivo por el hombre. Por tanto, el intento de definir la mujer en el saber dental parte de este axioma.

Vale decir que, históricamente las mujeres que han venido incursionando en los estudios odontológicos, se ven representadas y personificadas en la *middle class* de mujeres blancas, aspecto que describió Seldin (1998) en una metáfora, donde las mujeres dentistas eran vistas como *barbies* y los hombres como *kens*. Esto es, que no cualquier mujer podía o puede acceder con igual facilidad que las de aquel grupo. Es sabido además que en odontología, la posición social y económica de hombres y en el caso que nos ocupa –mujeres–, ha sido históricamente acomodada. Estas representaciones nos hablan de la existencia de un posible estereotipo de mujer dentista, que privilegia un grupo sobre otro, y que a su vez nos informa también acerca de lo inapropiado de generalizar las experiencias de las mujeres en esta disciplina.

Se debe insistir en ello pues tal como lo expresa Harding citada por Jaggar (2004, p. 63)[14], esto significa que desde los feminismos, se debe tener presente que las experiencias de las mujeres no son exactamente iguales unas a otras, que sus vivencias y percepciones pudieran diferir significativamente, o que las vivencias de algunas pudieran llegar a ser incongruentes con las experiencias de las mujeres de otras culturas, religiones, razas o etnias. Como diría Smith en 1970 (citado por Jaggar, 2004) “ver desde la perspectiva de las mujeres no implica un punto de vista

común entre las mujeres, lo que nosotras tenemos en común es aquella organización de relaciones sociales la cual ha generado nuestra exclusión". A sabiendas que "el análisis de género, la clase social, la etnia y la generación son dimensiones que permiten analizar las diferencias existentes, para encontrar los insumos necesarios, con el fin de reducir la brecha existente aún entre las propias mujeres" (Fescina, De Mucio, Díaz Rosello, Martínez, Serruya y Durán (2011; p. 16) o tal como lo establece Facio (1992, p. 76):

> La toma de conciencia feminista crea un nuevo conocimiento que emerge del compartir, honesta y sororalmente nuestras experiencias con otras mujeres. Esto nos permite comprender nuestras diferencias e identificar lo que es común a todas y a partir de ahí, hacer la teoría necesaria para comprender nuestra realidad y trazar las estrategias para transformarla, tratando de no caer en nuevas formas de explotación y opresión.

Guiadas e inscritas en la lucha de los feminismos y no de un feminismo en concreto, las mujeres en el saber dental son igualmente semejantes e igualmente diferentes. Sin importar su clase, raza, etnia, edad, creencia, etc., son oprimidas por el solo hecho de ser mujer.

CAPÍTULO III

EL SENDERO HACIA LA AURORA

"Entiendo que muchas mujeres hoy en día trabajan por obtener una mayor tajada de la torta, pero yo no lo voy a hacer...porque prefiero trabajar para cambiar la receta".

Feminista Kramarae C. I Treichler

Trazando la Ruta A seguir

Para dar cabida al propósito de esta producción doctoral, nos quedó claro que no la podíamos abordar de la misma manera en que lo harían las/os investigadoras/es tradicionales. Las interrogantes que nosotras nos formulamos difieren diametralmente con aquellas que están permitidas a enunciarse desde el método científico hegemónico tradicional. Por lo que desde la teoría feminista y en consonancia con la metodología de género, trazamos la ruta a seguir más conveniente, y propiciar así, un sendero que nos encausara hacia la conquista de nuestras intencionalidades.

Para ello, nos adherimos a los postulados teórico-metodológicos de autoras reconocidas como Sandra Harding, Eli Bartra, Gloria Comesaña y Helen Longino, en tanto puntualizan algunas cuestiones de interés para una investigación que pretenda ser para las mujeres, tomando en cuenta que, una investigación feminista aboga en esencia, por la emancipación de las mujeres, pero tras ello, también aboga por la liberación de los varones como grupo humano que secundariamente padece de los embates de este sistema hegemónico, que si bien no igual que las mujeres, sufren en una constante lucha social por ejercer la masculinidad. Por tanto, una investigación de esta naturaleza, al fin de cuentas, aboga por la humanidad toda, mujeres y hombres, por un verdadero y genuino bienestar social.

Ahora bien, convencidas de que para de-construir el orden simbólico, los signos, las imágenes, el sentido y los significados que emergen del discurso de mujeres y

hombres profesionales de la odontología y residentes de especialidades clínicas, partiendo de sus experiencias y vivencias, y develando las circunstancias y las condiciones simétricas/asimétricas de poder entre ellas/os, significa estar en sintonía con la corriente feminista, abogamos por los más altos valores de respeto, tolerancia, democracia, libertad e independencia entre los diversos grupos sociales.

Esta fijación de postura a priori entra en concordancia con la anterior cita y en especial con una premisa de Longino (1990, p. 101-120), cuyas ideas deseamos subrayar por cuanto explica que una ciencia feminista tampoco estaría libre de valores, aunque si de contenido muy diferente al que presentan los valores androcéntricos y misóginos de la ciencia actual. Esto nos incentiva hacia la búsqueda de una nueva variedad de verdad, una nueva variedad de validez, en resumen una mejor ciencia, como lo resume Gómez Rodríguez (2001):

> Como científicas feministas debemos explicar nuestros valores y asunciones, solo de esa manera la ciencia que hagamos eliminará la investigación que se dirige a la explotación y destrucción de la naturaleza, las mujeres, especies y razas. Tal ciencia admitirá la diversidad cultural de sus participantes y de sus aproximaciones que iluminarán diferentes facetas de las realidades que se intentan comprender. Los valores de una buena ciencia y los de la ciencia feminista coinciden; ellos harán posible una ciencia revolucionaria que elimine las jerarquías y fronteras existentes en la ciencia actual (p. 443).

Por consiguiente, temas álgidos como la reivindicación de la mujer y su reposicionamiento en la sociedad, nos exhortan hacia la búsqueda de algo más, de un cambio de molde, de repensar la ruta como investigación que lucha por los intereses específicos de las mujeres. Es tarea obligada desestimar las presuntas bondades incontestables del método científico como objetividad, universalidad y neutralidad, y todos sus ismos reduccionistas como la panacea que da respuesta al universo todo. Sin duda, los paradigmas dominantes están en profunda crisis y esto ha resultado en la irrupción de otras miradas y desde luego, la inevitable atención de la sociología.

En este sentido, la presente investigación se trató de un estudio interpretativo, puesto que centró su atención en el significado dado por las/os actoras/es sociales y sus interacciones, tomando en consideración lo expresado por Rusque (2010; p. 128)

“el significado es el producto de un proceso de interpretación que juega un rol clave en la vida social”. En este sentido, buscamos la articulación con las/os actoras/es sociales para compartir sus sistemas de significados, lo que permitió la interpretación de la situación social de las mujeres, como grupo subordinado por excelencia, considerando que estos sistemas de significados no son más que productos sociales, esto es que, se forman o se transforman mediante la interacción social.

De manera que para la consecución de nuestro propósito investigativo, requerimos abordar el campo de lo cualitativo, que en palabras de la socióloga Rusque (2010), su centro de atención se basa en entender cómo funciona la asignación de significados de la acción social (p. 14) o en ideas de Eisner (1998) citado por Bisquerra (2004) lo cualitativo reivindica la vida cotidiana y el contexto natural de los acontecimientos como escenario básico para comprenderlos, interfiriendo lo menos posible con ellos (p. 278). “La comprensión consiste en explicar las acciones humanas clarificando el pensamiento que las informa, situándolo en el contexto de las normas sociales y de las formas de vida dentro de las cuales aquellas ocurren” (Yuni y Urbano, 2005; p. 109). Por tanto, “la interpretación hermenéutica es la vía de acceso cognitiva que utiliza el investigador para reconstruir la trama de significados” (p. 109). De allí que el presente estudio se fundamentó en la hermenéutica crítica, considerando que…

> …la teoría social interpretativa afecta la forma en los sujetos se entienden a sí mismos, su situación y sus contextos. En la medida en que los sujetos pueden reconocer las fuentes de sentido de sus prácticas, pueden visualizar otras formas de interpretarse y pueden reconsiderar su sistema de creencias y de actitudes (p. 109).

Según Sandín (2003, p. 61) “la hermenéutica crítica valora los significados de las expresiones a la luz de las condiciones históricas. Se ocupa de clarificar las condiciones bajo las que una comprensión distorsionada puede haber ocurrido, una clarificación que debe conducir a una acción práctica emancipadora”. Bajo estas nociones, centramos nuestra atención en las mujeres como sujetas y la manera en cómo ellas son, están, coexisten, subsisten y/o sobreviven en la realidad social odontológica, todo esto expresado y producido a través de los procesos interactivos,

producto del diálogo entre investigadora-investigadas/os. Este enfoque nos permitió dar con la estructura dinámica de la realidad y las razones que encauzan el fenómeno y todas sus formas de expresión. La naturaleza del conocimiento en esta investigación partió desde la subjetividad y tal como lo refiere Rusque (2010) la subjetividad no es exclusivamente individual, en el sentido de única:

> La forma de narrar la vida corresponde a estructuras narrativas y procesos de atribución de sentido que tienen individualmente carácter social, porque tienen una existencia previa a la experiencia individual dentro de un contexto cultural y ha sido objeto de aprendizaje, pero no es solamente social (p. 101).

El enfoque cualitativo permite entonces, tomar en cuenta las mediaciones sociales, los significados de las acciones, los procesos interactivos, la cultura; elementos que configuran toda una subjetividad, que viene dada por lo individual y por lo colectivo. En ideas de Heller (1991), tomado de Rusque (2010, p. 101), lo cualitativo le da valor al sujeto, quien se identifica a sí mismo completamente con el mundo que da por sentado, así como se identifica consigo mismo, siendo que el individuo o sujeto es la síntesis de lo genético y lo social. Esta noción no las amplía Guardián-Fernández (2007):

> El sujeto es una acción y una conciencia porque al ser constructor y productor del mundo elabora y re-elabora, desecha cada día construcciones subjetivas de ese mundo en el cual vive y actúa. Desde esta perspectiva, la observación científica no es pura ni objetiva, sino que lo observado se inserta dentro de una matriz o marco referencial, constituido por los intereses, valores, actitudes y creencias, de la persona que investiga, lo cual le da un sentido subjetivo a lo observado. Esta afirmación deja en suspenso las clásicas polaridades de sujeto-objeto: abre de par en par la puerta a la subjetividad. Nos catapulta hacia un ser subjetivo, un ser persona, que sólo se comprende en el estar o vivir con o al lado de las otras personas que también poseen una matriz propia constituida por valores, actitudes, intereses y creencias. Matriz que a su vez está determinada o es construida a lo largo de la historia de vida de cada quien (p. 108-109).

Esto nos llevó inexorablemente a precisar nuestra relación como investigadoras con el "objeto de conocimiento", en donde no abordamos a las mujeres y hombres como objetos, sino que más bien se trató de una relación sujeta-sujeta/o, en donde se propició la horizontalidad entre las partes, sin pretensiones de escalafones ni rangos. Esta postura se afilia a las ideas de Guardián-Fernández (2007), quien enfatiza que:

> Todo conocimiento tiene un sujeto, pues el proceso de conocer se da siempre en una o un sujeto activo, y, por lo tanto, todo conocimiento, en primer lugar, es siempre subjetivo -PERSONAL- aun cuando tenga componentes que provienen del objeto o mundo exterior, fruto de una interacción dialéctica e histórica. Esta posición nos convoca a desarrollar una nueva actitud investigativa, así como procesos de pensamiento que permitan comprender mejor "al sujeto", al sujeto-persona, a las personas actuantes en el proceso, su identidad, su historia de vida, sus grupos, sus redes, sus vínculos, sus sistemas de información y de comunicación. Sólo de esta forma podremos develar las formas cómo las personas construyen conocimiento sobre la realidad social…*centrar la atención en la persona, en su historia, en sus relaciones sociales y su ambiente, como sujeto y no sólo como objeto de estudio, es un movimiento epistémico, puesto que reconoce la acción del sujeto sobre el mundo y que la construcción del conocimiento es histórica, dialéctica y colectiva* (p. 114-115).

Ahora bien, mi persona –la investigadora– como mujer inmersa en el mundo científico de la odontología, tiene un alto sentido de pertinencia en el asunto a deslindar, en tanto me incluyo como parte de la investigación y no como un ente externo, concordando con uno de los razonamientos teórico-metodológicos de Harding (1987):

> Los mejores estudios feministas trascienden estas innovaciones en la definición del objeto de estudio de una manera definitiva: insisten en que la investigadora o el investigador se coloque en el mismo plano crítico que el objeto explícito de estudio, recuperando de esta manera el proceso entero de investigación para analizarlo junto con los resultados de la misma. En otras palabras, la clase, la raza, la cultura, las presuposiciones en torno al género, las creencias y los comportamientos de la investigadora o del investigador mismo, deben ser colocados dentro del marco de la pintura que ella o el desean pintar. Esto no significa que la primera parte de un informe de investigación deba dedicarse al examen de conciencia (aunque tampoco esté del todo mal que de vez en cuando los investigadores hagan examen de conciencia). Significa más bien, como veremos, explicitar el género, la raza, la clase y los rasgos culturales del investigador y, si es posible, la manera como ella o él sospechan que todo eso haya influido en el proyecto de investigación –aunque, desde luego, los lectores sean libres de llegar a hipótesis contrarias respecto de la influencia del investigador o investigadora en su análisis. Así, la investigadora o el investigador se nos presentan no como la voz invisible y anónima de la autoridad, sino como la de un individuo real, histórico, con deseos e intereses particulares y específicos (p. 25).

Así pues, desde lo cualitativo, se buscó comprender lo subjetivo que está latente en los discursos de odontólogas y odontólogos, especialistas egresadas/os de las Facultades de Odontología de la Universidad de Carabobo y Universidad Central de Venezuela, con el deseo de sondear y aproximarnos a sus experiencias, prácticas, roles, tendencias, barreras en atención a las relaciones de poder en función del sexo que se configuran en este oficio. Esto es que se buscó develar los posibles sesgos de género que subyacen en la ciencia odontológica y con ello, valorar el papel real que han tenido las mujeres en su incursión masiva de esta ciencia, o más bien, la forma en que la lógica de la ciencia opera en la existencia de las mujeres de esta ciencia. Este sentimiento de disconformidad con la simple descripción de una realidad, marca otra pauta de la ruta que seguiremos, identificándonos con el pensamiento de Bartra (2000), quién refiere que:

> Contemplar la división genérica es condición necesaria pero no suficiente para utilizar un método feminista de conocimiento. Este método va siempre acompañado con una voluntad de cambio. Detrás de este se encuentra el interés de impugnar un estado de cosas injustas y la necesidad de transformarlo (p. 31).

Para ello, partimos del género como una categoría de análisis que como refiere Carosio (2010):

> Pone el énfasis en la ubicación de los sujetos a partir de las relaciones de poder. La perspectiva de género revela la existencia y los efectos de una relación de poder, de una diferencia –la sexual– que es socialmente vivida como encuentro desigual y dominación (p. 19).

De modo que, de la mano de la perspectiva de género, buscamos captar el significado de prácticas y conductas, cuestionando el sentido natural que se le otorga a todo lo dado, fundados en los binarismos fundados en la ciencia androcéntrica imperante. En este aspecto, Comesaña (2004) nos amplía:

> El género es una categoría analítica que nos permite captar el sentido de muchas prácticas y conductas, tanto individuales como institucionales. Como herramienta hermenéutica abre nuevos caminos a la investigación, y como tal, tiene una función positiva y una negativa. Desde la perspectiva positiva, señala

> nuevos temas de interés y nuevas claves de entendimiento en la investigación. Desde el punto de vista negativo, el género nos lleva a cuestionar el valor, supuestamente "natural", de muchas construcciones e instituciones" (p. 26).

Desde lo axiológico, de esta producción investigativa se desprenden valores diferentes a los de la ciencia tradicional, al ampliar el rango de la categoría investigadora. La naturaleza de los valores en los estudios de corte feminista y de género emana actitutes críticas, reflexivas y dinámicas que difieren de la ciencia androcéntrica. Desde una perspectiva feminista y género-sensitiva se evidencian pautas culturales que explican formas de pensamiento y modos de vida que favorecen los logros de un grupo y ocultan o desestiman los de otro. Es por ello que el feminismo como crítica de la cultura patriarcal se concreta no solo como crítica epistemológica sino como crítica ética (Amorós, 1991). Esta investigación pone de manifiesto que el patriarcado ha significado la ausencia de valores de autonomía, justicia y bienestar colectivo.

Grupo Humano

Siguiendo los lineamientos de Martínez Miguélez (2006) seleccionamos el grupo humano sujeto de estudio. Al respecto, este autor refiere que:

> En la muestra intencional se elige una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación (…) se trata de buscar una población que sea comprehensiva y que tenga, a su vez, en cuenta los casos negativos o desviantes, pero haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos y explotando a los informantes clave (personas con conocimientos especiales, estatus y buena capacidad de información) (p.86).

En este sentido, el grupo humano de este estudio estuvo constituido por 27 odontólogas y odontólogos, con especialidades clínicas entre cirugía buco-maxilofacial y odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (UC) y de las especialidades clínicas de prostodoncia y odontología operatoria y estética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Central de Venezuela (UCV).

En cuanto a los criterios de selección; para esta investigación cobró mucho sentido, en primera instancia, la participación de sujetas/os profesionalizadas/os –odontólogas y odontólogos–, por el hecho de que ya poseen cierto camino andado en el mundo odontológico y esto supone una mayor exposición y vivencias en el área. En segunda instancia, que sean especialistas, lo que brindó una mirada reciente y vigente de las experiencias y significados que buscamos rastrear. Además, seleccionamos específicamente las especialidades de odontopediatría, odontología operatoria y estética, prostodoncia y cirugía buco-maxilofacial, las cuales se perfilaron como los espacios ocupacionales específicos más representativos de la odontología, en relación al posible florecimiento de sesgos de género de entre todos los quehaceres odontológicos, lo que nos proporcionó una mirada amplia de lo que se estaba investigando.

Adicionalmente, nos valimos de la participación de una informante clave que fue incluida en la conformación del grupo humano de estudio y fungió como aquella participante –que cumpliendo con un mínimo de los criterios de selección descritos anteriormente y con un conocimiento especial–, cuya información develada se estimó como altamente significativa, a la luz de los fines de esta investigación. Vale destacar que, en nuestra investigación se tomó como unidad de análisis, la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, institución que ofrece los postgrados en las especialidades de cirugía buco-maxilofacial y odontopediatría, así como la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, institución que ofrece los postgrados en las especialidades de prostodoncia y odontología operatoria y estética. En ambos recintos académicos se instala una cotidianidad de vida social, desde la que se forjan maneras de concebir, producir y valorar saberes en el marco de esta disciplina y sus quehaceres diversos.

Espacios y Momentos de Acercamiento

En la presente investigación se veló por seleccionar espacios adecuados de acercamiento para los diversos encuentros con el grupo humano. Para nosotras, un

espacio apropiado para realizar las entrevistas a nuestro grupo humano fue aquel que como lo refiere Martínez Miguélez (2006, p. 94) propicie y facilite una atmósfera agradable para un diálogo profundo y desde donde estuvimos atentas a todo cuanto emergía, en una constate pesquisa de lo que sobrevenía y era oportuno a esta investigación. En este sentido, consideramos un espacio ideal para realizar una entrevista, aquel que brindó tranquilidad, silencio, amenidad y comodidad. Además de ser establecido de manera consensuada entre las partes.

Asimismo, para garantizar una adecuada conducción técnica de la entrevista en este estudio, cuidamos de seleccionar el mejor momento para su ejecución, tomando en cuenta que el momento ideal fue aquel que se logró de manera concertada y anticipada entre las partes, a fin de que se evitase una entrevista apresurada y bajo presión. En su lugar, velamos por una dedicación exclusiva durante el proceso de entrevista, invirtiendo el tiempo necesario y convenido para ello.

Saturación de la Información

Para garantizar la calidad de la investigación nos basamos en el principio del punto de saturación de la información, el cual busca facilitar la determinación del tamaño de una muestra cualitativa, esto es, el número de sujetas/os investigadas/os que serán incluidos dentro del grupo humano, hasta que se repita la información, dada por estas/os. Bertaux y Bertaux-Wiame (1993) precisan esta metodología:

> El punto de saturación del conocimiento es el examen sucesivo de casos que va cubriendo las relaciones del objeto social, de tal forma que a partir de una cantidad determinada los nuevos casos tienden a repetir –saturar– el contenido del conocimiento anterior. La saturación del conocimiento supone que se ha establecido las pautas estructurales que subyacen a un determinado conjunto de procesos sociales y los nuevos casos no introducen correcciones ni complementos al conocimiento de la realidad estudiada, solo repiten el contenido de la pauta social definida (p. 250).

Como dirían Gill Villa y Antón Prieto (2000) “el concepto de saturación sirve para saber cuándo dejar de hacer entrevistas, tanto a un mismo narrador como a varios.

Cuando acaba una entrevista debemos juzgar si el narrador parece tener más cosas que contarnos relevantes para nuestro estudio" (p. 29). En este sentido, estuvimos atentas a la necesidad de realizar entrevistas adicionales a un/a misma/o entrevistada/o, o a la necesidad de parar cuando se evidenciaba la repetición de narraciones previamente realizadas por otras/os entrevistadas/os. En este momento consideramos como alcanzado el punto de saturación de la información recogida.

Proceso de Recolección de la Información

De acuerdo con el propósito y metodología de esta investigación, se hizo necesaria la selección de las técnicas y recursos de recolección de información pertinentes que dieran respuesta a nuestra intencionalidad. En este sentido, es oportuno explorar el concepto de Técnica, el cual se refiere a "procesos interactivos entre investigadores e investigados con la finalidad de obtener los datos en toda su riqueza y particularidad" (Bisquerra, 2004; p.150). En este estudio se empleó la técnica directa que es aquella que permite la interacción directa con el grupo humano como fuente primaria, específicamente la técnica de la entrevista a profundidad. Esta se define como "una técnica cuyo objetivo es obtener información de forma oral y personalizada, sobre acontecimientos vivos y aspectos subjetivos de la persona como las creencias, las actitudes, las opiniones, los valores, en relación con la situación que se está estudiando" (Bisquerra, 2004; p. 336). La entrevista fue no estructurada, la cual es aquella que se realiza sin un guión previo de preguntas, sino más bien, se construye simultáneamente a partir de las respuestas del entrevistado (ob. cit.).

Siguiendo las directrices de Taylor y Bogdan (1987, p. 101) tales entrevistas fueron llevadas a cabo como "reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y las/os entrevistados que conforman el grupo humano del estudio, los cuales están destinados a la comprensión de las perspectivas que tienen tales sujetas/os respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan sus propias palabras". Es de subrayar que para este estudio fue de suma importancia la preservación de la

información recogida como confidencial, y para ello se hizo uso del consentimiento informado como documento bioético legal (Ver Anexo A). Así como también, se veló por la participación voluntaria del grupo humano.

En cuanto al recurso de recolección de la información, se emplearon las grabaciones de audio, que según Pérez Serrano (1994) "permiten registrar con exactitud y a bajo costo una conversación o debate oral" (p. 51). Este fue un recurso muy útil, puesto que permitió la transcripción de lo expresado en las diversas entrevistas tal y cómo fue manifestado. Es de hacer notar que la recursividad funge como uno de los criterios de rigor científico de una investigación cualitativa, esto es la confirmabilidad.

En este sentido, además de considerar el principio de confirmabilidad ya mencionado, también tomamos en cuenta los principios de fiabilidad o consistencia, a través del proceso de saturación de la información; el criterio de transferibilidad mediante la abundante recolección de información y de credibilidad dado por el proceso de triangulación de la información, definida como "un procedimiento que consiste en combinar enfoques teóricos, procedimientos y estrategias metodológicas, resultados obtenidos por diferentes instrumentos o interpretaciones efectuadas por distintos observadores o por varios de estos procedimientos utilizados simultáneamente (Yuni y Urbano, 2005; p. 177).

Procesamiento de la Información

El procesamiento de información se llevó a cabo mediante un proceso laborioso de descripción, categorización, estructuración, contrastación y teorización de la información cualitativa recabada. Para ello, desde nuestros propios medios humanos y alejadas de la automatización que brindan los programas diseñados para simplificar esta labor, nos propusimos realizar una internalización de la información, haciendo uso de la totalidad de la información suministrada por las/os sujetas/os protagonistas, con el propósito de dar cabida a la emergencia de una unidad hermenéutica de la realidad de mujeres en el espacio odontológico.

Siguiendo las ideas de Martínez Miguélez (2006), en una primera etapa descriptiva, procuramos hacer una buena descripción; pues esto "es una conditio sine qua non para poder realizar una investigación digna de respeto, lograr conocimientos válidos y no embarcarse por un camino de ilusión, engaño y decepción" y más adelante establece que "un fenómeno bien registrado no será difícil de describir con características de autenticidad" (p. 141; 144). Para lograr esto, realizamos la transcripción de manera fiel y exacta en concordancia con lo registrado mediante el grabador de audio.

Seguidamente, continuamos con la etapa estructural, que en ideas de este mismo autor, consistió en realizar una lectura general de la descripción de cada protocolo, y con ello nos sumergimos mentalmente en la realidad ahí expresada, con la finalidad de lograr un compendio general del contenido de la información recolectada. Para esto, hicimos uso del método de categorización, el cual se trata de "clasificar las partes en relación con el todo y las partes, a medida que se revisa el material y va emergiendo el significado de cada sector, evento, hecho o dato" (p. 265). Luego, se agruparon las categorías individuales en categorías universales o metacategorías, identificándolas por su naturaleza o por temas comunes.

En este estudio se consideró pertinente además la creación de sub-categorías, como categorías que se derivan de las universales, pues comportan propiedades o atributos, que en palabras de Martínez Miguélez (2006, p. 269) describen causas, condiciones, consecuencias, dimensiones, tipos, procesos, que devienen o descienden de una rama mas gruesa del árbol de categorías, que es familiar a la categoría universal pero no idéntica. De manera que procedimos a delimitar las unidades temáticas naturales, lo que nos dio un grupo de unidades significantes de una posible estructura. Con ello, sucedió la determinación del tema central que dominó cada unidad temática:

> En este paso se realizan dos cosas: en primer lugar, se eliminan las repeticiones y redundancias en cada unidad temática, simplificando así su extensión y la de todo el protocolo; en segundo lugar, se determina el tema central de cada unidad, aclarando y elaborando su significado, lo cual se logra relacionándolas una con otra y con el sentido del todo (p. 147).

Así, posteriormente se integraron los temas centrales de las unidades temáticas, y se constituyó una estructura particular descriptiva. Esto vendría a ser la etapa de estructuración, que consistió en "descubrir la estructura o las estructuras básicas de relaciones del fenómeno investigado. Esta estructura, gestalt o forma, constituye la fisonomía individual que identifica ese fenómeno y lo distingue de todos los demás…" (p. 148). Finalmente, todas las estructuras particulares se constituyen en una estructura general, lo que para este autor significa; determinar la fisonomía grupal, es decir, la estructura fisonómica que caracteriza al grupo estudiado (p. 151). Se trató de realizar un trabajo sintético a la vez de completo del fenómeno de estudio.

Luego de ello prosiguió el proceso de contrastación teórica, que consistió en relacionar la información con los resultados de otros estudios alineados con la temática de la investigación, y desde allí contrastarla con otras perspectivas, diferentes o amplias, con el fin de explicar mejor el fenómeno de estudio. Ello de la mano con la etapa de teorización, la génesis de la teoría y lo que Martínez Miguélez (2006; p. 76-77) define como "una construcción mental, simbólica, verbal e icónica, de naturaleza conjetural o hipotética, que nos obliga a pensar de un modo nuevo al completar, integrar, unificar, sistematizar o interpretar un cuerpo de conocimientos que hasta el momento se consideraba incompletos, imprecisos, inconexos…".

Surgieron ocho categorías universales, a saber: "Desmitificando la feminización de la odontología", "Sesgo de género como determinante del prestigio que prevalece entre odontología y medicina", "Una carrera perfecta para las "*Superwomen", "*Lo interno y lo externo. Una unidad separada entre hombres y mujeres reflejada en la odontología", "Odontopediatría, la especialidad más femenina de todas", "La segregación de la rehabilitación oral según el género", "Las mujeres y la cirugía buco-maxilofacial. Una relación antagónica" y "Las profesiones auxiliares no son la excepción". Vale destacar que, la última categoría, la cual aborda la higiene dental y la mecánica dental como profesiones auxiliares de la odontología desde el género, emergió sin que estuviese prevista, pues originalmente el alcance de este estudio se circunscribía a la profesión odontológica y las especialidades anteriormente

señaladas. No obstante, aprovechando las bondades de lo cualitativo, las cuales permiten la flexibilidad metodológica y considerando que…

> …puede surgir lo serendipítico de la trama en la narración de las vivencias reales, naturales y únicas y por consiguiente en la investigación puede surgir información que no se había previsto, la cual se puede incorporar al desarrollo del estudio, adoptando las modificaciones que se consideren oportunas (Díaz, 2011; p. 63)…

…se estimó que su inclusión no desviaba la orientación del trabajo. En su lugar, se valoró la fuerza con la que la categoría emergió entre los discursos y su difícil omisión por el carácter nutritivo a lo que se venía investigando, y fue considerado como un hallazgo casual beneficioso no esperado (*serendipity*). De manera que lo cualitativo trata precisamente de un abordaje abierto a las novedades que surgen en el camino, que no trata objetivos específicos sino más bien de problemáticas, que pueden ser amplias y complejas, y parafraseando las ideas de Martínez Miguélez (2006, p. 71, 72) que sugieren que los objetivos de una investigación cualitativa no son intocables, por el contrario, la orientación metodológica cualitativa permite captar muchos problemas entrelazados que no se vislumbrarán hasta que no haya sido suficientemente avanzada la investigación, pues consideramos pertinente incluir las ocupaciones auxiliares odontológicas, dada la riqueza teórica explicativa desde el género y de las jerarquías, que aporta a la realidad social que viven las mujeres en odontología.

Finalmente, para una mejor comprensión de la estructuración global y aproximación interpretativa de la información, se llevó a cabo un gráfico el cual recoge la síntesis de todas las categorías universales con sus correspondientes sub-categorías, a fines de proporcionar una visión más sistemática de la fase de categorización, lo que además facilita la comprensión de la teorización que se tratará en el próximo capítulo (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Representación gráfica de la Estructuración Global y Aproximación interpretativa de la información. Fuente: La autora, 2019.

CAPÍTULO IV

DE LA SOSPECHA AL DEVELAMIENTO

"El feminismo no se trata de hacer a las mujeres mas fuertes. Ya lo son. Se trata de cambiar la forma en que el mundo percibe esa fuerza".

G.D. Anderson

Desmitificando la Feminización de la Odontología

Se ha mencionado en páginas anteriores que la odontología es considerada una profesión feminizada, en virtud del número cada vez mayor de mujeres que ingresan y se profesionalizan en esta carrera. También hacíamos referencia al hecho de que esta idea no solo se instaura en el imaginario popular como representación social, sino que además se asevera como hallazgo científico en diversas investigaciones, lo cual le confiere un halo de verdad a la denominada feminización de la odontología, es decir, que la profesión sea concebida como un campo propio, digno e inherente a las mujeres, partiendo del mero dato cuantitativo y dejando de lado otros fundamentos epistémicos que pudieran conducirnos hacia otras perspectivas de la realidad de las mujeres en carreras así llamadas "feminizadas".

Así mismo, hemos mencionado el manejo sesgado de los asuntos de las mujeres, reflejado a través de los reportes formales o institucionales, los cuales celebran supuestos cambios significativos en la realidad de ellas, destacando su mayor acceso a los diversos campos profesionales al compararlo con cifras del pasado. Si bien esta incorporación ha sido un avance innegable, no se traduce en que se ha logrado equidad entre mujeres y hombres. Desde las instituciones y la ciencia dominante, solo se proveen datos que no se detienen a mirar –no por ligereza ni descuido– las necesidades de las mujeres, sus retos, sus sentires y pesares, porque esta ciencia toma como parámetro de lo humano al hombre, que como tal obedece a una postura epistémica hegemónica que desconoce a las mujeres como sujetas y omite las

experiencias de ellas, validando las experiencias humanas exclusivamente desde la perspectiva masculina, como medida de todas las cosas.

Desde allí, las necesidades e intereses de ellas reciben un tratamiento de carácter especial o problematizado, por no responder a las necesidades del género humano concebido desde lo masculino. En otras palabras, la ciencia dominante desatiende las dificultades que enfrentan las mujeres en la esfera pública y privada, en tanto sujetas de derechos, sustentando la falacia de que están en igualdad de condiciones con los hombres, dado su ingreso masivo en profesiones que en el pasado, eran de predominio masculino.

Desde esta ciencia hegemónica se ha forjado el concepto de feminización de una carrera a razón del número en ascenso de mujeres que ingresan a las profesiones, y con ello, la representación social de las profesiones como femeninas, es decir, un campo de conocimiento estaría feminizado cuando la presencia de las mujeres se aproxime, iguale o incluso supere la presencia masculina desde el punto de vista cuantitativo, debilitando la imagen o concepción masculina de las profesiones, al disminuirse significativamente el número del colectivo masculino. Así pues, como ciencia que se fundamenta en una racionalidad androcéntrica, sus alcances se han limitado a analizar el acceso de las mujeres al mundo científico desde la cantidad, dejando de lado aspectos importantes como las aportaciones de las mujeres al conocimiento científico que se producen en las disciplinas presuntamente feminizadas, o si la feminización de una profesión significaría un ejercicio de la misma en concordancia con la equidad entre los géneros, o que la incorporación de ellas no estuviera sujeta a las exigencias de la visión masculina, despojado del marco del patriarcado.

Esto último que ignora la ciencia androcéntrica es, en cambio, visibilizado por la teoría feminista y la metodología de género, pues como lentes que enfocan su ángulo en la construcción de otras miradas, con otras interrogantes, y otros análisis, “permiten visibilizar problemáticas vinculadas a la condición específica de ser mujeres y no hombres, como realidad identitaria” (Camacaro Cuevas, 2010; p. 8). Por el contrario, “las epistemologías tradicionales adolecen de inconvenientes

estructurales para comprender lo distinto, para interpretar y explicar la realidad de la otredad, de la alteridad" (Lorente Molina, 2004; p. 42). Las mujeres como sujetas marginadas de la ciencia, formamos parte de esa otredad que ha sido des-conocida y mirada desde la periferia.

En consecuencia, los análisis enraizados desde una racionalidad científica masculinizada solo producen sesgos, que a su vez reproducen estructuras y símbolos sociales que garantizan la permanencia de las jerarquías entre hombres y mujeres, en formas más o menos solapadas. En otras palabras, la categorización de las profesiones como feminizadas en función del "número mayor de mujeres" contribuye al solapamiento de los problemas persistentes de las mujeres, creando una ilusión de paridad y equidad. Desde nuestra perspectiva, una real feminización no solo se interesa del "cuantas mujeres ingresan" sino del "cómo estas mujeres transitan sus caminos en el interior de las profesiones".

Por consiguiente, la sacralización de esta ciencia y sus articulaciones con el poder, no ha hecho otra cosa más que, hacernos creer que las mujeres hemos alcanzado equidad en la ciencia y el trabajo, y que desde esta ciencia además, se produce conocimiento por y para las mujeres. De manera que para iniciar la discusión en este primer apartado y con ella, la desconstrucción de lo hegemónico subyacente en el oficio odontológico, partiremos por deconstruir los discursos de especialistas en diversas áreas de la odontología, cuyas ideas convergen en un imaginario colectivo o representación social saturada de androcentrismo en cuanto a su estimación como profesión feminizada, constituyendo la primera categoría universal de la presente investigación, la cual aborda la desmitificación de esta idea:

*[**E3**-0621-0627]: "Primero, que en odontología son más las mujeres que optan para estudiar la carrera que los hombres. Por lo general, los hombres, si les gusta ciencias de la salud se van por la parte médica y las mujeres son las que en su gran mayoría estudian odontología…es como muy, de predominio femenino".*

*[**E6**-0034-0039]: "Pienso que es una concepción dada por la sociedad porque ves que siempre hay mucho más chicas estudiando dentro de la carrera y por eso obviamente se habla de que la odontología en Venezuela es feminizada".*

*[**E10**-0207-0211]: "…no es tan errada la idea de que la odontología es femenina porque estadísticamente existe más la población femenina que masculina dentro de la carrera. Es un concepto que la gente tiene que no es errado, en realidad existe más población o más género femenino que masculino en odontología pero no es algo que debería marcar un prejuicio".*

*[**E14**-0074-0078]: "La demanda de mujeres por la carrera es muchísimo mayor que la de hombres, y en general cuando yo estudié, éramos, no sé, una promoción de 160 más o menos y de esos 160 seríamos como mucho 30 hombres…Ahorita por ejemplo, yo estoy dando clase en la Universidad…tenía un salón de 40 y pico de personas y eran 3 varones en un salón. Entonces, esa demanda hace que se vea más femenina".*

*[**E23**-0151-0156]: "Fíjate mi promoción era de 115-116 y hombres éramos solamente 12 o 13 hombres. O sea que estamos hablando de un 10% de hombres, evidentemente ya por allí uno lo asocia con lo femenino".*

*[**E24**-0042-0058]: "…es que siempre, es algo común, y todo el mundo lo sabe que hay más mujeres que hombres…a lo mejor si contamos uno a uno y hacemos un estudio cuantitativo, quizás sí, obviamente que predominan las mujeres y eso la hace ver como de más de mujeres".*

Partiendo de estos discursos, a la odontología se le mira como una profesión femenina debido a la expansión numérica de mujeres que ha tenido la carrera, es decir, que la presencia de mujeres es notoria en este campo. Esta concepción converge con la definición formal de "feminización", la cual es entendida como "dar presencia o carácter femeninos a algo o a alguien" (RAE, 2019). No obstante, esta definición responde a la lógica androcéntrica, la cual plantea que la mera presencia de las mujeres en un campo profesional, la hace igual al hombre o incluso, igual a sus congéneres en términos de equidad, o hace de un oficio, un campo más o menos femenino o masculino, siendo indiferente a las reales condiciones de vida de las mujeres tras su ingreso a los diversos campos profesionales.

Sin embargo, referirnos a un oficio, a algo o alguien como femenino puede sugerir una perspectiva esencialista, corriendo "el riesgo de reproducir características primordialistas acerca de qué se considera culturalmente privativo o no de la experiencia de las mujeres, además de propender a consolidar una mirada universalista de ella" (Lorente Molina, 2004; p. 40). De modo que, cuando el número de mujeres supera al de los hombres de manera significativa, la profesión sufre una

transformación de su imagen social y genérica, forjándosele un concepto asociado con la esencia de las mujeres, aquel que alimenta la creencia de una única forma de ser mujeres, que se sustenta de la naturaleza y sus leyes, que como tales, son invariables, permanentes y universales.

Esto quiere decir que, la feminización desde la ciencia androcéntrica no solo sugiere un cambio cuantitativo de la profesión sino también cualitativo, al implicar un giro en la *estereotipificación* de género de las profesiones. En otras palabras, una profesión que sufre un proceso de feminización en estos términos, comienza a percibirse como menos masculina, o como un espacio que no adopta con precisión la imagen masculina tradicional del hombre, dándose una desconexión o ruptura de su relación con el oficio. En consecuencia, la presencia de hombres es cada vez más percibida como una rareza. No obstante, una profesión feminizada no debe implicar la toma de cualidades femeninas o propias de las mujeres, porque lo femenino, tal como lo creemos y entendemos, es una construcción patriarcal, y porque además, no se trata de sustituir un grupo dominante por otro.

No es lo biológico, ni lo biológico hecho cultura, lo que debe justificar o fundamentar nuestro ingreso al ámbito público. Si bien etiquetar una profesión como la odontológica como femenina pudiera interpretarse como una conquista para las mujeres, es necesario mirar tras estas etiquetas que pudieran ocultar una realidad diferente de las mujeres en estos oficios. Ello quiere decir que, la feminización de una profesión puede implicar un mayor número de mujeres en su interior, pero no equivale a una gestación de los cambios trascendentales que demandan las mujeres en cuanto a las profesiones, siendo este aspecto lo que busca la perspectiva feminista. En palabras de Lorente Molina (2004, p. 40):

> No se trata de un incremento de mujeres en la vida pública o al interior de las profesiones. Es una pauta cultural que afecta comportamientos, no que incrementa sujetos, aunque en un momento determinado los presuponga. Se forma en la larga duración y para que trascienda a un ámbito laboral o profesional requiere de procesos dilatados y complejos en el tiempo. Como proceso, la feminización revela un cambio profundo de las estructuras sociales y mentales. Es por ello que se sostiene lo inadecuado del uso del término

> cuando lo que se pretende identificar es un incremento numérico de mujeres, sea en una profesión (por ejemplo en la ingeniería electrónica), sea en la vida política o social…

En este orden de ideas, el término feminización enfrenta la misma controversia que el término feminismo, en el que se cree que el propósito de esta teoría trata de superar a los hombres, al punto de despojarlos de lo que se cree reservado para ellos, como si se tratase de una pena o castigo hacia los hombres, cuando en realidad a través del feminismo se aboga por la libertad tanto de mujeres como de varones ante un sistema que oprime a ambos, aunque en grado y modo distinto. Es decir, "lo que puede considerarse como un esfuerzo de tomar de palabra y reivindicar un lugar en el discurso en pie de igualdad con sus congéneres masculinos, parece ser particularmente ajeno o amenazante para la sociedad, especialmente en aquellos escenarios donde el despliegue de la virilidad es casi un ejercicio de supervivencia" (Mojica Mojica, 2013; p. 338).

En este sentido, una real feminización, desde nuestra perspectiva teórica constituye una amenaza al patriarcado, y por tanto, desde la ofensiva patriarcal, la feminización de índole cuantitativa, ha servido como instrumento para generar una imagen que ante los sentidos parezca real, es decir, la ciencia androcéntrica hace referencia y se jacta del advenimiento de la feminización como acontecimiento que ha significado un cambio de posición de las mujeres en la sociedad y por ende, la complacencia de sus reclamos, demandas o "pretensiones". No obstante, bajo aquellos parámetros, se trata no más de una feminización estética pero no ética. Una feminización que se queda en la superficie y no ahonda en los problemas que en razón de su sexo, continúan enfrentando las mujeres.

En consecuencia, el debate que se presenta con la categorización de feminización es que, "existe una 'versión' de la feminización agenciada por la ciencia, promotora de segregación y de fundamentalismos y autoritarismos" (Mojica Mojica, 2013; p. 335), donde en adición al número como referencia para categorizar las profesiones, se suma la presunta adquisición de caracteres femeninos a estas profesiones –que como veremos más adelante, es el caso de la

odontología. Esta versión de feminización hegemónica no transgrede el statu quo, por el contrario, perpetúa el escenario cultural patriarcal donde hombres y mujeres se mantienen segregados, bajo la misma estructura de relaciones asimétricas, con la misma propensión a estereotipar todo cuanto existe, y donde ese supuesto nuevo orden o transformación de la profesión a favor de las mujeres que supone la feminización así entendida, obedece a aquella misma lógica patriarcal que confina, sin cuestionamiento, a las mujeres en lo femenino preestablecido.

De manera que, desde nuestro abordaje teórico/metodológico, la feminización de una profesión significa superar las relaciones dicotómicas de lo masculino y lo femenino, para dar apertura a un espacio en el que las mujeres puedan desarrollarse como profesionales, trabajadoras y especialmente como lo que son, mujeres, sujetas de derechos y no objetos sociales. Hablar de profesiones femeninas o masculinas desde la concepción dominante es la reducción categórica de las actividades humanas, y desde esa base, la feminización se convierte en un cliché utilizado como dispositivo de poder, que en nombre de la igualdad, permite consolidar los imaginarios heteropatriarcales. En ideas de Mojica Mojica (2013, p. 339):

> Si bien las diferentes narrativas dan cuenta del impacto que tiene la mayor participación de las mujeres en diferentes ámbitos, esto no supone necesariamente una transformación real de su estatus social e incluso parece movilizar reacciones progresivamente más virulentas al respecto. En este contexto la pregunta por lo femenino deviene en un profundo cuestionamiento de los modelos androcéntricos y patriarcales de referencia, poniendo al lenguaje en el centro de la crítica y abriendo un campo de creaciones que aspiran al hallazgo de lo esencial de la forma femenina; curiosamente estos tránsitos discursivos develan más bien los límites de tal propósito, detrás del cual quedan como saldo mujeres-objetos, escrituras en sus cuerpos, que en cuanto excluidos terminan confirmando la regla que se pretende subvertir. **En este orden de ideas, la feminización se revela como un proyecto más bien abstracto de construcción de la forma femenina, que conduce al cuestionamiento de la matriz lingüística del binarismo sexual como responsable de la desigualdad entre los sexos, situando a la exclusión y a la segregación como resultado de la dominación androcéntrica del discurso occidental** *[Las negrillas son nuestras]*.

Si se asume que una profesión feminizada es aquella donde las mujeres, por su condición biológica aportan, por ejemplo, sus habilidades de cooperación y empatía, y desde allí generarían un cambio en la naturaleza de los oficios, se estaría reproduciendo la construcción cultural de género desde el patriarcado, donde se dejarían las habilidades de sistematización, estrategia y análisis a los hombres, por ser supuestas habilidades masculinas. Desde esa óptica, es claro que la feminización hegemónica consolida la idea de la complementariedad de los sexos, pues "las cualidades femeninas" complementarían "las cualidades masculinas" y bajo esa lógica, la feminización de las profesiones es bienvenida y conveniente, pues lejos de contravenir e interponerse a las dicotomías, las patrocina.

Sin embargo, una real feminización de un oficio pasa por la admisión de las mujeres, garantizando su acceso en condiciones de igualdad/equidad, restaurando su ausencia y reacondicionando su espacio y perfiles para favorecer su transitar. Pero además, la feminización de un oficio es su *desencialización*, es decir, la desnaturalización de los principios de los sistemas de género, des-divinizando las cualidades que se hacen llamar innatas sin cuestionamiento y que rigen la división sexual del trabajo y de las profesiones. Una profesión verdaderamente feminizada se fundamenta en la ruptura de los estereotipos, en el cambio de la ética dominante, en su capacidad de introducir cambios en las formas de vida de las mujeres, y por extensión, en la de los hombres, modificando las condiciones del trabajo y su compatibilidad con lo humano, es decir, repensar el trabajo, sus lógicas, discursos, valores y cultura, para hacerlo más armónico y amigable con la vida.

No se trata de que la presencia de las mujeres sea entendida como condescendencias, concesiones, o excepciones a las reglas, sino más bien como el quebrantamiento de esas reglas que solo han operado para que las mujeres, aun en una posición mayoritaria, sirvan a las mismas causas que las oprimen. La feminización de un oficio es por tanto, su des-masculinización, que más allá de la mera presencia de las mujeres, apunta hacia una transformación más profunda que implica la construcción de un espacio equilibrado en el que ambos grupos gocen de reconocimiento, visibilización y libertad para expresar sus potencialidades.

Una feminización con perspectiva de género correspondería al cambio cuantitativo y cualitativo de las profesiones a favor de las mujeres, especialmente en campos científicos clásicamente dominados por hombres. Es aquella que plantea "una suerte de subversión de la oposición femenino-masculino" (Mojica Mojica, 2013; p. 338). Es esta noción de feminización la que se entiende como una transformación compleja de las profesiones, donde se cuestiona la construcción hegemónica de la mujer y donde precisamente feminización como categoría no respondería a aquellos constructos patriarcales que son la razón del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad. Una profesión feminizada por tanto, exige prácticas feministas, es decir, una concepción del conocimiento y del trabajo con valores y propuestas desde las experiencias/necesidades de ellas.

Si la elección de una profesión por parte de las mujeres obedece a la división sexual del conocimiento y del trabajo, a la evasión de riesgos que clásicamente los hombres están llamados a enfrentar, a la priorización de la idea de ser madre, a la visión del trabajo como un anexo y no como un derecho para expresar sus potencialidades y generar una retribución de carácter principal y no accesoria, a la supuesta ventaja o comodidad que le pueda proveer a la mujer en función de la multiplicidad de tareas que debe ejercer en ambas esferas, a su supuesta esencia femenina y los roles que se desprenden de ella, ¿pudiéramos considerar que aquella profesión estaría feminizada? Mientras existan campos diferenciados entre hombres y mujeres y no se interpelen las hegemonías socioculturales, la feminización no podrá ser asumida como ganancias para las mujeres, pues:

> La división del conocimiento también implica, a su vez, una asignación por género de los saberes considerados valiosos, abstractos, analíticos, trascendentes, productivos y transformadores frente a los que se consideran cotidianos, repetitivos, complementarios o asistemáticos, adjetivaciones que proyectan una concepción ideológica sobre el valor de los saberes y los jerarquiza genéricamente en nuestras sociedades (Lorente Molina, 2004; p. 40).

Es necesario entender lo que la feminización significa bajo este contexto. ¿Estarían las profesiones supuestamente feminizadas en el rango de los quehaceres cotidianos, repetitivos y complementarios, es decir, de menor categoría?

En este orden de ideas, una feminización de carácter feminista busca evidenciar las aportaciones de las mujeres en el oficio, su tránsito en la carrera y como profesionales, la dignificación de la vida de las mujeres, es decir, una vida más vivible, de menos resistencias, porque las resistencias son cargas no compartidas que se sobrellevan (sufren) disfrazadas de tesón. En nombre de ese tesón nos han recreado una imagen de mujer heroica que todo lo puede, lo privado y lo público que se nos ha sido concedido. Una real incidencia de la mujer en una profesión pasa por políticas de cambio fundadas desde una concepción feminista, que permita que la irrupción de las mujeres en número sea reflejo de la democratización de la profesión, de una nueva perspectiva de las diferencias que están presentes no solo entre hombres y mujeres, sino entre mujeres y entre hombres. Políticas que planteen soluciones a la temporalidad laboral de las mujeres, sus deserciones y desnaturalicen sus sobrecargas. Políticas que permitan la repercusión de las mujeres en la profesión y su transformación, en términos de equidad. Políticas que favorezcan una visión más humana del trabajo y socaven su concepción masculina, de competición en lugar de cooperación.

En resumen, la feminización de una profesión significa que las mujeres están generando un real impacto en tales ocupaciones, que sus roles trascienden los construidos socialmente para ellas, que están dejando de estar sobrerrepresentadas en lo doméstico e infrarrepresentadas en campos considerados como riesgosos y de mayor categoría, que asumen cada vez más puestos de responsabilidad, que formen parte de la toma de decisiones y que su voz sea genuina y no un eco de la voz masculina. Significa además que, su presencia se sienta y se vea en la generación de conocimiento, en la divulgación científica a través de la edición de revistas y libros, y en los encuentros científicos. Que las mujeres se deslastren de su papel de sirvienta, para tener también oportunidades de crecimiento que han sido reservadas a los hombres por las facilidades que las mismas mujeres les han provisto, que como

mujeres puedan vivir sus maternidades con dignidad y respeto, y que no estén siendo discriminadas o menospreciadas en razón de su sexo, ni miradas como usurpadoras o impostoras en espacios ajenos.

Lo expuesto plantea la complejidad que embarga una real feminización de una profesión y desde luego, pone en tela de juicio lo que se denomina en el colectivo como feminización de la odontología. A partir de este momento develaremos toda una trama de acepciones y realidades en el oficio odontológico, mediante cuatro sub-categorías que emergieron y se construyeron, dada la riqueza de la información recogida, y que se estimaron importantes pues refuerzan y amplían la categoría universal expuesta. Estas sub-categorías nos guiarán hacia el encuentro de una visión un poco más clara de la realidad de las mujeres en esta disciplina y hacia la desmitificación de la feminización de este oficio:

1. La Odontología estereotipada como femenina. Un elemento fundamental que atravesará de aquí en adelante nuestra discusión, en un intento de dar explicación crítica a todo un imaginario colectivo construido sobre la profesión odontológica es la *estereotipificación* de género. En concordancia con lo recopilado, la odontología se ha estereotipado como femenina, y este hallazgo en resonancia con las ideas que venimos construyendo acerca de la feminización, cuestiona y contradice tal hipótesis en la carrera odontológica, pues como sociedad con una cultura patriarcal transversalizada y fuertemente arraigada, la vitalidad de los estereotipos del ser/hacer mujer y ser/hacer hombre continúa inquebrantable. Vemos aquí cómo las ideas discursivas de nuestras actoras/es sociales comienzan a entrar en conflicto y plantear una contradicción que pasa inadvertida, pues no por el hecho de que una profesión se califique como femenina quiere decir que esté feminizada. Recrearemos una densa recopilación de fragmentos discursivos que sobresaturan la imagen de cualidades descriptivas, adjudicadas a las mujeres en el campo odontológico:

*[**E16**-0049-0056]: "Que uno lo relaciona a la mujer porque bueno es como un caso pequeño de trabajo, tienes que tener más cuidado porque trabajas en un área pequeña…y los materiales, toda esta parte como el inicio de la odontología que uno*

hace muchas prácticas con yeso, cera, todo eso, y la gente siempre lo ve como manualidades (risa)".

*[**E3**-0003-0008]: "Siempre me había llamado mucho la atención cómo era el trabajo tan meticuloso en odontología…Posiblemente, hay mujeres que les gusta más la parte delicada, la estética, yo creo que la gran mayoría de las mujeres en odontología se van por estética, que es más de detalles, de tacto, más de sutileza".*

*[**E11**-0454-0456]: "Odontología es visto para mujeres, en el sentido que la mujer tiene más susceptibilidad y es más dócil en atención con el paciente".*

*[**E17**-0062-0075]: "La experiencia que yo he tenido, viene por eso por la idiosincrasia que hay, que los hombres son para tareas más rudas y las mujeres son sutiles, y como la odontología requiere trabajo manual, dentro de la boca, un diente que es un área tan restringida...La carrera si requiere de una destreza y una sutileza, de modo que el paciente se sienta a gusto cuando lo haces y dentro del estereotipo de lo que la gente cree que es ser hombre, la sutileza entra como algo que no es propio del hombre sino de las mujeres".*

*[**E19**-0051-0065]: "Pienso que es porque la odontología tiene mucho que ver con justamente la habilidad manual y con la parte estética, ¿ves?...bueno es normal que…la mujer tenga estas habilidades manuales, este, busquen la belleza, tengan la delicadeza o incluso el tema de sus manos, por ejemplo, hablando de una endodoncia por decirte algo o en hacer una carilla, no sé y bueno nada les gusta entrar en odontología justamente por eso porque pueden desarrollar sus habilidades manuales, encontrar la belleza, la estética a través de la estética dental".*

*[**E21**-0132-0149]: "Pero como ya tenemos tiempo con esto de la estética, con esto de que hay manera de que no solamente lo bello es la cara y el cuerpo sino también los dientes forman parte de la belleza, entonces eso ha hecho que se desarrollen tecnologías muy delicadas que se asocian directamente con lo femenino, pues porque lo femenino por lo general es más bonito que lo masculino pues ¿no?…Entonces yo pienso que probablemente el avance en la odontología, desde el punto de vista de procedimientos estéticos, ver más la belleza que lo funcional en algunos casos, cosa que no comparto pero es así y la realidad social y la realidad económica es así, porque bueno tú vendes y ofreces algo bonito más que funcional, entonces eso tiene que ver con la delicadeza y la delicadeza se expresa en lo femenino por lo general, o sea es más fácil asociar delicadeza con mujer que delicadeza con masculinidad. Por lo general, lo femenino es delicado, es algo perfecto".*

*[**E22**-0018-0026]: "Siempre me han gustado las ciencias y en el caso de la odontología también despertó algo en mí que era el arte, o sea es muy artística la carrera odontológica y cubre muy bien con las ciencias, eso fue lo que a mí me gustó…yo creo que es el paradigma que tenemos de que el hombre es físico y la mujer es más sentimental, entonces pues uno asocia el sentimentalismo con el arte y*

con esas cosas más delicadas, es digamos, que lo que busca el hombre en ingeniería, etc., que es algo más físico".

*[**E24**-0058…00137]: "…obviamente que predominan las mujeres y eso creo que pasa porque ven la odontología un poquito más delicada, la odontología amerita tener destrezas manuales y normalmente…se supone que los hombres somos más rudos, somos más toscos, entonces creo que la mujer puede tener un poquito más de delicadeza en las manos e irse más por odontología…La mujer busca la parte estética, la parte bonita, a la mujer me imagino que le brinda (la odontología), o sea es como más comodidad…o sea no es el trabajo rudimentario, que ella tiene que irse no, si por lo menos le montan, si ella logra montar su consultorio, ella tiene su espacio, es mucho más cómodo, mucho más bonito, lo puede poner más coqueto es como fácil de que la mujer realce su belleza, ¿me entiendes?".*

Se evidencia mediante aquellos fragmentos discursivos, la lógica binaria femenina-masculina dominante que separa a hombres y mujeres como dos opuestos. Se expone además, la concepción esencialista del sistema sexo-género, al justificar/argumentar desde las representaciones de las cualidades adjudicadas al género femenino, cómo la mujer se acopla muy bien con las características del oficio odontológico, siendo la boca un área conforme para las mujeres. De ahí que, aparece la idea de que la odontología es una carrera que se rige por estereotipos de género, y es concebida desde el polo binario femenino, donde el cuidado, la belleza y la delicadeza, entre otros, son *dotes* que se enmarcan dentro de la imagen convencional de lo que debería ser/hacer toda mujer en una sociedad bajo un sistema patriarcal.

Nótese entonces que, odontología es una profesión concebida como un área pequeña que involucra procedimientos manuales de pequeña envergadura, íntimamente relacionada con la estética y el cuidado de la salud bucal, *ideal* para que la mujer en su condición biológica de fémina pueda desenvolverse. Esta concepción converge con la noción de feminización hegemónica, la que como vimos en ideas anteriores, promueve y abraza la idea de lo femenino como cualidad provechosa para las profesiones, afianzando los estereotipos que impiden el avance hacia una visión de la odontología libre de etiquetas.

En este orden de ideas, es dramática la sincronía de los discursos al mostrar cómo las mujeres desde sus supuestos talentos naturales se acoplan a la odontología, evidenciándose además, cómo el constructo social femenino propone una única forma

de ser mujer, atribuyéndole adjetivos que las cualifican como delicadas, sutiles, bonitas, sentimentales, detallistas, con tacto, susceptibles, dóciles, coquetas, entre otros.

No es de extrañar la emergencia de estas representaciones sociales, cuando la misma cultura las alimenta y donde el lenguaje y los mismos diccionarios formales las validan. Siguiendo la Real Academia Española tales cualidades corresponden a calificativos que, se traducen en que las mujeres son finas, atentas, suaves, tiernas (delicadas); delgadas, tenues (sutiles); lindas, agraciadas (bonitas); propensas a sentimientos tiernos u amorosos (sentimentales); observadoras, de vista aguda, atentas a pormenores (detallistas); prudentes para proceder en un asunto delicado (con tacto); afectables, sensibles (susceptibles); manejables, obedientes, sumisas (dóciles); que coquetean, presumidas, esmeradas en su arreglo personal y en todo cuanto pueda hacerlas parecer atractivas, pulcras y cuidadas (coquetas). Todos ellos epítetos que claramente antagonizan la visión de masculinidad. Coincide ello con que "a lo femenino suelen asociarse: emotividad, subjetividad, cuidado, sumisión, irracionalidad, intuición; y a lo masculino: racionalidad, objetividad, agresividad, creatividad, exteriorización" (Prieto, 2001; p. 338), asociaciones congruentes con los discursos mostrados arriba.

De aquellas adjetivaciones adjudicadas a las mujeres, podemos evidenciar cómo un género es superior con respecto del otro, vale decir, lo masculino es supremo frente a lo femenino, en el sentido de ser diametralmente contrapuesto a lo "débil, tierno y subjetivo" de las mujeres. Los adjetivos opuestos como sistematización, poder de análisis, objetividad, carácter o sangre fría están ausentes en los discursos porque no se corresponden con el arquetipo femenino socialmente construido, es decir, las mujeres carecen de estas cualidades. Dicho esto, cabe hacer una pausa y preguntarnos: Si lo femenino está representado por lo delicado, sensible y sumiso –solo por nombrar algunas ideas–, ¿Quién forjó tales concepciones? La respuesta a esta interrogante la recreamos mediante las ideas de Pisano (2004) quien plantea que:

> La lectura simplista de dos espacios diferenciados entre género masculino y género femenino nos ha conducido a formulaciones erróneas de nuestra condición de mujeres y de nuestras rebeldías, pues estos supuestos dos espacios simbólicos no son dos, sino uno: el de la masculinidad que contiene en sí el espacio de la feminidad (p. 4-5).

En consecuencia, la masculinidad subsume a la feminidad. Lo femenino cobra sentido en tanto es contrario a su contraparte, lo masculino que lo opone. Lo femenino reside en lo masculino, es decir, lo masculino necesita lo femenino para definirse, de lo contrario, carecería de contenido, en tanto lo masculino es por definición, todo aquello que no se encuentra en lo femenino. De manera que la masculinidad es referencia para dar significado y reforzar lo que se entiende por feminidad. Como diría la autora mencionada: "la feminidad no es un espacio autónomo con posibilidades de igualdad, de autogestión o de independencia, es una construcción simbólica y valórica diseñada por la masculinidad y contenida en ella como parte integrante…no puede crearse independientemente como referente de sí misma" (p. 5-6). La masculinidad nos hace creer que la feminidad es una ideología propia de las mujeres y por tanto se incurre en el error de abrazarla para reivindicar la posición de las mujeres en la sociedad. Pudimos ver mediante aquellos discursos, cómo se exalta lo femenino (amar, cuidar, intuir) y que se corresponden con lo biológico-anatómico de los cuerpos de las mujeres.

Los discursos narran una historia de triunfo de las mujeres, fundamentada en el enaltecimiento de la femineidad como camino propio y exclusivo de ellas para hacer la odontología. Se glorifica y dignifica la femineidad como espacio diferenciado de los hombres y es por tanto, un instrumento que redefine a la odontología como nuevo campo feminizado y que a su vez, afirma la femineidad digna de las mujeres. Sin embargo, "lo femenino no somos las mujeres, a pesar de que sólo nosotras tengamos la experiencia sometida de la feminidad. Se trata de una construcción social, política, económica y emocional desde un cuerpo ajeno" (Pisano, 2004; p. 28-29). Es imperativo comprender que lo construido sobre la categoría de lo femenino responde a un significado dado por el hombre y no por las mujeres.

De allí que nos preguntamos ¿Cobra sentido que nos cobijemos de aquella feminidad *masculinista* (creada para privilegiar al hombre) y categorizar ello como una forma de hacer de las mujeres?, es decir, ¿cobra sentido fomentar el orgullo de nuestra supuesta esencia femenina como herramienta para redefinir los campos laborales de los que hemos sido apartadas? Esto es, como si la femineidad forjada desde el patriarcado, vendría a revolucionar la ciencia y las profesiones, y desde allí, la incorporación de las mujeres significa por ejemplo, incorporar su supuesta sensibilidad a la impasibilidad de los campos dominados por los hombres. Cuando la realidad es que la presencia de las mujeres no necesariamente se traduce en hacer un oficio más o menos sensible.

En este sentido, existen posturas perjudiciales como la de Prieto (2001, p. 339) quien establece que "una auténtica incorporación de la mujer en la ciencia pasaría…por que esta incorpore explícitamente en su paradigma, esto es, en su propia manera de hacer, lo femenino". Sin embargo, desde nuestra perspectiva y como hemos venido apuntando, lo femenino y lo masculino son un monomio de construcciones opuestas, por lo que asumir grados de feminidad y masculinidad, no supone un cambio de paradigma, por el contrario, es una forma de matizar y disfrazar la salud de una macrocultura masculina, que siempre encuentra formas de renovarse en los intentos de emancipación de las mujeres. El problema de lo masculino-femenino es que es un sistema dicotómico que quiere ser atenuado por la idea de que puede ser despolarizado. No obstante, los discursos nos muestran que nuestros talentos y capacidades humanas ya están arreglados y negociados, de allí la importancia de abolir los estereotipos de género.

Es imperativo reconocer la falsa sensación de cambio que crea la nueva idea de que "las personas somos complejas mezclas de las características alistadas a lo masculino y a lo femenino y por tanto personas hombres y mujeres que van realizándose en su ser masculino y femenino dentro del marco de la enorme complejidad del fenómeno humano" (Prieto, 2001: p. 338) y en este sentido, que somos personas con grados de femineidad/masculinidad. Una verdadera comprensión de la complejidad humana es aquella que admite que las personas, mujeres y

hombres, podemos ser analíticas, metódicas y estoicas sin ser etiquetadas de masculinas/os, o que las personas, mujeres y hombres, podemos ser emotivas, intuitivas y detallistas sin ser tildados de femeninas/os.

Debemos apuntar a la idea de ser solo mujeres y hombres, libres de arquetipos, libres de construcciones erigidas desde los cuerpos sexuados y abolir la idea de la división de nuestras cualidades y capacidades humanas en fronteras femenino-masculino, pues "en esta masculinidad/feminidad, la que piensa, hace y ordena es la masculinidad. El colectivo de varones pensó e instaló a las mujeres dentro de la feminidad" (Pisano, 2004; p. 28-29). Siguiendo este hilo teórico, podemos razonar sobre cómo se relacionan, enlistan y delimitan toda una serie de concepciones de la mujer en la profesión odontológica que en breve, reflejan lo que se ha construido desde el patriarcado y por ende, desde la llamada *macrocultura masculinista*, mostrando además cómo se mantiene vigorosa la noción naturaleza-cultura y lo omnipresente del sistema.

Tales concepciones nos permiten visualizar la dinámica de cómo estas se adhieren a las profesiones, categorizándolas de índole femenina o masculina, en función de lo anatómico y fisiológico del sexo. Así por ejemplo, una concepción que se tiene en odontología y que nosotras criticamos es la de Kfouri, Moyses y Moyses (2013, p. 812), quienes sostienen que la fisiología que hace posible que las mujeres sean madres, es un rasgo que comienza en el cuerpo –entiéndase biológico– y define los caminos y las tareas que las mujeres se proponen para sí mismas, creyendo que ellas no abandonan sus rasgos relacionados al cuidado sino que más bien los adaptan a los nuevos roles que ellas llevan a cabo[15].

Mediante esta aseveración también sugieren que, es la maternidad, como función biológica, la que permite que las mujeres desarrollen la habilidad para negociar con otros. Estas cualidades se consideran parte de las motivaciones de las odontólogas para escoger la carrera odontológica, en el que los dotes de cuidadoras constituyen un aliciente para las mujeres en un oficio como la odontología. Como vemos, son concepciones que priman lo biológico como eje que organiza y dirige las acciones,

intereses y elecciones de las mujeres, y que desde nuestra perspectiva no escapan de los estereotipos, sino que precisamente, estos son su fundamento.

Needham (2017, p. 22) recopila una serie de aseveraciones interesantes que van en sintonía con lo sustentado por nosotras, veamos el siguiente discurso: "Mirando atrás en mi carrera, la odontología fue simplemente una buena elección para mí. Y pienso que las mujeres encajan realmente muy bien en el campo de la odontología" [16]. Más adelante la misma entrevistada amplía y argumenta la manera en que las mujeres les va muy bien ser odontólogas al afirmar que:

> Donde las mujeres frecuentemente difieren (de los hombres) es cómo ellas interactúan y escuchan a sus pacientes. "Las mujeres dentistas generalmente fomentan las relaciones primero. Nosotras somos inherentemente comprensivas y criadoras por naturaleza. Aquello, yo creo, deriva del hecho que nosotras somos, desde nuestro centro, cuidadoras"... [17]

Y finalmente otra entrevistada agrega: "yo pienso que las mujeres tomamos más tiempo con los pacientes para direccionar sus preocupaciones…nosotras además miramos la imagen completa de la vida del paciente, no solo al paciente en el sillón odontológico"[18]. Claramente podemos ver cómo opera el determinismo biológico, donde se hace de la biología la base de toda explicación, y alrededor de ese eje se acomoda todo aquello que interesa a lo masculino, servir para sí. Esto último nos lleva a considerar que la mera presencia de las mujeres en las así llamadas *profesiones del cuidado* como la odontología, connota una versión femenina de ejercerla, esto es, una odontología sensible, sutil y observadora, y esta connotación se desprende de la imagen de las mujeres como cuidadoras y consejeras por excelencia. Por su parte, la versión masculina de ejercer la odontología vendría ser aquella que desestima el valor de la empatía y del cuidado.

Si se asume esta visión dual de ejercer las profesiones en función del sexo, lejos de promover que las actividades de las mujeres sean estimadas, estaríamos afianzando las dicotomías que soslayan la complejidad humana, además de justificar comportamientos que se han construido estrictamente sobre la biología, ignorando las complejas interacciones que esta tiene con el medio ambiente. Hemos de aclarar, una

vez más que, referirnos a una odontología femenina o masculina, solo responde a la lógica androcéntrica y no reivindica o valora en absoluto nuestras prácticas.

Por ello, son pertinentes las interrogantes como: acaso ¿los hombres no pueden ser delicados o empáticos, en tanto las mujeres pueden ser toscas o estoicas en sus maneras de ejercer sus profesiones? O ¿acaso promover una odontología fundada en la prevención, empatía y horizontalidad de las relaciones significa ejercer una odontología propia de las mujeres? La feminización de las llamadas *profesiones del cuidado* pasa por cuestionar la episteme de las ciencias médicas sin que esto signifique que una nueva forma de mirarlas y ejercerlas –aun cuando surja desde la perspectiva feminista– sea inherentemente femenina, o más bien, propia de las mujeres.

En este orden de ideas, las construcciones sociales sobre lo masculino-femenino actúan como constrictores del ser/hacer de hombres y mujeres, y desde este referente, hablar de una nueva feminidad y/o masculinidad se hace cuesta arriba. Somos mujeres y hombres diversas/os, mutables, permeables, oscilantes entre esto y aquello, no estáticas/os, siempre mudando nuestra piel, nuestro pensamiento y nuestra relación con otras/os. Pero bajo el yugo de los estereotipos de género, han cercenado nuestro ser, naturalizando el género, propiciando y desplegando una idea homogénea de mujer y una idea homogénea de hombre, pues como lo expresa Castrillo Criado (2001) "…sobre la base de cómo se conciben las diferencias entre hombres y mujeres, los atributos asociados a lo masculino y lo femenino han solido vincularse, en la tradición occidental, a ocupaciones, talentos y actividades de todo tipo" (p. 344). Esto se evidencia en los discursos, percibiéndose la presencia de esencialismos y dualismos en el campo odontológico.

2. Odontología es una carrera para mujeres, pero no para cualquier mujer. Una sub-categoría importante que se satura de los discursos de nuestro grupo de estudio, es que la odontología como campo definido en lo femenino, se ha denominado como una carrera de mujeres, pero habría que agregar que es una carrera para mujeres, blancas, de clase media alta y bellas, en otras palabras, la odontología es una carrera

para mujeres, pero no para cualquier mujer. Queda por sentado que son las mujeres las que se interesan por la odontología en su mayoría, pero que además no cualquier mujer ingresa en ella, cumpliéndose casi cabalmente un estereotipo de mujer odontóloga: blanca, pudiente y de rasgos físicos aceptables por la sociedad.

Esto tiene sentido pues como hemos venido argumentando, la odontología nace como un oficio con un target de "clase" de personas. Específicamente era una carrera para hombres blancos de clase media alta. Por lo que desde esa idea selectiva de quien podía o no hacerse de la odontología una ocupación, es lógico inferir que este antecedente histórico constituye una impronta en el presente, que contribuyó en la caracterización del odontólogo y por ende, de la odontóloga que hoy se representa. Tracy Adams (2000) narra:

> Muchas profesiones de dominio masculino fueron creadas por la clase media blanca de hombres hacia el final del siglo XIX y principio del siglo XX. Las relaciones de género e ideología característica de la clase media blanca durante este periodo fueron abordadas por líderes profesionales para definir y legitimar los roles profesionales y demandas de estatus profesional. Así, las relaciones de género y las ideas sobre género vinieron a infundir la misma definición de las profesiones. Las profesiones dominadas por hombres fueron definidas por los hombres blancos de clase media para hombres blancos de clase media. De modo que, el ejercicio de cualquier otro excepto hombres blancos de clase media en profesiones de dominio masculino, ha sido históricamente desalentado [19] (p. 3-4).

Más adelante afirma:

> "Para hacer esto, los dentistas aprovecharon un número de ideologías sociales e instituciones, pero el género, en combinación con la clase y la raza, fue el centro de sus esfuerzos. Los líderes de la odontología creían que la clave de aumentar su estatus e influencia social estaba en definir los roles y relaciones profesionales de tal manera que fuese atrayente para el público –y especialmente a sus pacientes, mayormente mujeres de clase media y alta. Así, ellos sostenían que todo sobre un dentista –su apariencia, porte, conducta en la práctica, e interacciones con otros– deberían transmitir su estatus como un caballero blanco de clase media, entonces el público los respetarían" [20] (p. 6-7).

De allí que la representación de la imagen actual de la odontóloga –y del odontólogo– no es más que un reflejo de su origen histórico. En este sentido, la

odontología es un campo de elección para mujeres blancas. De hecho, "hay poca diversidad racial/étnica en las profesiones de salud oral". En Estados Unidos, "en 2015, los negros constituían el 13% del país pero solo el 3% de los dentistas" [21] (Koppelman y Singer-Cohen, 2017; p. S15) constituyendo una severa infrarrepresentación de otras razas/etnias en la fuerza laboral distintas a la blanca. Sin embargo, esta disparidad no siempre ocurre porque los procesos de admisión discriminen entre sus aspirantes, la misma deviene de una auto-marginación o auto-discriminación con base a la forma en que operan los estereotipos y las construcciones sociales de género, así como del estatus social y la raza. Ello habla de las opresiones cruzadas y de la importancia de la interseccionalidad como enfoque para visibilizar las interrelaciones entre raza, etnia, clase, orientación sexual y género.

La auto-marginación o auto-discriminación opera de la misma forma de la auto-selección que hacen las mismas mujeres con base a la posesión/carencia de rasgos o lazos sociales para escoger profesiones como la odontología. Tal como en las academias de protocolo y etiqueta o *escuelas de encanto*, las cuales "entrenan anfitrionas de la clase obrera, quienes se seleccionan ellas mismas sobre la base de su belleza natural"[22] (Grusky, 2019; p. 521), es decir, al reconocerse como estéticamente admisibles conforme el patrón de belleza dominante, las mujeres seleccionan para ellas campos en donde sus cuerpos encajen con los estereotipos socialmente aceptados. Bajo esta ideología de belleza universal o ideal, se entiende que para que algo sea ideal, tiene que haber algo que no lo sea. Es una relación de poder que pasa inadvertida, donde se legitiman las características de un grupo que luego serían compartidas y normalizadas para todos. La naturalización de la feminidad blanca se manifiesta cada vez que mujeres se auto-marginan, subestiman y agreden sus cuerpos para ajustarse a la norma.

En este sentido, es meritorio analizar cómo a través de los discursos se revela la forma en que la raza y la clase se cruzan con el género, tomando un papel preponderante los estándares de la belleza, específicamente de la belleza femenina, los cuales se expresan con vehemencia en la profesión odontológica:

*[**E15**-0124…0153]: "Realmente no conozco la primera persona que dice que eso es para personas de un target bajo, a pesar de que en mi salón, cuando yo estudié, yo nunca me consideré una persona adinerada, este, más bien fue algo limitado, este, sin embargo, las personas que no están en el entorno, tienen la idea y el concepto de que si, son personas que tienen que tener dinero, son personas que por lo general, este, físicamente, este, son bellas, este, que en odontología no hay personas horribles, o sea las personas en el exterior siempre lo dicen…A mi realmente nunca me pareció que odontología lo estudiaban personas feas y mujeres un poco horrendas, para mi todas eran bonitas, eso es muy cierto…ehh creo que eso es algo que nosotros mismos inconscientemente reforzamos ese concepto y que ha transcendido y se ha arraigado mucho y creo que por eso es que la tendencia también va por eso, por lo que nosotros hemos infundido".*

*[**E21**-0099-0118]: "[Risa] bueno la Facultad de Odontología es donde están las mujeres más bellas, de la Universidad Central de Venezuela, así decían. Cuando yo estudié no sé cuántas mises habían y después que me gradué dando clase igual, claro que hay un fenotipo marcado en odontología e iba de la mano con el nivel socioeconómico porque tú sabes que esta es en una carrera que es muy costosa pues…que ahorita ha variado porque, o quizás se ve más porque ahorita las personas, muchos estudiantes han desertado y han migrado, entonces tú puedes ver clarito que de repente no hay personas que no puedan…y lo notas también. Si hay estereotipo, hablo también de varones y hembras pues, de personas con dinero, pudientes y por lo general son personas que físicamente son atractivas. Como te digo ha habido mises estudiando allí y míster Venezuela también habían, pero la gente que estudiaba odontología era considerada la gente…que realmente conseguías las mujeres más bonitas de la Universidad".*

*[**E22**-0084-0091]: "fenotípicamente si hay una diferencia entre ingeniería, entre derecho y odontología porque nosotros tenemos que portar el uniforme, que si el gorro, etc., y las mujeres se combinan, ¿sabes?, con las pulseras, con los zapatos, entonces ahí esa parte es como más de coquetería, digamos, de las mujeres, que les es más agradable esta situación que a los hombres [risa]…es algo elitesco, pues para nadie es un secreto que la odontología es una carrera costosa y algo tiene que influir en ese caso, ¿no? en, en lo atractivo de su gente, la coquetería y la moda".*

*[**E23**-0133-0134]: "Hay un patrón desde el punto de vista estético de quienes ingresan…Hay un perfil odontológico…de hecho cuando yo estudié odontología…nosotros compartíamos con ingeniería agronómica, obviamente que se sabía quién estudiaba odontología porque, este, tenían un perfil distinto".*

*[**E24**-0084-0110]: "De que todos deben ser bonitos y bonitas…el porcentaje más alto de mujeres y hombres que ingresan a la odontología son más bonitos fenotípicamente y cuando ves a alguien…cuando ves a alguien que no es estéticamente o físicamente tan simétrico, digámoslo así, tú dices –que raro que estudia odontología– (risa) o sea…es decir, que la gente lo dice o lo llegamos a decir*

porque ves más gente bonita, ¿me entiendes?, ahora por eso te digo, si se cumple, ahora no sé por qué. Y si tú vas, y te lo juro que si tú vas a ingeniería y me imagino que has ido vas a ver mujeres más desaliñadas, yo entraba a veces porque tenía amigos, eh, en ingeniería y yo decía Dios mío, y esas mujeres así que no se arreglan, este, los pantalones así horribles, los jeans, y tú vas a odontología y las mujeres se arreglan, se perfuman, las que son no tan bonitas se ponen bellas porque se maquillan, entonces hay algo, no sé si es el docente que empieza a exigirte o es la Facultad…considero, incluso la medicina también ¿no?, también buscan su espacio cómodo pero tú ves que el médico, las mujeres – ay no yo no me puedo trasnochar, ay no eso es horrible porque el médico no duerme, entonces ahí te das cuenta que es que la mujer no es más cómoda, pero le gusta más la parte estética y la odontología se lo puede brindar…A mí me da risa porque yo soy docente, y la mitad o van a ser odontopediatras, o van a ser esteticistas, por qué, porque quieren vivir con el pelo planchado, la cara toda maquillada y todas bonitas en su consultorio, tú las mandas a hacer rurales intrahospitalarias y ellas se mueren, entonces ahí te das cuenta".

*[**E27**-0003-0011]: "Las mujeres en odontología son bellas, eso siempre se dice, aparte que son muy cuidadas, y muchas operadas, que si la nariz, los senos. En mi época, muchiisimas, pero muchísimas se operaban. Era algo que se veía en general pero odontología era como que normal, y tú ves que todo el mundo en Valencia esperan las fiestas de odontología, sobretodo la burrera porque es el desfile de mujeres lindas".*

En relación a la raza, existe una construcción social de las mujeres odontólogas o estudiantes de odontología sustentada en los estilos y rasgos de la hegemonía blanca, configurados como ideal de belleza femenina universal, que pulveriza el concepto plural y diverso de lo estético, de lo bello. Este ideal es una marca de poder del patriarcado que ha articulado las identidades, dando como resultado que las mujeres, negras, mestizas, e incluso blancas, nieguen sus características físicas, al anhelar por ejemplo, un cabello liso sobre uno rizado o una nariz fina sobre una ancha. Esto nos deja ver que "los discursos multiculturalistas reconocen una sociedad con coexistencia de diferentes culturas, sin embargo, en este reconocimiento, las culturas diversas tienen que someterse en última instancia a la cultura dominante, la cual trata a la diversidad a partir de las normas etnocéntricas occidentales" (Mendoza, 2007; p. 161 citado por Jaramillo, 2013; p. 90).

En tal sentido, vale cuestionar la forma en cómo las mujeres de otras razas y etnias se introducen en los distintos espacios, es decir, ¿ellas estarían abrazando sus

identidades o en cambio, las estarían negando al adaptar sus rasgos a aquellos que impone la feminidad blanca? o ¿acaso las mujeres negras son consideradas bellas solo cuando exhiben lo que se ha denominado como "facciones ligeras o livianas"?...y ¿qué significaría en el imaginario colectivo que una mujer negra posea facciones ligeras? Desde la perspectiva de género, esto no sería más que un eufemismo que admite cierta belleza en tanto se asemeja al patrón blanco, matizando el rechazo de lo negro como lo bello. Esto deja al descubierto la comparación blanco-negro, donde lo blanco es la vara de medir, el real estándar de belleza.

Como diría Jaramillo (2013; p. 90), evidentemente hay "una transformación cultural frente a lo negro, no porque se lo incluya sino porque se lo percibe desde los ojos del blanco, como más cercano a él, posiblemente por medio del trabajo de quirófano o estética". "Las mujeres adoptan y practican las tecnologías para la feminidad en el contexto de una sensación generalizada de deficiencia corporal" [23] (Bartky, 2003; p. 33). "La búsqueda y la práctica de intentar alcanzar lo inalcanzable, que nunca se supone que sea ni se puede lograr, es lo que crea el deseo y regula el comportamiento de las mujeres" [24] (Deliovski, 2008; p. 53). Esto es más que evidente en odontología, donde si revisamos con lupa aquellos discursos mostrados arriba, encontraremos frases develadoras como que las mujeres en este campo "*son muy cuidadas y operadas", "quieren vivir con el pelo planchado, la cara toda maquillada y todas bonitas en su consultorio", "las que no son tan bonitas se ponen bellas porque se maquillan"*. Todo este sometimiento de sus cuerpos responde a este estereotipo o perfil construido para la odontóloga, que como los mismos discursos refieren, está muy vinculado con el patrón estético determinado y difundido por los concursos de belleza para mujeres, pues es muy común ver en esta profesión a mujeres que se forman para ser candidatas para obtener algún título de belleza, y ¿qué implica ser o aspirar a ser una *Miss*? Pues una frase que lo describe muy bien y que además coincide con lo construido para la odontóloga es ser una mujer "*con dinero, pudiente y físicamente atractiva*" y para lograr este cometido, es necesario el empleo de métodos de corrección para intentar alcanzarlo. Todas estas frases tienen implícito

la simbología de la mujer blanca, rica y bonita y es ello que lo subyace en el imaginario colectivo.

La hegemonía de lo blanco no solo se hace evidente por el predominio de mujeres blancas en el campo odontológico, sino también en las prácticas y cuerpos de otros grupos de raza, etnia y estatus social, que se muestran construidos y ajustados no solo a la feminidad, sino a la feminidad blanca. Efectivamente, "la feminidad es un artificio, un logro a través del cual las prácticas disciplinarias...producen un cuerpo que en gesto y apariencia es reconociblemente femenino"[25] (Bartky, 2003; p. 27), sin embargo, la feminidad blanca normativa desde donde se despliega el concepto de belleza femenina, va más allá de la producción de cuerpos ornamentados y trajes ajustados para el consumo de los hombres, sino que además supone el alcance de expresiones corporales e incluso conductuales, desempeñadas en principio por mujeres blancas, e idealizadas para todas las mujeres. En otras palabras:

> En términos de belleza dominante y representación racial / étnica, el mensaje es claro –es el mundo de una mujer blanca (heterosexual, Anglo, clase media…). Este mensaje se ve reforzado por el hecho de que racialmente las mujeres marginadas están notablemente ausentes en representaciones culturales dominantes de belleza o cuando están representadas son transformadas desde el patrón de lo blanco, "contextualizadas en la otredad" o distorsionadas[26] (Deliovsky, 2008; p. 56).

La transformación de los cuerpos y comportamientos de las mujeres desde el marco de referencia único de lo blanco implica asumirse como lo desviado, imperfecto o lo estéticamente incorrecto. Las mujeres de diferentes razas y etnias someten y disciplinan sus cuerpos para satisfacer pautas que desconocen su autenticidad e invocan el estándar de belleza de la feminidad blanca normativa, sepultando la idea diversa de lo bello. “Este estándar no son mujeres de ascendencia africana, asiática, aborigen o latina, aunque como individuos pueden ser contextualmente bellas…Contextualizadas dentro de sus respectivos marcos raciales, como grupo, representan y significan lo exótico / erótico pero no lo bello” [27] (Deliovski, 2008; p. 55).

"No es difícil, después de todo, encontrar un componente racial pronunciado en la idea de la feminidad misma: ser verdaderamente femenina es, en muchos sentidos, ser blanca"[28] (Markowitz, 2001; p. 390). No obstante, la feminidad blanca beneficia a las mujeres blancas pero igualmente las atrapa y somete sus cuerpos y prácticas a ser obedientes y fieles reguladoras de la norma. Es una ideología que mantiene a las mujeres sujetas a parámetros que solo pocas pueden alcanzar, incluidas las mujeres blancas. Esto es que no todas las mujeres blancas, tienen garantizado el alcance de la feminidad ideal. "Las representaciones homogenizadas de la belleza femenina "blanqueada" se normalizan y funcionan como modelos contra los cuales las mujeres se miden, juzgan, disciplinan y corrigen continuamente" [29] (Bordo, 2003; citada por Deliovski, 2008; p. 57). En consecuencia, la belleza femenina es una construcción de género, un imperativo edificado para las mujeres y odontología es una de esas áreas, en la que se evidencia de manera marcada.

Ahora bien, parte de los discursos que acabamos de presentar, elaboran una idea de la mujer odontóloga, calificándola como bella, distinguiéndola del común de las mujeres encontradas en otras carreras universitarias. La belleza pasa a ser un referente del estereotipo de la odontóloga. Este arquetipo no solo se da en las universidades venezolanas, sino que se reafirma en otras partes del mundo. Para muestra de ello basta con introducir las palabras clave "las mujeres más bellas estudian odontología" en algún buscador web y se pueden encontrar referentes de diversos países como Taiwán, Argentina y Venezuela, solo por nombrar algunos. En Venezuela, al menos tres "Mises Venezuela" son odontólogas de profesión: Marena Bencomo, Claudia Moreno y Vanessa Goncalves, sin contar con las miles de candidatas que las Facultades de Odontología han visto desfilar en sus pasillos.

"Las mujeres más hermosas se encuentran en odontología" es una idea popularizada que tiene su núcleo en las mismas construcciones socio-simbólicas de la mujer. Así, si el hombre más masculino es aquel que se dedica al ejercicio agotador del intelecto, o a los trabajos más rudos y agresivos, representado por la masa muscular, la mujer más femenina es aquella que se dedica al ejercicio de la belleza. En palabras de Germaine Greer (2004): "El estereotipo nace y se apropia de su ser en

esa dimensión donde el cuerpo se une con el alma. Ella es más cuerpo que alma, más alma que mente. Todo lo bello le pertenece, hasta la misma palabra belleza le pertenece. Todo existe para embellecerla" (p. 75). Es una muñeca, diría Wolf (1991). De ahí que, la odontología embellece a la mujer, cuan producto de belleza, la hace sentir más femenina.

Se da por sentado la belleza de la mujer en odontología, la relación profesión-naturaleza de la mujer y la explicación argumentativa basada implícitamente en las virtudes que se les ha dado naturalmente, así como la manera cómo ella selecciona odontología para cuidar su salud, su descanso completo y con ello su juventud y belleza. Odontología permite por tanto, el cultivo y realce de la belleza de las mujeres, una idea construida por los hombres y no precisamente por las mujeres. Al respecto Wolf (1991, p. 218) nos advierte:

> Si el mito de la belleza no está basado en la evolución, en el sexo, en el género, en la estética ni en Dios, ¿entonces, en qué está basado? Parece tratarse de la intimidad, del sexo y la vida, una celebración de las mujeres; pero realmente está compuesto de distancia emocional y política, de finanzas y represión sexual. El mito de la belleza no habla para nada de las mujeres. Habla de las instituciones de los hombres y de su poder institucional.

Por consiguiente, vemos que el patrón de feminidad no solo nos habla de rasgos físicos y conductuales como estereotipo de género, sino también de estatus social, y es que el estatus también marca la conducta de los grupos sociales y de esta forma colabora con las construcciones de género para elaborar ese ideal social que se debe procurar y al que se aspira incansablemente. Préstese atención a un par de frases provenientes de los discursos: "*la gente que estudiaba odontología era considerada la gente*", "*Realmente no conozco la primera persona que dice que eso es para personas de un target bajo",* frases que sugieren una distinción de clase, y evidentemente, una posición social privilegiada permite a las mujeres acceder con mayor facilidad a seguir fielmente los patrones de la feminidad blanca.

Esta realidad conlleva a considerar dos aspectos importantes: primero, históricamente la raza negra ha constituido los rostros de la pobreza, y este es un

factor que limita a este grupo la posibilidad de estudiar carreras costosas como la odontológica, que además dado su crecimiento tecnológico y conceptualización lujosa, ha sido doblemente considerada como elitista. Farill Guzmán (2009, p. 9) lo refiere: “entre las carreras profesionales, la odontología es de las más costosas, ya que durante su preparación académica, el estudiante tiene que adquirir todo el instrumental excepto el sillón y la lámpara”. Y segundo, que hoy más que nunca, la belleza hecha norma, es también producto de la manipulación mercantil de las grandes industrias, que promocionan y venden la idea de perfección de cada parte del cuerpo humano, solo que esta macro-industria bombardea de manera desproporcionada a las mujeres.

Así, una mujer con una posición social privilegiada cuenta con un plus, en tanto tendrá mayores posibilidades de acceder al mercado, o mejor dicho, a los métodos de corrección que la harán una mujer más femenina, es decir, una mujer construida y reconstruida por el patriarcado. Por medio de los discursos pudimos constatar que las mujeres en la profesión odontológica, dado su estatus social, recurren a diversos medios y productos para corregir sus “defectos físicos”. La cirugía cosmética corrige desde unos senos poco voluminosos, una nariz gruesa, una cara redonda; el maquillaje disimula pómulos voluptuosos, labios poco carnosos y cejas poco vellosas; las dietas y el ejercicio, que aunque vistos como estilos de vida saludables, han sido desviados de la noción salud para convertirse en nuevas formas de esclavitud y consumo.

Sin duda, esta macro-industria no da tregua a los cuerpos cosificados de las mujeres. Las mujeres “admiran el taco alto que realza sus piernas e intervienen su cuerpo con grandes glúteos y pechos falsos y falsos labios gruesos, ojos de falsos colores, pequeñas narices respingonas, pómulos y mandíbulas disminuidos” (Pisano, 2004; p. 110-111). A ello le llamamos ser femeninas. El deseo ferviente de cuerpos fornidos y tonificados es el móvil, en el deseo de alcanzar la feminidad ideal. El estrato social se articula con el género y la raza para mostrarnos que así como la belleza, la odontología es también una profesión reservada para una minoría, pero una

minoría privilegiada que en el acceso de carreras como la odontológica se reafirman como femeninas.

3-Área de pocos hombres, y afeminados. Ahora, si bien la odontología es un campo para un grupo selecto de mujeres, pues no podemos dejar de señalar que también es percibida como un área de pocos hombres y afeminados. Si consideramos que "hasta los años 60, las mujeres comprendieron alrededor de 1% de los dentistas en la fuerza laboral de Estados Unidos" [30] (Dolan, 2015; p. S18) resulta interesante de-construir desde el discurso de las/os mismas/os odontólogas/os, cómo los hombres han pasado de ser quienes dominaban el campo odontológico, a ser la minoría, tomando en consideración otros aspectos que se suman a esta discusión. Recordemos lo que desde nuestro marco teórico venimos acotando, que lo dental fue un espacio prohibido para las mujeres durante muchos siglos y que comenzamos a adentrarnos significativamente este campo, apenas en el siglo XIX. Entonces, este viraje en el actual dominio numérico de las mujeres en la profesión nos exige mirar otros aspectos como aquel que plantea que si la odontología es un campo apareado con lo femenino desde el imaginario colectivo, el hombre que estudia odontología es visto como homosexual o afeminado:

*[**E3**-0621-0634]: "El hombre que estudia odontología es gay y se cree mujer porque le gustó o es hombre y muy rara vez de verdad porque su familia es odontóloga, porque todos los hombres, los que estudiaban conmigo era porque el hermano, el papá, venían de familia que eran odontólogos y eran hombres entre comillas..."*.

*[**E9**-0114-0120]: "Es como un estigma, de hecho existe ese estigma en odontología, tú estudias odontología eres varón puede ser que seas homosexual, lamentablemente a nivel cultural existe eso, igual que con el área de odontopediatría, en la cual yo conozco tantos hombres heterosexuales que estudiaron odontopediatría"*.

*[**E11**-0454-0468]: "Bueno mira, toda la vida, la odontología para los hombres generalmente ha sido hombres amanerados, hombres homosexuales, que no se dan a conocer pero a la larga tienen esa tendencia porque la Odontología es más femenino que masculino, entonces de hecho mira en la Facultad tú ves la gran cantidad de muchachos y a la larga tú quedas loca que de la noche a la mañana, mira él tiene otra condición sexual pero es por la misma tendencia de que la odontología es más sutil, más delicada, más como para mujeres que hombres y es contradictorio porque*

muchas veces el hombre es más sutil y es más delicado y es más perfeccionista que la misma mujer".

*[**E13**-0081-0092]: "Bueno en odontología, el predominio siempre es mujeres, hombres muy pocos y amanerados algunos pues. Me imagino será por lo delicado, pero de verdad que es una carrera unisex. ¿Por qué predominarán las mujeres? bueno porque a veces unos comentarios que uno escucha ¿no?, los hombres que estudian odontología son patos, empiezan a hablar cosas así, pero en realidad son muy pocos los caballeros que hay casados y los otros son más que todos amanerados…Me imagino que es por lo coqueto que ven la carrera".*

*[**E14**-0137-0138]: "Pero si es como un estigma de que eso lo estudian puras mujeres, puros afeminados y tal".*

*[**E16**-0058-0062]: "Creo que esa es la tendencia que hay, de siempre –ay que linda la carrera para las niñas, el uniforme, la cajita que llevan– todo eso como que lo relacionan con las jóvenes y con gais".*

En una sociedad machista, la concepción de homosexualidad va más allá de atracción sexual por personas de su mismo sexo, en ella subyace una noción peyorativa que la relaciona con lo femenino –en términos despectivos–, por lo que palabras como homosexual, gay, marica, maricón, pato, amanerado, etc., que también forman parte del habla coloquial en sociedad, denotan a todo hombre que no cumple con los parámetros de masculinidad que se exigen para ser considerados como tal, y los ubica en el polo de lo femenino. Por ejemplo, la palabra marica o maricón refiere a un hombre afeminado, "que se parece a las mujeres", es por tanto "un hombre apocado, falto de coraje, pusilánime o medroso" (RAE, 2019), es decir, una mujer.

La odontología viene a ser una carrera de mujeres y hombres afeminados, dejando en evidencia la polaridad masculino-femenino, que es incapaz de matizarse, graduarse o despolarizarse como algunas/os pretenden. Son direcciones contrarias excluyentes entre si y esto implica que, si la odontología está afiliada a lo femenino, lo masculino será juzgado y cuestionado por la masculinidad que niega intersecarse con la feminidad, ese es el principio de lo masculino, su distanciamiento de lo femenino y quebrantar este principio es claramente desalentado. Esta es una impronta patriarcal que es muy evidente en odontología, un campo que se considera femenino y como tal todo lo que habita allí es sinónimo de mujer, cuando "ni todos los hombres

tienen las mismas actitudes y comportamientos definidos como masculinos, ni todas las mujeres carecen de este tipo de rasgos" (Hardy y Jiménez, 2001; p. 77). Y por otro lado se evidencia que todo aquello que es visto como femenino, es disminuido o menospreciado, pues las mujeres somos aquella forma de ser "apocada", según refiere el término "afeminado".

Por tanto, se trata de un silogismo: si la odontología es una profesión femenina, esta implica la tenencia de caracteres femeninos. El hombre que se interesa de ella es ipso facto, afeminado. En ideas de Sánchez Torres (2006; p. 9) un hombre afeminado es aquel "homosexual masculino" o "aquel que parece o actúa como una mujer, sin ser homosexual", por lo que si la odontología es vista como oficio de mujer, todo lo que la define, sus características, roles, profesionales, virtudes, etc., deben estar orientados hacia ese extremo genérico, que se parece y se inclina a todo lo que culturalmente define a la mujer. Lo contrario no es aceptado, no es bien visto, pues en efecto todo aquello que no se ajusta al estándar impuesto es juzgado, como lo expresa Baños Lemoine (2008):

> ¿Y qué sucede cuando un individuo no se aviene a las ideas y a las prácticas que han sido socialmente instituidas dentro de sus grupos de origen (familia, escuela, iglesia, barrio, nación, etcétera)? Simple: se le cataloga como reprobable, rebelde, insumiso, remiso o peligroso, y se le castiga, margina, persigue y/o excluye (p. 50).

En el caso que nos ocupa de la odontología, se hace notorio que el hombre que quiera hacer de la odontología una práctica profesional como suya, está condenado a soportar como mínimo la puesta en duda de su virilidad. La sensibilidad, vulnerabilidad y sutileza se encuadran como características típicas de las mujeres, por lo que desde el machismo y sus estereotipos, se prohíben tales atributos en un hombre. Ramírez y García (2002) al respecto refieren que:

> La masculinidad hegemónica a su vez subordina, margina y devalúa a aquellos hombres que no cumplen con las exigencias que ella impone. En Puerto Rico, al igual que en otras sociedades del Caribe y la América Latina, los homosexuales, los afeminados y los hombres considerados delicados o débiles

> son tratados como subordinados. Independientemente de su riqueza, relieve o alta posición en la jerarquía social, estos hombres usualmente no reciben la deferencia y el respeto que reciben otros hombres (p. 8-9)

En consecuencia, aquellos hombres que muestren un comportamiento o un esquema no ajustado a lo masculino, deben soportar grados de prejuicios, y por consiguiente, son tildados despectivamente de homosexuales. De este hallazgo, debemos hacer notar dos aspectos importantes: primero, no solo la sociedad fuera del ámbito universitario estigmatiza la presencia masculina en odontología, sino que internamente, las mismas mujeres califican de homosexual a los hombres que estudian odontología, o al menos cuestionan su sexualidad. Una muestra de que las mismas mujeres ignoran el significado subyacente de las palabras y el mensaje que transmiten con ellas, o más bien cómo el patriarcado se filtra entre sus propias víctimas.

Segundo, es precisamente este menoscabo del prestigio y reputación, del que los hombres se preocupan, independientemente de su sexualidad, porque a fin de cuentas la homosexualidad todavía continúa siendo un estigma social que los afecta a todos, aunque de manera diferente. De modo que esto, muchas veces, se configura dentro del imaginario popular como una de las razones por las que se abstienen los hombres de estudiar odontología, veamos algunos discursos elaborados por nuestro grupo de estudio:

*[**E2**-0265-0276]: "eso es como si un hombre, un hombre dice que es peluquero… Y es hombre. Hay hombres que son peluqueros. Claro, esos son cuestiones de machista, de gente que no sé, yo los he visto como dice el dicho y tú me vas a disculpar, muy llanero, los he visto coleadores, de pecho peluo…raros. Entonces eso no tiene nada que ver con la profesión".*

*[**E6**-0066-0080]: "Yo pienso que odontología es una carrera bien estereotipada…y por supuesto, debe afectar el hecho de que cuando como hombre dices que vas a estudiar odontología, pero te dice tu pana, oye pero eso es carrera de gais o vas a usar el uniforme verdecito. Y si tú entrevistas así a cualquiera, a otros hombres, seguro les va a dar pena decir que la carrera es totalmente feminizada y eso va por la sociedad machista y en general la sociedad latinoamericana, son súper machistas, no lo van a aceptar y no dirán las cosas como son".*

*[**E7**-0513-0526]: "Odontología es una carrera que tiene esa fama de quienes estudiamos somos puras mujeres y los pocos hombres son gais y tú ves que hay quienes deciden no estudiarla porque pensarán de ellos que también son gais, como también hay otros que lo deciden para estar rodeado de mujeres. Por ejemplo, varios de mis amigos estudiaron ingeniería y decían esos hombres que están ahí en odontología son puros gais, pero que desperdicio porque lo bueno es que están estudiando con muchas mujeres y creo que eso influye cuando el bachiller decide que va a estudiar".*

*[**E24**-0263-0268]: "si me imagino que aquel hombre machista que vea que –ay no, voy a estudiar con puras mujeres, no, no, mejor me voy por cirugía que hay más hombres, claro que sí, me imagino que bastantes piensan así…como una preocupación de que lo vinculen con mujeres".*

*[**E25**-0196-0209]: "Bueno es que áreas como arquitectura y odontología siempre han sido vistos, no solamente muy femeninas sino muy hacia lo homosexual, entonces por supuesto, este, el hombre que no está claro, que no está seguro dice, ¿cómo yo voy a ser arquitecto, u odontólogo si yo soy hombre, si yo no soy afeminado, yo no soy homosexual?, entonces hay gente que tiene temor de eso, de que lo tilden, ¿no?…Bueno por la misma razón que la odontología es vista como más femenina, por lo que se cree que, que, que quien se debe dedicar más a eso son las mujeres, es como decir, que, así lo veo yo ¿no?, porque bueno ¿cómo me voy a meter allí si eso es de mujeres o de homosexuales?, si me meto a estética van a pensar que soy homosexual".*

Vale la pena destacar que esto no se menciona en las pocas investigaciones que abordan el tema de la mujer en odontología. Se ha comentado el hecho de que la odontología ha sufrido un fuerte incremento de las mujeres pero nada se dice que especialmente en Latinoamérica, el hombre tiende a abstenerse de estudiar estas carreras, por cuanto desde nuestra cultura patriarcal lo femenino y lo masculino son categorías excluyentes, y en esta dinámica al hombre no le ha quedado de otra que marcar su retirada progresiva del oficio. Dicho de otra manera, "se ha olvidado de discutir acerca del sentimiento de aislamiento sufrido por el varón, por tener que estar constantemente demostrando y ejerciendo un papel que históricamente ha creado su identidad (Figueroa y Liendro, 1995 citados por Hardy y Jiménez, 2001; p .85).

Como vemos, así como la feminidad para las mujeres, la masculinidad normativa prescribe un conjunto de prácticas que deben ser ejercidas por los hombres para ser considerados como tales. Con la diferencia de que la masculinidad implica el

ejercicio del poder, dominio y control sobre las mujeres. Entiéndase, "…es un Corpus construido socio-históricamente, de producción ideológica, resultante de los procesos de organización social de las relaciones mujer/hombre a partir de la cultura de la dominación y la jerarquización masculina" (Bonino, 2002; p. 9). No es un asunto biológico, sino construcciones sociales forjadas para dominar y controlar. Así, "la familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad en general le enseñan explícita e implícitamente la forma en que debe pensar, sentir y actuar como «hombre»" (Hardy y Jiménez, 2001; p. 79-80). Este comportamiento masculino prohíbe la vulnerabilidad del hombre. "Por ejemplo, no puede llorar, debe ser fuerte, no debe mostrar sus sentimientos, no puede tener miedo, y debe ser viril" (ob. Cit., p. 79-80).

Por tanto, históricamente el hombre está enajenado y sometido al autocontrol para garantizarse la cualidad de hombría, cumpliendo para ello la penitencia de ocultar su vulnerabilidad. Aquella vulnerabilidad ontológica de la humanidad. En este sentido, un comportamiento masculino "implica suprimir emociones, sentimientos y negar necesidades. El varón llega a temer que si experimenta y demuestra sentimientos de ternura y afecto puede transformarse nuevamente en un niño dependiente (Hardy y Jiménez, 2001; p. 80), y en este sentido, experimenta temor a perder el poder, pues "la masculinidad es considerada una cualidad que así como se obtiene, se puede perder, de acuerdo con las circunstancias y a la historia de cada individuo (Figueroa y Liendro, 1995 citado por Hardy y Jiménez, 2001; p. 82). No obstante, si bien el hombre está sentenciado, estar al margen de esta sentencia le permite el acceso y ejercicio del poder. De manera que:

> La masculinidad posee un elemento clave que es el poder; ser hombre significa tener y ejercer poder. El poder asociado a la masculinidad exige poseer algunas características, tales como ganar, ordenar, lograr objetivos y ser duro. Por otra parte, las características genéricas atribuidas al hombre, tales como objetividad y racionalidad, le otorgan un dominio sobre la mujer. Aplicado en un sentido amplio, poder también significa controlar sentimientos, emociones y necesidades afectivas, para evitar la pérdida de dominio y el control sobre los otros, y también por el temor de que le atribuyan características femeninas, que son absolutamente rechazadas…(Hardy y Jiménez, 2001; p. 80).

Este es el fundamento del por qué los hombres tienen temor al ser comparados con las mujeres, y caer en el terreno de lo "femenino". Sin embargo, mujeres y hombres pueden asumir conductas reconocidas como femeninas y masculinas, pues no hay nada esencial en esos comportamientos. Aun así, "cuando esto ocurra tendrán que enfrentar conflictos de distinta gravedad, en la medida en que la sociedad en que viven acepte o rechace estos desafíos a la norma" (Hardy y Jiménez, 2001; p. 78).

Lo anterior sugiere que la así llamada "feminización" de la odontología en función del número –cuestionada por nosotras– se viene dando entre otros tantos factores, porque se ha perdido el interés de los hombres en pertenecer a este ámbito, en tanto los estereotipos de género continúan siendo la base de organización y comportamiento de nuestras sociedades, por lo que, para el hombre, ingresar a estos campos sentenciados como "femeninos" implica correr el riesgo de sufrir las consecuencias propias de no seguir el "orden normal" de las cosas provenientes del sistema que desde nuestra mirada teórica no compartimos. Los siguientes discursos dan cuenta de que los hombres tienden a buscar otras alternativas profesionales que lo alejen de cualquier vínculo perteneciente a la idea paradigmática de lo femenino, siendo atractivas otras áreas que reafirmarían su virilidad hegemónica, mediante las típicas cualidades que cuan antónimos, se posicionan como lo adverso a la "naturaleza femenina":

*[**E3**-0642-0646]: "los hombres se van por la parte de medicina ¿Por qué? Porque ven odontología más para mujeres, más delicada, ellos dicen que la boca es más delicada".*

*[**E14**-0117-0129]: "A lo mejor es algo cultural, como seguramente pueden pensar, ah bueno eso es un carrera delicada, entonces no sé, preferirán estudiar ingeniería que odontología, y al final es no sé, es como la percepción que se tiene, al final es una carrera, este con sangre y saliva todo el tiempo que no es nada delicado, pero, este, no sé, me imagino que lo ven como algo delicado, como algo meticuloso, entonces, no sé, pienso que es algo cultural. Y como históricamente siempre ha sido de preferencia acá por mujeres entonces creo que es netamente cultural de percepción".*

*[**E17**-0264-0275]: "Tiene que ver con lo que generación tras generación se ha ido transmitiendo…esto ha hecho que en la evolución del hombre hayan tareas que son*

más, más tareas como dirigidas al fenotipo masculino y tareas que son más dirigidas al fenotipo femenino…tiene que ver mayormente con lo que nos han sembrado en la mente, que son las trincheras que tenemos cada uno de nosotros".

*[**E19**-0069-0080]: "El hombre no escoge esta carrera, o no tiene esa tendencia, tal vez buscando algo no tan delicado, no tan detallista, por así decirlo, porque pienso que a nivel social, y me atrevo a decir que a nivel generacional, o sea me imagino que tiene que ver con la concepción que tiene la gente de lo que es la odontología y en realidad no es así, la odontología es más grande que eso, que lo que digamos el concepto comúnmente conocido en la sociedad, simplemente lo ven como algo delicado, estético, la resina y no saben en realidad la complejidad de la carrera y bueno tal vez por eso escogen otras carreras".*

*[**E21**-0152-0160]: "Lo que pasa es que ahorita, esta nueva generación, a estas nuevas generaciones les llaman más la atención otras carreras que son más llamativas, que están vinculadas con la tecnología también, entonces tú ves también, bueno el caso de los hombres también, por lo general van más hacia carreras que sean predominantemente masculinas, ingeniería, estas áreas que quizás sea más difícil ver una mujer que un hombre".*

*[**E23**-0194-0208]: "Mira fíjate que también pudiéramos hablar que existen patrones bien arraigados a nivel cultural. Generalmente donde exista esa delicadeza para hacer algún tipo de actividad, esa pulcritud para hacer algún tipo de actividad, quizás el hombre que tiene una forma de pensar machista, podría decirse que no va a hacer ese tipo de actividades donde se demanda mucha organización, planificación, estética, entonces probablemente con un pensamiento machista se hace un lado y hace algún otro tipo de actividades donde puede poner en práctica su condición de hombre, donde no necesite de repente de tanta organización, donde no requiere tanta estética y pulcritud".*

*[**E24**-0077-0083]: "por los mitos de que ingeniería es más rudo, ay en ingeniería, y después la mitad dura años estudiando porque no pueden pasar ingeniería y se dieron cuenta que no era lo de ellos, y que pudieron estudiar odontología pero no lo hicieron porque alguien les enseñó que era para mujeres, ¿ves?".*

No deja de causarnos perplejidad, a pesar de haber hurgado epistemológicamente las improntas dejadas por la cultura androcéntrica, que testimonien, por ejemplo que una de las preocupaciones y dolores de cabeza para muchos de ellos, sea la obligatoriedad del uso de una vestimenta unificada, cuyo color parece no ajustarse muy bien con el patrón varonil hegemónicamente construido, así como también la necesidad de portar una caja de herramientas para transportar sus instrumentos y materiales odontológicos. Y es que en la lógica de los cuerpos sexuados y sus

diferencias que trascienden lo biológico, "el cuerpo aparece configurado –en sus gestos, movimientos, vestidos y actuaciones– según las normativas de lo que una cultura determinada entiende por "femenino" o "masculino" (Amorós, 2000; p. 263). En este sentido, objetos como el uniforme y la caja de herramientas son símbolos a los que se les ha asignado un significado femenino que en concomitancia con la misma "esencia" del oficio, añaden pues aún más caracterización femenina a la odontología. Esto responde a lo expresado por Comesaña (2004, p. 6-7):

> Volviendo a referirnos al tema del género, hemos de señalar que éste implica además un sistema simbólico, que asigna significados, atribuyendo valor, prestigio o desprestigio a los individuos en la sociedad. Así, lo masculino y lo femenino son vistos como una dualidad correlativa, a cada uno de cuyos polos se le valora diferentemente. Mientras que lo masculino tiene siempre una connotación positiva, significando poder, prestigio, lo bueno, lo luminoso etc., lo femenino es considerado siempre como negativo, malo, sombrío y sometido, subordinado, desprestigiado, sin valor. El género es entonces un criterio normativo (De Barbieri, 1992), a través del cual las personas construyen su identidad, según ciertas pautas que conducen obligatoriamente, a nivel de lo psicológico y de las representaciones culturales, a ubicarse como varón o como mujer con todas sus consecuencias e implicaciones.

Pongamos atención en los siguientes discursos, los cuales evidencian los sesgos de género que explican por qué los hombres soportan prejuicios al ingresar a la carrera odontológica:

*[**E6**-0022…0059]: "Te cuento que en el contexto de la carrera como tal de odontología en Venezuela es súper feminizada. De hecho, el primer indicio es el color del uniforme. Todo el mundo me decía antes de entrar –oye pero ¿Cómo vas a estudiar esa carrera? ¿Cómo te vas a colocar ese uniforme tan claro? Ese uniforme de niña, allí todos los que estudian son gais, allí todos los que están allí son las muchachas más bonitas pero eso es una carrera de mujeres. Esa era la preocupación…nunca dudé en estudiar odontología pero si obviamente sabes que uno está pendiente de lo que diga la sociedad y obviamente la sociedad en ese contexto era súper femenino y eso también va a un lado con el machismo de las personas que te rodean, de tu familia, de tus amigos, que comienzan a comentar como te digo – ay ya vas con tu uniforme clarito, con tu neceser, tus cosas, tu caja, entonces obviamente decían por eso que era una carrera de mujeres. Pero ya una vez allí, me valió verga lo que dijera la sociedad, porque no es tanto la odontología, sino la sociedad como tal, te dice que, o la misma universidad te dice que odontología es*

la Facultad de las mujeres bonitas y de los hombres gais y también se cree que odontología la estudian solo los niños que tienen plata y siempre hay prejuicios que van a hacer súper difícil que erradiquemos eso".

*[**E15**-0166…0186]: "bueno, realmente, este digamos que si hubo momento en los cuales, pude haber tenido eso, algún tipo de prejuicio, pero créeme que nunca me sentí ofendido porque las personas al final saben que esa es una herramienta, la caja y el uniforme, que nosotros usábamos en el desarrollo de la carrera, pero no es algo que a mí, particularmente yo no me sentía ofendido, yo no sé si es autoestima, yo no sé si es que yo estaba muy seguro de lo que hacía pero…nunca me sentí amenazado ni ofendido, ni me sentí mal por haber estudiado la carrera, muchísimo menos por un color o por una maleta de odontología…si había, pero como te dije nunca me lo hicieron de forma despectiva, o, o, o, para establecerme un tipo de rechazo, no, simplemente una conversación –ah claro como tú andas con tu cajita de creyón– cosas tontas, no era de verdad algo que me hacía sentir mal en ningún momento".*

*[**E17**-0052…0077]: "de hecho cuando me reunía con mis compañeros e iban sus amigos de bachillerato pues siempre les echaban broma, bromeaban con que escogieron carrera de niña…Yo nunca sentí rechazo de ningún tipo porque no había ese tipo de comentarios y todos estábamos en lo mismo. Cuando estabas dentro de odontología, más que todo eso se escuchaba era afuera, fuera de las trincheras de la Facultad, pero mientras estabas en la Facultad, todos estábamos en lo mismo".*

*[**E18**-0029-0038]: "más bien estando en la Facultad yo dije – muchacho– más bien súper feliz con ese tema de las mujeres porque cómo había colirio para echarse en esa Escuela y Facultad y estudiar con mujeres tan lindas siempre me gustó. Nunca tuve problema que fueran a dudar de mí, que si me echaban mucha broma mis amigos, ¿no? con esa broma de que –ay tú quieres ser odontólogo – esos chistes así que igual yo no les paraba, y de hecho mi grupo de estudio siempre fue puras mujeres, el único hombre era yo".*

*[**E10**-0112-0152]: "incluso tengo un recuerdo bien cómico ahora, obviamente pero en ese momento no era tan cómico, que fue la primera vez que fui para allá en el curso introductorio, este, y ver a todo el mundo con ese uniforme verde clarito, obviamente, eso fue lo que apenas lo vi, yo andaba con mi mamá en ese momento, ella me quiso llevar y yo le dije –¿qué es eso?...Si te lo juro así, te soy sincero, no lo quería hacer y ella –no pero ¿qué es?, que no sé qué, pero anda y me decía –para el curso introductorio no tienes que cargarlo, o sea, ve normal y ves qué van a decir…pero esa era la vía vamos a decirlo así, esa era la vía y si no bueno te cambias pues y yo –no, no pero de verdad que no me lo voy a poner– y bueno desafortunadamente odontología tiene esa fama pues. Entonces aparte venían unos caminando con mechitas y cosas, ¿tú sabes verdad? cómo es la cuestión allí…que de verdad no pues, y yo decía – no, no, yo no voy a estar acá…bueno incluso después, después que ya uno había pasado por eso, ya habían pasado años, y yo me rio, pero no, en un principio no, en un principio no fue así. En un principio yo decía, no ¿qué*

es esto? Es más, yo jamás, yo no sabía que odontología usaban el, utilizábamos ese uniforme…incluso mis primos y todos siempre me echaban broma, ellos conocían la fama de odontología, incluso los panas. Claro llegó un momento que ya yo me sentía bien, pero siempre habían bromas, siempre. Siempre ha existido y nunca dejaron de hacerlas, de verdad eso nunca paró, nunca paró, ya era cuestión de cómo uno no lo tomara, pero si hay mucha, mucha, digamos ¿cómo se diría? como mucho prejuicio".

Estimamos acertado detenernos en el último discurso, en el cual transita, desde lo sociosimbólico los prejuicios sexistas, los cuales llegan a perturbar la toma de decisiones en la escogencia de la profesión. En este discurso se expresa la incomodidad ante el color verde claro del uniforme, más algunas tendencias "fashionistas" de algunos hombres estudiantes de odontología, lo que lo llevaron a sentirse mal sobre la selección de la carrera, no porque no tuviera clara su vocación y objetivos académicos, sino porque el ambiente en el que estaría inmerso, por un lado pondría en tela de juicio su masculinidad, por el otro, por la tolerancia que él mismo en su condición de hombre heterosexual no se sentía capaz de manejar. Un discurso que dice mucho con respecto al imaginario construido sobre la ausencia varonil en la carrera odontológica, sesgo evidenciado en todos los discursos, recreado muy bien en las palabras de Waisblat Wainberg y Sáenz Berbejillo (2013):

> Así la forma en la que se construye la subjetividad de una mujer o de un hombre, su manera de ser, de qué disfruta, de qué padece, de qué habla y de qué calla, es una construcción socio-histórica, que se escribe como guión con discursos y con prácticas, sobre la realidad material de los cuerpos: "Estos discursos y prácticas sociales se hacen carne en las personas concretas, cómo se expresan en la vida cotidiana, cómo se expresan en una manera de ser hombre y una manera de ser mujer que genera muchísimo malestar, sufrimiento y dolor" (p. 4).

Es notorio además, que todas estas construcciones de género también repercuten –respetando las diferencias– en los hombres, pues se deben restringir de disfrutar de todo aquello que pudiera proveerles placer o una forma de hacer la vida distinta a la establecida para ellos. Como vemos, el hombre también padece los embates del sistema patriarcal.

4. *A mayor número de mujeres, mayor competencia y menor prestigio. Desaparecen los hombres.* Como hemos visto, los hombres han dejado de encontrar en odontología, un espacio atractivo para ellos, pues el sesgo de género no solo los ahuyenta debido a la *esencialización* del campo sino además que, en su rol de hombres, proveedores de sustento familiar, no pueden permitirse un ingreso económico inestable. En efecto, llama la atención que si bien la carrera odontológica es ampliamente conocida por generar ingresos económicos importantes, con el aumento exacerbado de mujeres, los hombres manifiestan que esto pudiera incidir en la estabilidad de sus ingresos a percibir, aspecto particularmente sopesado por los hombres. Traemos aquí una serie de discursos que nos narran esta realidad:

*[**E9**-0833-0850]: "aparte de todo es que hay muchos consultorios odontológicos, actualmente no sé, pero es como si al haber más y más odontólogos, pues ya un odontólogo no tiene el mismo ingreso que antes pues. Entonces no es un tema solo de estereotipos sino también a más mujeres, más profesionales y más competencia…y evidentemente el hombre tiene así como más necesidad de tener una carrera o trabajo que le ofrezca algo rápido. Sabes que uno se gradúa y al principio es muy difícil. Entonces creo que los hombres prefieren trabajos que giren sin tanto, sin tanta espera o proceso, porque a diferencia uno la mujer como que siempre obtiene ayuda de sus padres o qué te digo, si te casas pues todavía el hombre es como el que tiene ese peso de resolver, salir a la calle a buscar el dinero".*

*[**E11**-0469-0480]:"Si, siempre el hombre busca una mayor estabilidad, claro, la odontología es una buena profesión para lograrla, pero quizá existen otras donde le, le brindan eso como más rápido. Todo depende del medio incluso donde estés, si desde el principio tienes apoyo o no, incluso si tienes la posibilidad económica de arrancar con tu propio consultorio…porque realmente llegó un momento en donde egresaban muchísimos profesionales, cohortes grandes y con eso vino mucha competencia…y si el hombre no consigue frutos rápido pues deserta, deciden dedicarse a otra cosa…porque ellos tienen como más presión para conseguir mantenerse por sí mismos".*

*[**E22**-0046-0050]: "…y también el paradigma que tenemos de que el hombre tiene que ser cabeza de familia, entonces tiene que tener un sueldo pues tangible, que el odontólogo no lo tiene, hay veces que nos va bien, hay veces que nos va mal".*

*[**E27**-0016-0035]: "bueno es que con tantos consultorios y con tantas mujeres en la calle se pierde como el ánimo porque hay que conseguir el dinero y tú ves que los consultorios también cierran e incluso antes de que la situación económica del país llegara a este estado. Creo que el hombre necesita un sueldo, un buen sueldo para cubrir sus necesidades, no sé, lo veo como inestable…Yo diría que como el hombre es padre de familia, a pesar de que la mujer hoy en día también aporta ¿no? pero vamos a estar claros, el hombre es el hombre y es como que, como el que tiene esa mayor responsabilidad de salir y traer la plata a la casa, entonces de verdad que hoy en día no parece que la odontología, al menos en este país, que la odontología sea llamativo para el hombre que quiere hacer su familia, su casa, para la mujer es diferente pues…muchas veces las mujeres no ejercen después que se casan o que tienen los hijos".*

De estas líneas discursivas podemos extraer que el hombre, desde las construcciones de género creadas para él, tiene una necesidad imperiosa de hacerse una buena profesión; un buen trabajo que le genere en consecuencia, un buen ingreso para así abastecer a toda la familia que está a su cargo. Bajo este canon, el hombre no se puede dar el lujo de correr el riesgo de sufrir problemas económicos que atentarían en contra del rol que se le ha asignado en el contrato familiar convencional. En ideas de Waisblat Wainberg 2014; p. 4):

> La subjetividad del hombre queda encerrada en su cárcel de "trabajador eficaz", de proveedor de la familia, y desde allí, será mejor padre y hombre, cuanto más y mejor sea lo que lleve a casa. Esa será su tarea fundamental, y uno de los signos más preponderantes de su identidad.

En el caso que nos ocupa de la odontología, los discursos revelan la imagen colectiva que la presencia masiva de las mujeres desestabiliza y flexibiliza la profesión, lo que puede incidir en la percepción de ingresos, convirtiéndose en un aspecto que amenaza particularmente a los varones, generando tensiones con su masculinidad. McKay y Quiñonez (2012) sugieren que "la profesión podría cambiar hacia menos emprendimiento, mas urbanización y, posiblemente, menos horas clínicas disponibles a la población como resultado de la feminización" [31] (p. 1) y estos serían cambios que atentarían contra la imagen de la odontología como profesión liberal.

Vale la pena acotar que los mejores trabajos son aquellos que se derivan de las llamadas profesiones liberales, que desde sus inicios estuvieron guardadas para los hombres. Estas profesiones liberales otorgan prestigio social, en el marco de una titulación académica, especialmente en un área elevada de conocimiento y reconocida por el Estado. De manera que, la medicina y el derecho y más tarde la odontología, fueron algunas de las primeras profesiones liberales forjadas para los hombres y de las que mayor prestigio social e ingreso económico el hombre ha gozado.

Precisamente, el hombre necesita de ese prestigio masculino para sentirse acorde con la identidad construida para él, aquella de ser padre, tener a su esposa, ser independiente, y en ese orden, "el valor del padre tiene que ver con el dinero que puede conseguir…Con el salario adquiere una posición objetiva de poder, pero enajenado" (Waisblat Wainberg y Sáenz Berbejillo, 2013; p. 12-13). Si una profesión no garantiza un buen sueldo, deja de ser atrayente para los varones, en tanto esto puede ser símbolo de pérdida de prestigio, además de poner en riesgo sus funciones masculinas. Recordemos que el hombre continúa inscrito en su rol de género de paterfamilias, pues más que un estereotipo, el hombre es el proveedor, ese es su *rol*. Una "función atribuida socialmente al hombre es el trabajo remunerado, lo que constituye el centro de su respetabilidad en la sociedad. El trabajo le permite obtener reconocimiento social y le otorga seguridad y autonomía (Hardy y Jiménez, 2001; p. 81). No poder garantizarse un sueldo estable o un trabajo digno implica el menoscabo de su identidad y por ende, una disminución de su masculinidad.

Esta realidad la constatan Parker y Stepler (2017) quienes reportaron en su estudio que siete de 10 adultos (71%) dicen que es muy importante para un hombre ser capaz de sostener a su familia financieramente para ser un buen esposo o socio. En comparación, el 32 % dice que es muy importante para una mujer hacer lo mismo para ser una buena esposa o socia[32]…los hombres especialmente tienen mayor probabilidad de colocar mayor énfasis en su rol como proveedores financieros. Esto contrasta con la idea que se tiene en la actualidad de que mujeres

y hombres están asumiendo por igual el rol de provisión. Si bien, ha habido cambios importantes, los testimonios y la bibliografía nos develan que predomina la masculinidad con sus roles de género, es decir, la división por sexo de las funciones, tareas y responsabilidades sociales. Sigue predominando un concepto del hombre como proveedor por excelencia, en tanto las mujeres, que aunque han pasado a asumir el rol de proveedoras, este rol es accesorio porque el concepto que predomina para ellas, es el de jefas de hogar, de lo doméstico.

Ahora bien, a lo que queremos dirigir nuestra atención en este momento, es al hecho de que el ingreso masivo de las mujeres en odontología es lo que, según los discursos, ha derrubiado la concepción liberal (masculina) de la profesión, repercutiendo no solo en la sólida remuneración que toda profesión liberal busca asegurarse, sino en su prestigio o estima pública que también responde a los honorarios que esta puede generar. Para hacernos una idea de cómo la incorporación de las mujeres se relaciona con el desprestigio de la misma, basta con mirar atrás y analizar el significado que tiene para la masculinidad, que las mujeres se adentrasen a la esfera pública y particularmente a la odontología:

> Lucy Beaman, graduada del Ohio College of Dental Surgery en 1866, fue la primera mujer odontóloga en el mundo y aproximadamente 25 años después, W. R. Spencer escribió las siguientes palabras: "Nuestra profesión ha sido invadida por mujeres. Como dentista yo protesto ante la invasión de nuestros derechos. Es solamente cuando una mujer ha perdido toda esperanza en el hogar, cuando estoy tentado a decir que ella busca el trabajo del hombre" (Ahlberg, 1990; p. 135-138, citada por Sánchez Dagum, 2003; p. 9-10).

Ahora, si contrastamos esta percepción masculina que se tenía del ingreso de las mujeres en odontología con aquella develada recientemente en una universidad canadiense, la cual revela que *la mujer en odontología es sinónimo de desprestigio de la profesión*, no hallaremos mayor diferencia entre las percepciones del siglo XIX y el siglo XXI. Sirva como dato curioso de las ocurrencias sociales, referirnos a un artículo noticioso denominado “Misoginia casual y el mito de la feminización en odontología” publicado en 2015 a propósito de este evento misógino sucedido en una universidad en Canadá, donde la autora anónima advierte que la feminización de la odontología es calificada perversamente por hombres como de “infección femenina”,

vista como patológica y que amenaza con poner en detrimento el prestigio y condiciones del oficio odontológico.

Este hecho, no tan fortuito como pareciera, ilustra la misoginia colectiva que subyace hasta en las percepciones de las profesiones. Se demuestra el desprecio de la presencia de las mujeres en el tiempo, matizado por la aceptación de ellas sobre el fundamento de la naturaleza femenina y las ventajas o beneficios que pudieran traer sus atributos femeninos. Es mediante esta perspectiva que las mujeres comienzan a ser recibidas en la odontología. Así por ejemplo, Cano (2000) explica cómo la mujer en México es aceptada en esta carrera, al celebrar que sus atributos femeninos serían ideales para hacer de los procedimientos dolorosos, más llevaderos, al ponerse en unas manos finas, no toscas como las del hombre. De esta manera, la odontología, una profesión de dominio y origen masculino, pasa a admitir a las mujeres, tras un anuncio en un periódico mexicano. La autora explica textualmente:

> La prensa capitalina señaló como un hecho singular de que una mujer obtuviera un título como dentista. Un periódico, por ejemplo, destacaba con beneplácito el atractivo de que los señores podrían ponerse en manos de una joven diestra e inteligente que les evite las mortificaciones que les causa el tener que sujetarse a ser operados por las manos de un hombre que nunca tienen la delicada finura de las manos de una mujer. Una representación tradicional de las cualidades atribuidas al sexo femenino favoreció su ingreso a esta actividad profesional…" (p. 242).

No en un tiempo muy lejano, Farill Guzmán (2009, p. 9) coincidía con esta noción mujer odontóloga-naturaleza, al afirmar: "si la capacidad, el talento, la inteligencia y la tenacidad son vitales, el toque femenino de gentileza, paciencia, intuición y suavidad no le hacen ningún daño a la imagen que el público tiene de los dentistas". Todo lo contrario, los toques femeninos son bienvenidos. Nótese que a la mujer no se le vincula con las capacidades del género masculino y es de esta forma como ellas son bien recibidas/vistas.

Todo lo anteriormente expuesto revela que el hombre se preocupó –y aun se preocupa– de la *invasión* que la mujer suponía para su territorio, pues en palabras de Bourdieu (1991, p. 106) "…en el aumento de la proporción de mujeres se expresa todo el devenir de una profesión y, en particular, la devaluación absoluta o

relativa que puede resultar de las transformaciones de la naturaleza y organización del propio trabajo o de los cambios de posición relativa en el espacio social". Para muestra de ello, son las concepciones actuales que se tienen de ciertos campos laborales, por ejemplo "las ocupaciones en el sector salud, especialmente en las ocupaciones de salud aliadas –tanto como las artes de educación, y los sectores de ciencias sociales– constituyen lo que algunos han peyorativamente llamado como ˈlos guettosˈ de las profesionales femeninas" [33] (Kfouri, Moyses y Moyses, 2013; p. 810).

Tal vez, siendo redundantes en la acotación, podríamos decir que la incorporación de las mujeres al oficio pone en peligro el prestigio social del hombre, en tanto significa que alguien inferior a él, puede lidiar con los gajes del oficio, o bien denigrar la imagen agrandada de un oficio que estaba siendo dirigido solo por los mejores. Cacouault-Bitaud (2001) reflexiona lo siguiente:

> "Cuando las mujeres entran en profesiones de status elevado, frecuentemente se hacen comentarios denigrantes. Estos se dirigen a ambos, a las mujeres practicando estas profesiones y al trabajo en sí, el cual es por consiguiente devaluado. La misma reacción ocurre cuando el número de mujeres en una profesión aumenta o sobrepasa al de los hombres" [34] (p. I).

En consecuencia, la presencia de la mujer en un espacio clásicamente dominado por hombres como la odontología significa la depreciación o devaluación del mismo, por tanto, no extrañaría que pronto sea tildada como otro "gueto" más. La feminización es interpretada como un fenómeno inconveniente, que va en detrimento de la imagen de la profesión y su normal funcionamiento. La feminización ha incidido en que tales oficios ya no sean vistos como esclavizantes, duros y difíciles de sobrellevar. Los horarios flexibles constituyen un aspecto que desprestigia lo heroico y honorable de una carrera sacrificada y dura. Aquel autor refiere que:

> "Los antropólogos acentúan la permanencia de nuestras representaciones de lo femenino, definidas en oposición a lo masculino y clasificaron más bajo en una escala de valores. Una profesión feminizada sería pues, desacreditada por definición, y las más altas posiciones en las esferas del poder económico y político permanece inaccesible a las mujeres, el sine qua non de la evasión de una pérdida de prestigio" [35] (ob. Cit., p. III).

Autoras/es se han preguntado acerca de cómo esta incorporación de mujeres en el oficio odontológico ha sido posible. “Un argumento sustancial es el atractivo en descenso de la profesión odontológica para los hombres, el cual podría ser producto del declive de oportunidades para ganar dinero, el incremento de cargas y/o la pérdida de prestigio social”… “Las mujeres, por lo tanto, una vez más, son asignadas un rol pasivo: ellas son las meras beneficiarias del desinterés masculino”[36] (Gross y Schäffer, 2011; p. 134). El prestigio social de la odontología cultivado por lo masculino se viene desmoronando y tras ello, el hombre la viene abandonando como campo no atractivo para él. Bajo toda esta realidad descrita, no podemos hablar sino de una pseudofeminización de la odontología, ya que para nosotras, la feminización implica la des-masculinización de la profesión, sin que ello signifique que los varones se priven de ella. Si la feminización de la odontología entendida desde el número aumentado de mujeres, obedece al desinterés de los hombres y además significa pérdida de prestigio, esta no puede considerarse una profesión feminizada. Desde nuestra mirada, la feminización de la odontología ocurriría cuando esta se convierta en un verdadero espacio equilibrado en donde, ambos grupos puedan realizarse como personas y con una cultura del trabajo diferente a la que ampara la ciencia dominante, que sea sensible al concepto de la vida y especialmente, a la especificidad de las mujeres.

Sesgo de género como determinante del prestigio que prevalece entre Odontología y Medicina

Decíamos hace apenas unas líneas atrás que el prestigio social de la odontología otorgado por la exclusiva presencia de varones en su origen como disciplina, ha experimentado una metamorfosis de valoración ante la avalancha de mujeres que progresivamente se suman a esta disciplina en el tiempo. Dicha realidad ha sido motivo suficiente para categorizarla como espacio *feminizado*, que para quienes la miran con el lente de la hegemonía, supone ser la panacea para apaciguar los ánimos de las mujeres en su búsqueda hacia la igualdad de género en las ocupaciones…pero,

ya hemos señalado que la feminización así entendida responde a los intereses del patriarcado y significa muchas veces, la depreciación de las profesiones.

En este segmento nos proponemos mostrar una realidad que se deriva de esa incorporación de las mujeres en las profesiones y que es poco abordada en la literatura, pero que sin duda, aproximarnos a ella nos permite develar la dinámica del género y del poder en las profesiones. La presente categoría plantea la articulación del género en la percepción colectiva de la odontología como secundaria frente a la medicina; la cual se devela desde las narrativas de nuestro grupo de estudio como un tratamiento y distinción desigual entre oficios con igual relevancia científica y social.

Ello es interesante si consideramos la tendencia de calificar las profesiones como femeninas o masculinas en función de los grupos que mayoritariamente hacen vida en ellas, como si la sola presencia de hombres o mujeres otorgasen significado de género a los trabajos, y los trabajos en sí mismos no estuviesen cargados de valores de género. Todo lo contrario, las profesiones no son campos vacíos esperando ser llenados para dar significado de género, éstas traen desde su origen histórico sus sesgos de género y esto explica sustancialmente la diferencia de estima entre medicina y odontología, en donde la mencionada feminización de estas profesiones no es intercambiable. La concepción masculina de la medicina y su prestigio es tan contundente que la categorización de carrera *feminizada* no adquiere la misma fuerza que la odontología.

Por lo tanto, para comprender el sesgo de género en y entre las profesiones es menester comenzar esta discusión asumiendo que las profesiones no son campos neutrales, y que como vimos en el origen de la odontología como profesión, el género, la raza y la clase, aparte de la ciencia sirvieron de cimientos para darle legitimidad y crédito a la odontología. Así pues, desde el punto de vista del género, las profesiones no son neutrales, por el contrario, siguen una lógica organizacional que no se aparta del género en ningún momento, y que más bien éste se integra como base para la asignación de competencias, tareas y responsabilidades de las profesiones. En palabras de Acker (1990, p. 149) “el trabajo es, pues, implícitamente un concepto de género…un trabajo ya contiene la división del trabajo basada en el

género y la separación entre la esfera pública y la privada" [37]. Esto es que, una profesión ya tiene una organización dividida entre lo doméstico y lo productivo.

Las jerarquías de género entonces se corresponden con las jerarquías de las profesiones, pues la división organizacional de ellas se fundamenta en una clasificación de los trabajos, donde las mujeres históricamente han sido relegadas a aquellas tareas relacionadas con la maternidad y lo doméstico, dada su naturaleza. Mientras otras tareas u otros trabajos estarían apartados para los varones, quienes como grupo han tenido la ventaja de ser liberados de todo compromiso o responsabilidad de la esfera privada. Esto es muy interesante si consideramos que en apariencia, institucionalmente las profesiones son campos sin género o espacios que están disponibles tanto para hombres como para mujeres. Pero la realidad es que la estructura de las profesiones liberales o con mayor jerarquía están pensadas para los varones, aunque se crea en la imagen abstracta del trabajador vendida por las instituciones, que sin importar su sexo es capaz de ejercer cualquier profesión.

Efectivamente sin importar el sexo, las personas somos agentes potenciales para desarrollar cualquier talento y desenvolvernos en una determinada profesión, pero en la práctica, es una realidad refutada, en tanto las estructuras de las profesiones niegan las especificidades de las mujeres y es por ello que, como lo refiere Acker (1990, p. 149) lo más cerca que llega ese trabajador incorpóreo o desprovisto de un cuerpo de un trabajador real es el trabajador masculino cuya vida se centra en su trabajo de tiempo completo y de por vida, mientras que su esposa u otra mujer se ocupa de sus necesidades personales y de sus hijos[38].

En este orden de ideas, las profesiones liberales, dentro de las que se encuentra la medicina, son campos pensados desde lo masculino. La medicina como profesión liberal está suscrita a una perspectiva masculina del trabajo que la distingue tajantemente de otras profesiones como la odontología, que en la actualidad está enmarcada en la feminidad. Pero, enunciar esto no es así de fácil, en el interior de las profesiones y entre las profesiones se teje y entreteje una maraña de significaciones y re-significaciones del género en su conexión con las actividades y con el poder o las

jerarquías, develando la paradoja de la *feminización* o del supuesto balance de género de las fuerzas laborales, de la que no escapan la medicina y la odontología.

La medicina y la odontología son profesiones que surgieron de la mano masculina, ambas como profesiones liberales, pero con una caracterización distintiva de su naturaleza y prácticas. Si tomamos en cuenta que las profesiones y su administración es el producto de la masculinidad, que segregó las actividades en femeninas y masculinas, podremos notar que así como la medicina, la odontología también recreó para sí, una organización de sus actividades entre las esferas pública y privada. De esta estructuración, surgieron las enfermeras para los médicos y las asistentes dentales para los dentistas. Hasta entonces, el concepto de la odontología era esencialmente masculino. No obstante, con la llamada *feminización* de las profesiones surge un fenómeno interesante que devela las jerarquías en y entre las profesiones.

En concreto, si tanto la medicina como la odontología han incorporado una significativa fuerza laboral de mujeres, ¿por qué la medicina no es etiquetada como profesión femenina mientras que la odontología, con el pasar del tiempo, si ha ido adquiriendo en el colectivo un imaginario de profesión femenina? ¿Cuál es el papel del género en estas jerarquías de las profesiones? ¿Cómo la medicina se constituye como terreno masculino y de poder? ¿Cuál es la identidad de la odontología y su relación con su *inferiorización* frente a la medicina? De manera que para aproximarnos a las respuestas de estas interrogantes, comenzaremos por mostrar el valor asignado para ambas carreras, valiéndonos en primera instancia de los discursos de nuestro grupo de estudio:

*[**E4**-0001-0019]: "Bueno en realidad yo quería estudiar era medicina, de hecho fui a presentar el examen de admisión…pero perdí el cupo…Entonces mi mamá, en vista que como uno tiene que esperar un año para poder entrar, me dijo –no vas a perder otro año, presenta odontología y cualquier cosa después te cambias– so, yo presenté odontología, quedé en odontología también, este, empecé primer año, me encantó y me quedé y nunca me cambié".*

*[**E6**-0009-0015]: "Dentro de mis opciones estaba medicina en primer lugar, luego odontología y bioanálisis. Obviamente en medicina sabes que es súper complicado el*

ingreso o era súper complicado y ehhh…donde me podían ofertar el ingreso era en odontología".

*[**E7**-0002-0009]: "la verdad en un principio mi plan era estudiar medicina porque entre mi familia tengo varios médicos y bueno tenía esa inclinación por esa área de la salud. Presenté los exámenes…y mientras estaba esperando los resultados…presenté las pruebas también para odontología y quedé en odontología, y me fui enamorando de la carrera, me gustó y me quedé".*

*[**E22**-0001-0006]: "Bueno me gustan las ciencias, toda la vida me han gustado las ciencias y pues la verdad mi primera opción como algunos colegas fue medicina, no logré entrar en medicina y entré en odontología…Yo tenía que pasar el primer año y pedir el cambio, era mi plan…y luego cambió el rumbo de las cosas".*

*[**E23**-0001-0006]: "Fíjate que yo considero que desde mi entorno, en realidad yo no quería ser odontólogo, yo quería ser era médico y yo hago odontología porque existe un legado dentro de mi familia de la odontología".*

*[**E24**-0003…0068]: "no fui de los que querían estudiar medicina y por eso me metí en odontología que es lo que suele suceder…yo tuve muchísimas amigas que decían es que me gustaba la medicina pero no quedé y veo que la odontología es linda, tengo que hacer cosas con las manos y creo que por eso se inclinan para allá".*

Se evidencia cuan aspirada es la medicina, pues al menos, desde esta disciplina –la odontología– se ha saturado la manifestación de aspiración del/la odontólogo/a de ser médica/o, en algún momento de su vida. En otras palabras, se pone en evidencia el deseo extendido que quienes se titulan en odontología les subyace un deseo de obtener titulación en medicina. Se insinúa un estatus superior de la medicina, tanto así que la mayoría opta por cursar odontología, al no lograr el ingreso en la medicina. Estos discursos nos remiten a una primera discusión, la de la constitución de la medicina como la *crème* de la *crème* de las profesiones, lo que todos quieren igualar en fama, honor y prestigio, pues como lo refiere Rodríguez (1979, p. 95) "la profesión médica, en castizo la clase médica, es la profesión por antonomasia". Esta noción de la odontología vista figurativamente como el "*Plan B*" frente a la medicina, –o como la activación de un plan de contingencia cuando se fracasa en la admisión al pregrado de medicina como proyecto inicial– promueve una idea en que la odontología –como el resto de las áreas de la salud– es inferior con respecto a la medicina.

Este respeto y aspiración hacia la medicina se evidencia aún más con el reciente consentimiento de la Real Academia Española a la petición de incluir al dentista o a otro especialista en alguna técnica terapéutica en la definición de *Doctor(ra).* Para comprender esta aspiración exacerbada de ser *doctoras/es,* y el valor elevado de la medicina con respecto de las otras profesiones de la salud, quizás conviene brevemente recurrir a la historia para conocer por qué esta profesión es un espacio firmemente enmarcado en lo masculino aun con la inminente incorporación de las mujeres.

Comencemos por considerar que de acuerdo con la Real Academia Española, la palabra *doctor* se refiere al más alto grado académico universitario, es decir, haber cursado un quinto nivel de postgrado, sin embargo, en la profesión médica, con solo terminar el pregrado se les denomina *Doctores/as*, sin haber cumplido con el requisito académico, la denominación la obtienen por las raíces históricas elitistas de la medicina. No debe ser coincidencia que otras definiciones de la misma palabra incluyan además del médico a los santos de la iglesia católica, definiéndolos ipso facto, como los actores de las más nobles e intelectuales de las profesiones. Szumowsk citado por Bogusz (2018, p. 86) nos asiste en la comprensión de estas equiparaciones y afirma que "las fuentes del prestigio médico deberían ser vistas en el pasado distante, cuando la medicina estaba cercanamente conectada con la esfera sagrada y donde los sacerdotes también actuaron como médicos" [39]. Cobra sentido ahora que el sacerdote que ejercía la "doctrina" médica era más que un religioso, un docto.

De manera que, el grupo de intelectuales o doctos estaba representado por los sacerdotes y los médicos, pero no solo eso, sino que si miramos más allá, *los intelectuales o doctos eran hombres,* pues quienes ejercían o más bien, a quienes se les permitía el ejercicio de aquellas doctrinas eran a ellos, y esto es muy importante porque quiere decir que, la medicina labra su prestigio y honor, en ausencia de las mujeres, y es precisamente lo que aporta una importante cuota distintiva entre las distintas actividades humanas, y especialmente entre las actividades que hoy día continúan siendo vistas como las más nobles e ilustres. De hecho, la misma

definición formal (RAE, 2020) de *doctora* revela la posición de las mujeres con respecto del intelecto, la Iglesia, la ciencia y la medicina, pues una *doctora* es la esposa o mujer del doctor.

No obstante, con el correr del tiempo, la medicina logra una homogenización tal, que hasta el sacerdote fue excluido de ella, adquiriendo un estatus especial que en concreto, vendría dado por una *techné* institucionalizada ejercida por una clase de personas. Esto último es clave en la delimitación de su territorio, y en su conversión como referente estructural y organizacional para todas las profesiones. Rodríguez (1979) establece que el médico generalmente proviene de una clase acomodada, y esto enfatiza la independencia y la dignidad de clase en su estatus. Evidentemente, tal como lo vimos en el apartado anterior, si la odontología forjó para sí una clase de personas como ideal para la representación de la profesión (hombres, blancos y clase media alta), no lo hizo sin ningún marco de referencia; fue la medicina ese modelo a seguir para lograr su legitimación (*recuérdese la historia de la subordinación de la odontología frente a la medicina*).

Ortiz-Gómez, Birriel-Salcedo y Ortega del Olmo (2004, p. 2) refieren que la medicina parte de la idea de esa homogeneidad intraprofesional pero además que mantiene una perspectiva androcéntrica, y esto es verídico pues si revisamos la historia oficial, debemos considerar lo común que se acuñe el término *el padre*, pero nunca o rara vez, el de *la madre* a algún campo del conocimiento, especialmente el médico, pues esto nos deja ver una vez más, la posición de las mujeres con respecto de la ciencia, el poder y el reconocimiento social o prestigio. Primero, las mujeres no estaban incluidas en ese grupo homogéneo de la medicina y segundo, la conexión entre el poder o el prestigio con el género masculino es muy estrecha, es parte de la construcción que se ha hecho para la masculinidad, pues "la idea del poder está íntimamente ligada al género y a la figura masculina" (Nieves-Rolón y García-Toro, 2011; p. 66).

En este sentido, debemos pensar a la medicina como una práctica masculina, no solo porque en principio fue un ejercicio exclusivo de hombres sino porque incluso en la actualidad mantiene una mirada androcéntrica de su objeto de conocimiento, así

como la segmentación por sexo de todas sus actividades. Como es sabido, la exclusión de las mujeres en la medicina fue "consecuencia de la aplicación de políticas activas de exclusión de las mujeres de la práctica médica y de segregación en otros espacios laborales que se configuraron como «adecuados» para ellas" (Ortiz-Gómez, Birriel-Salcedo y Ortega del Olmo, 2004; p. 2). De modo que la medicina se hace una profesión a la medida de los hombres, un espacio moldeado y adecuado para lo masculino, contrario a aquellos de las mujeres.

En otras palabras, el médico varón encarna todas esas características vinculadas con la masculinidad, pues la medicina es en realidad, una práctica cultural regida por códigos de honor masculinos, los cuales se remontan a la antigüedad y que se constituyeron "como parte del tejido de la sociabilidad masculina entre médicos, científicos y otros profesionales"[40]…que continuando con el proceso de homogenización de la profesión, tales códigos "sirvieron como base para las relaciones sociales masculinas y como guías para la etiqueta intraprofesional" [41] (Nye, 1997; p. 60). Estos códigos de honor masculinos se fundamentaron en la *independencia*, que según este autor, los varones buscaban (y buscan) ejercer, por un lado, a través de demostraciones de virtudes como coraje, asertividad, valentía y agresividad, y por el otro, mediante la posesión de patrimonio no solo material sino humano, donde la tenencia de una esposa y descendientes representaban una fuente de capital que fortalecía su autonomía. Así, asumiendo que es el honor construido sobre la independencia, lo que otorga poder a los hombres y con ello a la medicina y a la ciencia como "campos de honor", podemos decir que esta es la razón por la que la incorporación de la mujer no fue una batalla fácil, pues básicamente había tres razones diferentes para rechazar la inscripción de mujeres en la medicina, que las hacía precisamente *dependientes*:

> …biológicas y psicológicas (la emotividad y la fuerza física inferior de las mujeres se consideraron motivos de incapacidad natural); razones legales (por la dependencia legal de la mujer de su padre o esposo, carecía de responsabilidad social y autonomía para un contrato de trabajo); y razones socioculturales (las obligaciones de un médico a tiempo completo no eran

> compatibles con las responsabilidades familiares y de maternidad de la mujer) [42] (Miqueo, 2000; p. 354).

De allí la visión de la mujer como incompatible con el mundo público y especialmente con la medicina, porque fue precisamente este el campo que recogió todas las cualidades que debía tener *un hombre de verdad*. "Su imagen sería la de un médico sabelotodo, omnipotente, genial, que prevalece y sobresale siempre en el trabajo con sus colegas, los que siempre están en un nivel inferior en capacidad y experticia" (Filippi Peredo, 2019; p. 46-47). Por ejemplo, los médicos de la Antigua Grecia eran vistos como los guerreros del Dios Asclepios (el Dios de la Medicina), y de la Ilíada, surge el proverbio "un médico por sí mismo, vale como muchos hombres". El médico es elevado a una categoría superior a cualquier *otro hombre*. El mismo Juramento Hipocrático, en sus líneas finales que rezan: "Si el juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y *sea honrado por todos los hombres*". Nye (1997; p. 75) por su parte, nos habla del elogio de las cualidades deseables del médico francés que fueron diseñadas para excluir tanto a los médicos extranjeros como a las mujeres:

> Algunas deontologías se oponían abiertamente a las mujeres en la profesión, considerándolas carentes de energía, coraje, juicio, autoridad personal, firmeza y la más honorable de las cualidades, la independencia, que consistía en "la conciencia del hombre libre, tan poco compatible con la indecisión de la naturaleza inconstante de la mujer". Aunque algunos reconocieron el lugar de las médicas al cuidado de mujeres y niños, se creía que no poseían la sangre fría necesaria para el quirófano, y se consideró que estaban entregadas al "remilgo y pedantería" que no convenía para el ajetreo de la vida médica. [43]

Nótese la equiparación que se hace de la medicina con un campo de batalla, donde es fundamentalmente el honor lo que *el médico* pone en juego cada vez que enfrenta la enfermedad, empuña un bisturí, empeña su nombre y reputación con cada paciente. Todo ello además, amerita un porte de caballería y cortesía, es la firma de una masculinidad suscrita a la medicina. En el siguiente párrafo veremos esto mejor ilustrado, donde en los círculos médicos abundaban las conversaciones sobre el honor:

> Un médico pidió una cruzada virtuosa (con armas de cortesía) y la formación de "un código que tuviera la fuerza de la ley moral"… el médico debe tener una escrupulosa clase de nobleza que aplica a cada acto de su vida". Esta obsesión por el honor personal anima a los médicos a presentar su profesión como singularmente peligrosa y a dotar a los médicos de cualidades de gran valor. La medicina se practicaba en un "campo de honor" tan exigente de valentía como el combate militar, todas las deontologías de la época destacan la valentía, el ardor y la constancia viril del médico francés" [44] (Nye, 1997; p. 74).

Este pequeño recuento histórico nos deja ver que "ese privilegio del saber-poder reservado para los hombres de la elite social, fue lo que arraigó en la cultura de la profesión médica como símbolo de poder y status" (Camacaro, 2008; p. 63) y es ello lo que queremos realzar aquí, es decir, la manera cómo la medicina como profesión de varones, que fue sistemáticamente negada a las mujeres, adquiere su poder jerárquico valiéndose de entre otras cosas, de la masculinidad, como un rasgo identitario definitorio y acreedor de prestigio, siendo esto un factor que no ha sido estimado en el carácter de exclusividad de la medicina, en el reparto de sus tareas al interior de la profesión y su relación elitista con respecto de las otras. El género moldeó a la medicina creando comportamientos, expectativas, oportunidades, división de responsabilidades, en pocas palabras, se levantó por medio de una lógica organizacional androcéntrica fuertemente incrustada que al día de hoy, pese a la masiva incorporación de las mujeres en ella, no se quebranta.

Ahora bien, una vez rastreado el sesgo androcéntrico de la profesión médica, pasemos ahora a analizar cómo el poder médico ha operado en la odontología para situarla como una profesión inferior, mediante las siguientes sub-categorías, que como tales, apoyan y amplían la categoría universal que estamos abordando:

1. El poder de la medicina invalida y segrega los saberes odontológicos desde el género. Para continuar tanteando la íntima relación entre prestigio y género en la consolidación de la medicina como hegemonía en la historia y la subestimación de la odontología, conviene pasar ahora a analizar una primera sub-categoría que revela aquella diferencia evidente de estima entre la odontología y la medicina, pero esta vez

colocando el acento en cómo la odontología es finalmente validada por la medicina en su lucha por lograr su autonomía, y cómo esta validación conllevaría a su vez, a la distinción de las actividades odontológicas como de mayor o menor categoría, donde las últimas coinciden actualmente con el hecho de ser percibidas como femeninas o feminizadas.

Para ello, rastrearemos los significados/significantes en los siguientes discursos, donde se devela que la selección de la odontología como profesión para algunos hombres, viene dada porque constituye la única vía para optar a la cirugía maxilofacial, y este aspecto es muy revelador, dada la manera cómo la odontología adquiere su legitimación como profesión frente a la medicina, y especialmente porque quienes conforman la gran mayoría de quienes persiguen la cirugía buco-maxilofacial como especialidad son los varones, la nueva minoría de la odontología*:*

*[**E10**-0001-0018]: "En realidad la razón por la que quería hacerlo es porque era el camino a seguir para ser cirujano maxilofacial (risa)…yo quería estudiar medicina…pero yo quería algo más enfocado a la cara, a cabeza y cuello y después fui revisando, porque al principio, incluso yo había presentado para medicina, pero...estando incluso, incluso después de presentar lo de medicina…cuando ya estuve investigando y cuando investigué todo lo que abarcaba cirugía buco-maxilofacial, eso fue lo que me llamó la atención y resulta que por lo menos estando en Venezuela, porque en otros países es diferente, la única vía para ser cirujano maxilofacial es a través de la odontología. Y bueno así fue que decidí estudiar odontología y no medicina".*

*[**E19**-0018-0030]: "Te diré porque también desde pequeño me gustó la parte quirúrgica de la odontología, desde pequeño crecí viendo sangre, viendo dientes, viendo academia porque al fin y al cabo la parte quirúrgica de la odontología requiere de…mucho conocimiento y digamos que sí y no descarté medicina porque mi parte del postgrado tiene que ver demasiado con la parte médica y bueno por ejemplo de la medicina no me atraía la medicina por ejemplo, no me atraía pediatría por ejemplo, entonces pienso que era demasiado para donde yo quería llegar".*

*[**E23**-0046-0053]: "yo al final de cuentas, logro enganchar esa vocación hacia la medicina cuando culmino odontología y hago la especialidad de cirugía maxilofacial donde la competencia es médica, lo único es que tenemos un pregrado en odontología, pero definitivamente la competencia es médica y allí como que logro al final de cuentas cumplir mi vocación".*

*[**E27**-0155-0163]: "Por lo general, los que se van por cirugía maxilofacial son aquellos que tienen como, son como más afines a la medicina, de hecho muchos ya tienen como un mentor, como un profesor que los apadrina, y tú ves que incluso llegan a ser preparadores de cirugía, porque es que es algo que lo tienen visteado desde el inicio. Se enfocan mucho en cirugía, incluso estudian odontología por la cirugía, lo demás queda como en segundo plano para ellos, la mayoría maxilofacial es la que escogen".*

Estos discursos develan que muchas veces, no es la odontología como profesión propiamente dicha, lo que motiva (especialmente a los varones) a optar por ella, sino que es por medio de ella, cómo se obtiene acceso a la cirugía buco-maxilofacial, como terreno más asociado con la medicina, y del que de hecho, se ha disputado su inscripción entre la odontología y la medicina. Precisamente si seguimos recurriendo a la historia y recordamos la manera en cómo surge la odontología como profesión y su relación de subordinación frente a la medicina, (expuesta en capítulos anteriores), una relación que habla del poder médico para controlar y validar o invalidar el resto de las profesiones, podremos dar cuenta de cómo la incorporación de las mujeres o la disminución de los varones en las profesiones no suponen rupturas del sistema patriarcal.

Por el contrario, el género en las profesiones se reacomoda según las circunstancias sobrevenidas, y sus nuevos reordenamientos reproducen las jerarquías de género, no las abolen. Para ejemplificar este fenómeno, es propio anticiparnos a pensar a la cirugía buco-maxilofacial como el campo odontológico que se considera con mayor conexión con la medicina, y por tanto no por casualidad es prácticamente la única especialidad de la odontología dominada por varones, pues como ya hemos bosquejado, la medicina representa y recoge todo aquello de una profesión verdadera de varones.

Si se sopesa que la odontología era considerada una rama menor de la medicina, así como la obstetricia, donde "la hegemonía y el prestigio logrado por la medicina implicó un movimiento de expansión permanente que se expresó en la subordinación de los llamados ramos menores, entre los que se incluyó a la odontología" (Schapira, 2003; p. 974) pues, no por casualidad, la obstetricia y la odontología son ahora campos etiquetados como *feminizados*. En el pasado fueron espacios dominados por

hombres, pero con el tiempo han venido incorporándose masivamente las mujeres, en términos de *concesión* por parte de los varones, dada la conexión de esas áreas con un imaginario nutrido por concepciones de feminidad, el cuidado, lo minucioso, lo delicado, lo estético.

Así, si nos detenemos a mirar las especialidades odontológicas hoy día, encontraremos que todas se consideran áreas femeninas o feminizadas, unas más que otras, bien sea por la relación de las mujeres con la maternidad en el caso de la odontopediatria, o de la feminidad con la estética y lo reparativo local y delicado en el caso de la operatoria dental. La única especialidad que no es tildada de femenina o feminizada es la cirugía buco-maxilofacial porque precisamente se aleja de la maternidad, de lo estético, lo delicado y local de las otras. Esta segregación de los saberes odontológicos en femeninos y masculinos tiene su origen con el advenimiento de la teoría de los gérmenes, teoría con la que la odontología logra fortalecer su cuerpo de conocimientos desde la perspectiva de la medicina:

> Desde la teoría del foco infeccioso, se piensa en la posibilidad de enriquecer y consolidar la base científica de la profesión, apuntando a equiparar el status del odontólogo con el del médico. La propuesta apunta a transformar el campo de intervención profesional estableciendo nexos con lo que se concebía como prevención de graves enfermedades del organismo humano tratadas por la medicina. **De este modo, quedaba aparentemente en un segundo orden de importancia el trabajo en prótesis y los tratamientos reparatorios, privilegiando la operatoria extractiva lo que intervino en la construcción y puesta en circulación de nuevas representaciones sobre el cirujano dentista. Las mismas se organizaron en torno al valor atribuido a quien portaba un conocimiento esotérico reconocido como cercano a las ciencias médicas caracterizado por su capacidad de intervención inmediata y radical lo que investía a estos profesionales de mayor crédito y prestigio social** (Schapira, 2003; p. 966). *[Las negrillas son nuestras]*.

La operatoria extractiva, es decir, la cirugía, se convierte en el núcleo central de la odontología, lo que le permitió adquirir su legitimación y reconocimiento por parte de la medicina, y como la autora refiere, pasa de ser un conocimiento rudimentario a aquel conocimiento de la odontología más cercano a la medicina y por tanto el que mayor crédito y prestigio obtiene hasta nuestros días. Pero lo más interesante no es

ello, sino que se evidencia una división de la odontología entre actividades menores o secundarias representadas principalmente por la operatoria dental, vale decir, *el corazón de la disciplina*, y actividades de envergadura constituidas por la cirugía, que por medio de la sangre, la fuerza y su vinculación con lo sistémico pasarían a ser la *pequeña medicina* dentro de la odontología. Entonces, no es casualidad, tampoco que, la odontología se haya convertido en un espacio idealizado para mujeres, pues sus actividades y su práctica, con la salvedad del campo quirúrgico y especialmente la cirugía buco-maxilofacial, han sido apareadas con lo femenino.

Dicho de otro modo, principalmente las especialidades vinculadas con la operatoria dental, las cuales llevan a cabo la mayor cantidad de tratamientos orales, como la odontología operatoria y estética y la odontopediatria, son marcadamente subestimadas frente a la cirugía, y tras esa subestimación ha tenido lugar un ingreso masivo de mujeres en estas especialidades. En tanto la cirugía a la fecha, permanece como un espacio ideal para varones, y este fenómeno vendría dado por la vinculación de la cirugía con la medicina, no solo desde su campo de acción en el cuerpo humano, sino por la lógica masculina del trabajo que más se hace evidente en el ámbito quirúrgico-hospitalario. Este análisis nos permite sustentar acerca del valor supremo de la medicina frente a las profesiones, y específicamente su influencia en la división de los saberes odontológicos entre mayores o menores e incluso, científicos o acientíficos.

Si la cirugía vista desde una perspectiva médica es lo que le otorga reconocimiento científico a la odontología, ¿qué valor científico puede otorgársele al resto de las especialidades que la constituyen? De manera que, si analizamos con lupa y dialogamos con el género, se nos hará evidente una realidad; aquella que donde los saberes se consideren inacabados serán categorizados como secundarios y serán los espacios calificados como *feminizados,* es decir, habrá un incremento numérico de mujeres en sus filas.

No parece ser coincidencia que la odontología haya experimentado una *feminización sobrevenida*, pues ya vimos que para la medicina, esta solo adquiere valor e independencia cuando se logra dar ese *salto científico,* es decir, una conexión

real con la medicina, por medio de la microbiología y la cirugía. Ello sugiere que la odontología desde su enfoque restaurador y estético por sí sola no cumple los requisitos de una profesión autónoma o verdadera. Lo reparativo de la odontología adquiere una estimación menor frente a lo curativo y decisivo de la cirugía, donde como veremos más adelante, la cirugía es el área más estimada de la odontología, pero también la más masculina.

Y una vez más, valga redundar en la frase pero, "no es casualidad que «lo incompleto» se inscriba en lo femenino, es demasiado evidente, según esta percepción, lejos les queda a dichas profesiones…la «abstracción», el «poder» y la «competitividad», cualidades masculinas que otorgan veracidad, fundamento intelectual y confianza social a las «auténticas» profesiones (Lorente Molina, 2000; p. 138). La mejor evidencia de ello es que la segmentación por sexo de las actividades odontológicas se da independientemente de la *feminización*. Esta última no alcanza aquellos campos que gozan de mayor legitimación, honor e independencia, esto es que, la incorporación de las mujeres en odontología se ha desarrollado respetando a la cirugía maxilofacial como terreno más asociado a la medicina y al ámbito hospitalario. Y esto último es importante pues, esta concepción de las especialidades como masculinas o femeninas no solo ocurre en odontología sino también en medicina, donde las distintas especialidades no comparten el mismo nivel de jerarquía o grado de legitimación.

Como vemos, las profesiones son espacios donde se construyen y afirman identidades de género, donde las tareas, actividades y naturaleza del conocimiento que producen, evocan símbolos que representan la masculinidad y la feminidad y que según Lorente Molina (2001; p. 54) nos llevan a las dicotomías de siempre cuando se habla desde una perspectiva identitaria de una profesión: "¿Público o privado?, ¿objetivo o subjetivo?, ¿productivo o improductivo?, ¿profesión o cultura del trabajo?, ¿intrínseco o extrínseco?, ¿teoría o práctica? , ¿técnica o ciencia?, ¿identidad o indefinición?". En otras palabras, "el conocimiento científico en primer lugar, no se produce en forma disociada de los sujetos que lo producen y, en segundo, se gesta en

el seno de condiciones sociales, culturales y económicas que lo determinan históricamente" (Lorente Molina, 2004; p. 40).

Disculpando la plétora explicativa podríamos decir que la odontología desvinculada de la cirugía, es una profesión calificada como menos masculina que la medicina porque es vista como un área pequeña de trabajo, localizada, más manual y que no supone mucho o tanto riesgo como la medicina. Todo ello la ha venido re-significando como una profesión femenina y por ende, su menor jerarquía con respecto de la medicina no es más que el producto de un proceso dialéctico, donde esta se *feminiza* porque no tiene la fuerza legitimadora de la medicina, y a su vez, no tiene la fuerza legitimadora de la medicina porque está *feminizada*.

Esto es que, no solo la naturaleza del conocimiento que se produce en la odontología y su "reducido" campo de acción, aminora su legitimidad sino que además, este desmerito de la odontología respecto a la medicina lo adereza la presencia mayoritaria de mujeres, quienes, como hemos referido, dan a la profesión un valor cargado de imaginari os sexistas, tales como, la apariencia física; las destrezas asignadas a ser mujeres, por ejemplo: precisión, delicadeza, finura; horarios flexibles de trabajo, entre algunas, es decir, toda una construcción de símbolos e imágenes que explican, expresan, refuerzan la feminidad de las mujeres en un espacio femenino y *feminizado,* que contrarresta la imagen heroica y honorable de una carrera sacrificada y dura como la medicina, y consecuentemente, la cirugía.

"Ahora sabemos que la segregación de género es un patrón asombrosamente persistente y que la identidad de género de los trabajos y ocupaciones se reproduce repetidamente, a menudo en nuevas formas"[45] (Acker, 1990; p. 145) y asimismo como apuntamos al inicio de esta discusión, "el género no es una adición a los procesos en curso, concebidos como neutrales al género. Más bien, es una parte integral de esos procesos, que no pueden entenderse adecuadamente sin un análisis de género…"[46] (ob. Cit., 1990; p. 146). Nadie que no haya considerado la categoría de género en el análisis de las profesiones pudiera decir que la *feminización* de la odontología en realidad, hoy por hoy, es el producto de una negociación o reparto de actividades profesionales en el marco de una misma lógica opresora, que mantiene el

lugar subordinado o excluido de las mujeres y subyace bajo una subestructura de género oculta. No existe profesión neutra, ni profesión verdaderamente feminizada. Solo existe un sistema camaleónico con la habilidad de adoptar la posición más ventajosa ante las circunstancias que se le presenta.

1. *Como profesión femenina, la odontología es vista como oficio artesanal inacabado frente a la medicina.* Un aspecto importante con respecto al juicio de las profesiones, las cuales difieren entre sí en cuanto a su remuneración y la forma como son valoradas, y específicamente del menor prestigio ocupacional otorgado a la odontología como profesión femenina/feminizada con relación a la medicina, se evidencia una realidad que tanteamos en líneas arriba, que es la de que todo oficio subordinado es percibido como incompleto y esto coincide con los discursos de nuestro grupo de estudio, los cuales develan una percepción artesanal y por tanto, inacabada de la odontología con respecto de la medicina:

*[**E9**-0809-0815]: "La odontología es una profesión más manual, es como más práctica. Por supuesto que tenemos que tener conocimiento de histología, anatomía, bioquímica, pero digamos que dependiendo de la especialidad, o del caso, la odontología es si se quiere sencilla en comparación con la medicina que implica saber mucho, es el cuerpo entero".*

*[**E11**-0419-0422]: "Lo que pasa es que la boca es vista como aislada del cuerpo humano, es como una parte especial que normalmente la gente no acude por una enfermedad médica sino, hay esa tendencia de vincular la odontología con arréglame esto aquí".*

*[**E19**-0198-0201]: "y yo siempre digo que en odontología la línea que separa el término de odontólogo o estomatólogo de técnico dental es sumamente delgada, o sea el espejismo en odontología es muy grande".*

*[**E23**-0259-0277]: "la odontología debe ser vista no como dentista, si yo utilizo el término dentista me limito a diente, si yo digo estomatólogo, yo estoy hablando de un profesional que tiene la capacidad de conocer y de tratar todas las enfermedades de la boca, estoy hablando de todos los anexos de la boca, mucosa, encía, no me estoy limitando a diente, quien me limita la boca es el istmo de las fauces, todo lo que está por delante de las fauces debería de manejarlo el odontólogo, pero si nosotros debemos cambiar nuestro lenguaje, nosotros debemos proyectar mucho más de la odontología, grandes pesquisas se hacen desde un sillón odontológico, enfermedades*

sistémicas, tú haces diagnóstico de enfermedades desde un sillón odontológico porque las manifestaciones son bucales, entonces, hay que cambiar la conciencia".

*[**E27**-0037…0077]: "Yo siempre he dicho que nuestra profesión, depende de quien la ejerza ¿no?, pero en si ella es muy técnica, muy artesanal, hay quienes sí, o sea es como que al principio tú para entender muchas cosas te basas en la teoría pero ya después todo es más automático, mas manual. Y por eso es que nos ven como los sacamuelas o los tapa caries…Yo pienso que los médicos nos ven como un proyecto de médico, nos preparamos pero luego nos enfocamos más hacia los dientes. Sin embargo, los dientes no están aislados del cuerpo y todo lo que se haga en la boca tiene una consecuencia orgánica, médica. Desafortunadamente somos los tapacaries, sacamuelas, pegapuentes. Esa es la realidad…Los médicos creen que nosotros nada más restauramos dientes y no somos capaces de dar un diagnóstico que involucre conocimiento de la medicina…Evidentemente tenemos una serie de procedimientos que aplicar, que los hacemos con las manos pero no podemos aplicarlos sin antes conocer de biología, bioquímica, anatomía".*

En las líneas discursivas transita una tendencia a menospreciar la odontología por ser esta un área pequeña a la que se aborda, por estar impregnada de procedimientos operatorios que buscan la restauración y funcionamiento de una pieza dentaria y por estar alejada del manejo del resto de las patologías médicas. Sin embargo, "si bien etimológicamente, odontología es el estudio de los dientes, sabemos que estos órganos son parte indivisible de un sistema integrado en el ser humano que es único en él mismo y a su vez con su sociedad" (p. 42). En esta misma línea, Assael (2004) afirma:

> La odontología no es una profesión de salud aliada. No es una profesión paramédica. Es hora de que la odontología sea reconocida como la profesión que ofrece a los pacientes algunas de las cirugías más complejas realizadas en el cuerpo humano, a saber, la odontología restauradora y la rehabilitación del sistema masticatorio...Un complejo de inferioridad sobre lo que significa ser dentista solo ha servido para confundir al público y alejarnos de nuestro objetivo de mejorar la salud de todos nuestros pacientes. Este complejo de inferioridad es impulsado por el público y la profesión médica, ninguno de los cuales comprende cómo encaja la odontología en la atención médica general [47] (p. 1).

No obstante, es necesario que como otras disciplinas, a la odontología se le sea vista como una ciencia tan vinculada con la salud como el resto de las ramas de la

medicina, en el que se comprenda que la afección del sistema estomatognático no solo repercute sobre la estética, o lo meramente mecánico del sistema masticatorio, sino también la fisiología respiratoria, digestiva, la fonética, solo por nombrar algunas de sus implicaciones, pues hoy día se sabe que de un mal estado de salud oral puede devenir cáncer, cardiopatías, enfermedades autoinmunes y otros, y esto último sugiere no solo la importancia de la odontología como disciplina, sino de otra forma de mirar y abordar la odontología, ya no desde el *statu quo* o de los sistemas hegemónicos de salud, los cuales son los agentes encargados de hacernos ver a la odontología como un campo minúsculo y no ha permitido que se devele que nuestra salud oral es la clave para la prevención de un sinfín de enfermedades sistémicas, es decir, es clave para nuestra salud entera.

De manera que, la odontología es reducida a la idea de reparar, tapar, pegar, sacar, limpiar y desde este imaginario se ha hecho ver como una práctica meramente manual, término que denota que es un oficio que exige más habilidad con las manos que inteligencia o intelecto. Aquello la distingue significativamente de la medicina, lo que hace que la odontología sea vista como una disciplina más técnica que científica, y por ello también la medicina adquiere una connotación de supremacía sobre la odontología. La odontología es descrita más como un oficio de índole artesanal y por ende inferiorizado, pues al implicar muchos procedimientos prácticos, de carácter técnico y mecánico, desde la vara de la medicina, se le menosprecia, la reducen a una carrera de nivel técnico, que se dedica a rellenar cavidades y a extraer raíces. Para estos, la odontología no requeriría de mucho intelecto, sino más bien de ser muy hábil con el movimiento de las manos al abordar un área tan restringida como la cavidad bucal ¿y quién mejor que la mujer para llevar a cabo estos procedimientos tan delicados y finos?

Dicho de otro modo, la denominada *feminización* no es una transformación estadística que supone un cambio en la situación de las mujeres, sino más bien, el asentamiento de espacios concedidos a las mujeres desde la dinámica del género y del poder, que a manera de frontera, constituyen áreas limítrofes con respecto a los de los hombres. En este sentido, “cobra pertinencia la pregunta de Harding… ¿La mujer

científica es una contradicción en sus propios términos? Que operativizada al problema de este trabajo sería ¿Las profesiones feminizadas producen unos saberes situados en la lógica opuesta al pensamiento androcéntrico?" (Lorente Molina, 2004; p. 43). Hemos evidenciado que las narrativas de los discursos refieren que la odontología es una profesión *feminizada* porque se acopla a lo femenino, pero ya hemos dicho que lo femenino obedece a la lógica androcéntrica, no la opone.

Ello quiere decir que lejos de que la categoría *feminización* (desde la perspectiva hegemónica) nos hable de cambios positivos a favor de las mujeres, por el contrario, puede suponer dos cosas, o que sea considerada una semi-profesión, como lo refiere (Pozzio, 2012; p. 119) "si una ocupación está muy feminizada, es más probable que sea considerada una semi-profesión", o que parte de sus actividades admitan el acoplamiento de lo femenino y desde allí se hable de una feminización de la profesión toda, creando una falsa ilusión de cambio.

Si es el último caso, aquellas áreas o especialidades *feminizadas* tendrán una connotación de menor categoría parecida a la de las semi-profesiones y al fin y al cabo, "las condiciones bajo las que opera una semi-profesión tienen que ver con experimentar una posición inferior en sus campos de conocimiento y acción…por no disponer de conocimiento abstracto que las sitúe en un orden de conocimiento jerárquicamente superior" (Lorente Molina y Luxardo, 2018; p. 104-105). "Las llamadas profesiones femeninas coinciden curiosamente con una aproximación teórico metodológica que acuerda en calificarlas con el prefijo semi, lo que genera una distancia cualitativa respecto del estudio de las demás, como la medicina, la arquitectura o la abogacía" (Lorente Molina, 2004; p. 44). Entonces:

> Si el valor y, consiguientemente, el poder otorgado a una ocupación es históricamente construido, la producción del conocimiento forma parte de la subordinación sostenida y estructurada en el tiempo produciendo, de este modo, saberes subalternos…Tal conocimiento, se asimila a los saberes sometidos. En términos de Foucault, los cuales define como...toda una serie de saberes descalificados como incompetentes, o, insuficientemente elaborados: saberes ingenuos, inferiores jerárquicamente al nivel del conocimiento o de la cientificidad ejercida...un saber diferencial incapaz de unanimidad, que debe su fuerza a la dureza que le opone lo que le rodea; y es mediante la aparición de

> este saber, de estos saberes locales de la gente, como se ha operado la crítica (Foucault, 1992; p. 122 citado por Lorente Molina, 2004; p. 45-46).

De manera que, aunque ambas profesiones, la medicina y la odontología, son consideradas feminizadas a razón del mayor número de mujeres en estos campos, mientras las odontólogas para ser validadas recurren a la feminidad esperada por la nueva cultura femenina de la odontología, las médicas en cambio, se masculinizan para ser validadas por el medio. Sirva como ejemplo de ello la ginecobstetricia. Pozzio (2014, p. 335) refiere que "se podría llegar a pensar que la ginecobstetricia, con mayor presencia de mujeres, tendería a cambiar para convertirse en una especialidad más «humana» y cercana a las demandas feministas" pero su investigación develó que las mujeres podían ser iguales o incluso más estoicas y maltratadoras que los hombres. Para ella, "*más mujeres, no garantiza nada*".

El prestigio de la profesión médica sigue atado al mundo masculino, la presencia de ellas no ha lesionado su estatus, porque éstas se acomodan a los requerimientos del modelo patriarcal, se masculinizan, hacen esfuerzos heroicos para conciliar su condición de mujer con las exigencias de un mundo laboral diseñado a imagen y semejanza de los hombres. Esto quiere decir que "…para funcionar en la cima de las jerarquías masculinas se requiere que las mujeres hagan irrelevante todo lo que las convierte en mujeres" [48] (Acker, 1990; p. 153).

Entonces, ¿se estaría aminorando el prestigio de la medicina dada su *feminización*? ¿Sería el desprestigio de la medicina por causa de la *feminización* un mito? Son interrogantes que ponen en evidencia las excepciones, las multicausalidades, las negociaciones y transacciones que se hacen desde el género. La entrada de mujeres en un oficio de dominio masculino o la entrada de hombres en un oficio de dominio femenino, impulsadas bajo los motores de la igualdad de género paradójicamente mantienen jerarquías de género solapadas en el interior de sus profesiones, mediante controles que se fundamentan en la reproducción, la sexualidad y la subjetividad y que pasan desapercibidos porque son concebidas como lo normal. Estos controles legitiman estructuras organizacionales que aventajan a los varones, que al parecer neutras, sin género, sin clase, sin color, se constituyen en las formas más sutiles de

opresión porque hacen creer que las profesiones están disponibles para mujeres y hombres, y además para mujeres y hombres de cualquier raza, etnia o clase.

Así pues, es la posición inferior de las mujeres con respecto del hombre lo que hace que un *trabajo o profesión calificada* sea considerado como *trabajo de hombres*, y un *trabajo o profesión no calificada* como *trabajo de mujeres*. Es notorio que "la división del conocimiento es un hecho de poder que distribuye desigual y jerárquicamente el capital social asociado a los conocimientos considerados socialmente valiosos" (Lorente Molina y Luxardo, 2018; p. 105). Sin duda, hay una estratificación de las profesiones que obedece a una estratificación de género.

Por último, esta calificación de la odontología como carrera secundaria frente a la hegemonía masculina de la medicina, nos permite ver que la introducción de las mujeres en un campo no solo puede suponer reinterpretaciones simbólicas, nuevas caracterizaciones y redefiniciones, sino que también puede significar permanencias, resistencias y normalizaciones. Indistintamente de la profesión a la que nos refiramos, la posición de las mujeres en ellas no es alentadora. La introducción de un género en un campo, hasta ahora, no ha devenido en escisiones o fisuras *reales* del androcentrismo, y por tanto, el análisis de esta categoría no es automático. "El género es una construcción cultural en la que hombres y mujeres pueden socializar contenidos identificados como femeninos o masculinos, no obstante, el intercambio de papeles no es automático" (Lorente Molina y Luxardo, 2018; p. 105). Precisamente, las teorías feministas son las que pueden contribuir a develar todas estas cuestiones que dado lo oculto y lo normalizado de los símbolos, imágenes, lenguaje, etc., son difíciles de mirar, como lo refiere Acker, la teoría feminista nos apoya en descifrar cómo el género proporciona el subtexto para los arreglos de subordinación.

Epílogo, no es un grupo mayoritario de hombres o mujeres lo que caracteriza a una profesión como femenina o masculina, sino como lo plantea Pozzio (2014, p. 327), es ello aunado a las características del trabajo desempeñado, "ambas cuestiones –materiales y simbólicas– son las dos caras de una misma moneda" y aun así, en cualquiera de los casos, la lógica que predomina es la androcéntrica, pues la

segmentación de las disciplinas como femeninas o masculinas obedece a la perspectiva patriarcal. De ahí que sería un acto ingenuo afirmar que al equilibrar las filas de mujeres con la de los varones, estaríamos cambiando la lógica y la jerarquía de las profesiones.

Una carrera perfecta para las "Superwomen"

Seguramente hemos escuchado el término *"multitarea"* o *"multitasking",* generalmente empleado en el área de informática para referirse a la capacidad de un computador en correr o ejecutar más de un programa o tarea (*task*) simultáneamente. Cuando se le relaciona al contexto humano, se refiere similarmente a la habilidad de lidiar con una o más tareas al mismo tiempo. Este término ha sido acogido en los estudios de las mujeres para ilustrar cómo hemos ido respondiendo a lo que se percibía como un llamado de subversión frente a aquella vida destinada exclusivamente al ámbito doméstico, para convertirnos en completas "*multitaskers" o "mujeres multitareas"*, en otras palabras, las llamadas *"superwomen" o "súper mujeres".*

Por súper mujer nos referimos aquí a una mutación de la mujer "ama de casa", que en adición al trabajo doméstico, se ha incorporado al campo laboral. En palabras de Moreno (2002) es aquel tipo de mujer que "ha sido capaz de reconciliar el trabajo del cuidado casero no remunerado y sus actividades profesionales cada vez más en aumento en el mercado laboral pagado"[49] (p. 4). Dicho de esta manera, las mujeres debíamos estar dichosas de aquello pues, después de todo, la incorporación de ellas en el mercado laboral era una de sus más importantes luchas.

Sin embargo, pronto se apuntó otra problemática: las mujeres celebraban su inmersión en lo público pero sus "obligaciones domésticas" continuaban intactas. Las mujeres ahora no solo tendrían una carga laboral dentro de casa sino también afuera de ella. Su introducción a la esfera del trabajo público no representó que abandonarían o compartirían el trabajo doméstico, en lo absoluto, dado que no se acompañó de la incorporación de los varones al mundo privado. Lo contrario, significó que estas debían ajustar su estilo de vida si querían formar parte de aquello

que por eras se mantuvo reservado solo para los hombres. Ante el imaginario social de que son las mujeres a quienes les incumbe el trabajo doméstico, ellas pasaron de ser las "*perfectas amas de casa*" a las "*perfectas multitaskers*", y con ello se favorecieron nuevos discursos sobre los hombres y las mujeres, como aquel que reza que el hombre es focal y la mujer es multifocal. La campaña del "*We Can Do It*" o "*Nosotras podemos hacerlo*" nos graficaba perfectamente. Las mujeres se habían empoderado, eran capaces de hacerlo todo al mismo tiempo y permanecer siempre bellas.

Se nos dibuja una imagen heroica, que no cualquier mujer podía ostentar. La *súper mujer* era aquella que se atrevía a salir de su casa, y era capaz de lidiar con toda aquella carga, la del mantenimiento de un hogar, el cuidado de la familia –entiéndase, no solo las/os hijas/os, sino también la pareja, quien solo no sabe cuidarse–, el ejercicio laboral y las relaciones sociales derivadas de ambas esferas, sin deteriorar su imagen corporal femenina. Ha sido un verdadero sacrificio todo aquello, vendido como súper poder. Pronto, se hacían sentir las aclamaciones: "las mujeres no se pueden quejar, se les ha concedido lo que querían". Sin embargo, como hemos visto desde apartados anteriores, la incorporación cuantitativa de las mujeres en el ámbito público no ha sido la respuesta a su empoderamiento, sino por el contrario, por ejemplo, en el caso que nos atañe, la odontología fue definiéndose adecuada para las mujeres porque se adapta a la feminidad hegemónica. Entonces tal incorporación es tan solo una de un abanico de contiendas, luchas y resistencias que tras una suerte de resolución, devienen en otras formas de luchas.

La súper mujer es una "guerrera" del trabajo, doblemente presente entre lo público y lo privado. Ante la doble presencia, se pone en evidencia una distribución desigual del trabajo en el que "las súper mujeres con demasiada frecuencia han logrado cumplir dos días hábiles en uno durante una buena parte de sus vidas. La ausencia de trabajo doméstico compartido por otros miembros de la familia ha significado sacrificios y largas horas de compromisos tanto dentro como fuera del hogar" [50] (Moreno, 2002; p. 5). Se cambia el discurso, de *"esclavas"* de casa pasamos a ser las "*amas*" de casa y de mujeres "*multiuso*" pasamos a ser "*superwomen*". Toda una

retórica de eufemismos que continúa vigente y que se fortalece desde reportes que avalan que las mujeres son mejores "simultaneando" que los hombres, basado en las diferencias de género.

Así, verbigracia, en un estudio realizado por Szameitat, Hamaida, Tulley, Saylik y Otermans (2015), el cual recogió la percepción de un número significativo de personas de diferentes países, se concluyó que las principales razones por las que se creía que las mujeres son mejores ejerciendo múltiples funciones al mismo tiempo es debida a "una ventaja evolutiva y a más práctica multitarea en las mujeres, principalmente debido al manejo de los niños y el hogar y/o la familia y el trabajo" [51]. Asimismo, este estudio reporta que "los resultados fueron consistentes en los diferentes países, lo que respalda la existencia de un estereotipo de género generalizado de que las mujeres son mejores en multitarea que los hombres" [52] (p. 1). Para ilustrar esta noción de que las mujeres son concebidas y se conciben como las perfectas *multi-taskers*, y que ello constituye la razón por la que estas se esmeran para seleccionar una profesión que mejor se adapte a esta construcción social, mostraremos los siguientes discursos, que tras la saturación de algunos imaginarios, nos asistirán en el sustento de la presente categoría universal:

*[**E11**-0521-0534]:"Tú sabes que nosotras las mujeres tenemos más capacidades de empuje, de empeño, de destreza que el mismo hombre. El hombre como dicen en lo cotidiano, el hombre es básico, el hombre no puede hacer dos cosas a la vez como la mujer, tú te pones a una mujer a hacer todo lo de la casa, a trabajar en la calle y todo y la mujer lo hace, entonces tú pones a un hombre a hacer todo lo de la casa, a atender hijos y a trabajar en la calle y no puede, él hace un solo rol, en cambio la mujer puede hacer todos los roles a la final. La mujer puede abarcar todo, tiende a ser organizada, a distribuir el tiempo, en cambio el hombre no, el hombre hace una sola cosa a la vez".*

*[**E16**-0171-0179]: "No sé, yo pienso que la mujer está pendiente de muchas cosas a la vez, entonces el paciente siempre es un poquito más delicado por lo menos en prótesis que tienes que manipular mucho al paciente, quizás uno desde afuera veo como la situación y a veces son como más toscos, por ejemplo tú ves los pacientes salen con alginato hasta en la cabeza, la mujer si es un poco más delicada, y está pendiente de todo a la vez, pero los resultados pueden ser totalmente los mismos, ¿no?".*

*[**E27**-0098-0108]: "Tú sabes que uno está más pendiente que si el babero, el vasito con enjuague bucal, todas esas cosas, o sea uno mismo como operador estaba más pendiente de esas cosas que él siendo el asistente, entonces es como si ellos no pueden hacer varias cosas, y es a todo nivel pienso yo. Es como, estoy succionando y eso es lo que hago, mas nada. Uno tiene que estar diciendo lo que se supone todos sabemos hay que hacer, ¿me entiendes?".*

*[**E9**-0192…0264]: "el hombre fue el consentido del grupo, creo que eso pasa siempre también, fue al que siempre ayudábamos, al que siempre le llevábamos la comida, le recogíamos el instrumental, le lavábamos el instrumental, no sé por qué…el consentimiento al que me refiero era de llevarle comida, de vamos a lavarte el instrumental mientras tú trabajas, eh siempre, yo creo que la parte maternal, no sé por qué y ahorita lo estoy hablando y no, no encuentro el motivo del porqué. Es más, hasta las profesoras –ahí viene el consentido, ¿sí? también porque éramos como mucho más cariñosas con él, y siempre era el echador de broma…pero si ese es un consentimiento que casi que se hace innato no sé, era como que siempre, era como el hijo o el esposo de todas, no sé, pero siempre fue hacia él".*

Se pone de manifiesto que la odontóloga como toda mujer es vista como multifocal; una perfecta multi-tasker. Esta noción de las mujeres como *multi-taskers* o como el sexo que es capaz de ejecutar varias tareas –de disminuida complejidad en relación a aquellas adjudicadas a los varones– de manera concurrente, es tan difundida que efectivamente, no escapa de la percepción de nuestro grupo de estudio en la ocupación odontológica. Mediante aquellos discursos se devela la idea popularizada y construida distintivamente para mujeres y hombres en cuanto a sus capacidades para llevar a cabo una o varias actividades y que no deja de reflejarse en el campo odontológico. Si existe la creencia de que las mujeres son mejores al simultanear dos o más actividades, es porque a las mujeres no les ha quedado otra opción que asumir varios roles y maniobrar su vida diaria, al punto que deben aprender a organizarse, para dar una resolución aceptable a cada tarea, especialmente a las asignadas tareas domésticas.

Literalmente, las mujeres son entrenadas desde la infancia a servir a otros, y ello lo podemos ver expresado en el último discurso, donde incluso se evidencia la condescendencia o indulgencia de las mujeres hacia los hombres, que en adición a sus propias cargas o responsabilidades, ellas por su supuesto carácter maternal indiscutiblemente innato, sirven y consienten a los hombres porque piensan que ellos

son incapaces de atenderse a sí mismos, cuestión que ellas asumen hacerlo perfectamente. En cambio, los hombres son entrenados para ser servidos por ellas. El discurso de la maternidad institucionalizada ha calado tanto que entre tantas cosas exige también "atención a las necesidades ajenas en lugar a las propias" (Rich, 1986; p. 85).

Parafraseando a esta autora, la maternidad institucionalizada constituye ataduras sumamente violentas porque imponen lealtad emocional y erótica y el servilismo plenos de las mujeres hacia los hombres (Rich, 1996; p. 23-24). Esto se conoce como *maternaje*, como aquella función de cuidadoras que se les ha acuñado exclusivamente a las mujeres, y que está presente en la vida de aquellas que incluso no tienen hijos, cumpliendo la función de *maternaje* con otros seres (prf. Sánchez Benítez, 2016; p. 266). Por consiguiente, las mujeres son las cuidadoras por excelencia. "Esta apreciación social de las mujeres como madre facilita la aceptación de las propias madres del mito, impregnado de sacrificio y de la figura de víctima" (Hauser Dacer, 2016; p. 153).

De manera que, socio-históricamente los hombres por el contrario, no han estado expuestos a este *maternaje* ni a la multiplicidad de funciones que esta trae consigo. En cambio, culturalmente se les ha dicho que su sexo les prohíbe hacerse cargo del trabajo doméstico, de asistir y de cuidar a las/os hijas/os o a la pareja. Por supuesto que las mujeres desarrollan habilidades de planificación y organización para no dejar de responder al rol de domésticas que se les ha impuesto, y su mayor experiencia las hará ver como más hábiles "haciendo muchas cosas a las vez" que los hombres. Farill Guzmán (2009, p. 8) en su artículo "las mujeres en odontología" hace referencia a esta realidad:

> Las mujeres todavía tienen que hacer la casa, preparar los sagrados alimentos (o ver que sean preparados), educar a los hijos, ir por ellos a la escuela y una larga lista de etcéteras que me hacen pensar en que ojalá que sus parejas (para quitarnos de falsos moralismos) las ayuden. Ayudarlas no nos hace mandilones o, como dicen los hinchas del Real Mandil, sino que nos complementa como varones y como seres humanos.

O en palabras de Tirado (2014, p. 249), quien llevó a cabo un estudio fenomenológico del trabajo odontológico en la mujer, ella afirma que:

> La doble presencia se consolida como una de las características definitorias de la situación de las odontólogas, quienes aceptan como un hecho natural la responsabilidad de las labores en los dos espacios, productivo/reproductivo; reforzando la idea de la naturalidad que se le ha dado al fenómeno de la adscripción de la mujer en ambos ámbitos.

Ante la doble presencia, a las mujeres no les queda otra opción que sopesar muy bien los pros y contras de sus opciones de profesionalización, pues aunque parezca ser una prioridad para ellas hoy día, esta se escoge en función de una real prioridad o primacía: la maternidad, aquella que no se discute, que se asume como necesaria, como el punto de llegada de toda mujer, representando su máxima realización; el periodo cumbre que muestra la máxima perfección del género femenino y ante ello, no hay excusa, efugio o evasión posible. Esta anterioridad de la maternidad se manifiesta cuando las mujeres se proyectan y se visualizan como potenciales madres, esposas, trabajadoras y embajadoras, dicho de otro modo, como potenciales *multitaskers*, lo que las lleva a examinar con detenimiento sus opciones y seleccionar la mejor ocupación disponible para ellas, que cumpla con el mínimo requerido para ejercer todas sus funciones.

En tal sentido, el oficio odontológico se presenta como una de las mejores opciones de ocupación para las mujeres, puesto que este se caracteriza por su holgura de tiempo, la flexibilidad de agenda, e incluso por la ejecución de procedimientos clínicos que pueden ser llevados a cabo en repartidas sesiones, muchas veces a conveniencia de su agenda laboral y personal. Todas estas son características que le permite a quien la ejerza, libertad para maniobrar y manejar su tiempo conforme a sus necesidades. Además, al no implicar servicio hospitalario, aspecto que si tiene la medicina por ejemplo, esta flexibilidad pasa a ser el mayor atractivo para las mujeres, que en su proyección futura se imaginan ejerciendo la odontología algunos días a la semana, o algunas horas diarias, para luego cumplir con sus otros roles asignados. Ahora bien, a continuación mostraremos cuatro sub-categorías que nos permitirán

comprender mejor la presente categoría universal, en tanto nos proveen otras dimensiones que se derivan de la misma:

1-El tiempo es crucial para las mujeres. El tiempo es un elemento fundamental que guía las decisiones ocupacionales de las mujeres. Una ocupación que permita el buen manejo de este elemento es verdaderamente una profesión atractiva para las mujeres –*multitaskers.* Así como para la mayoría de las mujeres, para las odontólogas también el tiempo ha sido un factor crucial a considerar al momento de la elección de su carrera. La posibilidad de una dedicación parcial al trabajo y la inexistencia de guardias permiten una flexibilidad extraordinaria que posibilita congeniar la vida privada y la vida pública. Los siguientes son algunos discursos que recrean esta realidad de las odontólogas, las cuales de manera enfática manifiestan que la consideración del tiempo jugó un papel fundamental en la selección de esta carrera para ellas:

*[**E1A**-0567-0568]: "Obviamente yo pongo mi horario, ¿no? y me organizo en base a lo que necesite".*

*[**E3**-0022…0044]: "Si pensé en medicina, pero había un factor que influía…que el odontólogo se hace un tiempo. Tú te puedes ¿sabes? Y por eso nunca también agarré –a mí me encantaba cirugía, pero era una de las cosas que yo diferenciaba…Y en la parte de odontología porque los horarios eran más flexibles…tenía menos carga horaria porque un odontólogo podía trabajar hasta las 7,8 de la noche y no hacer guardias nocturnas. Por eso, a mí me encantaba cirugía pero y no agarré eso porque yo decía, yo no puedo vivir en un hospital, no me veo viviendo en un hospital".*

*[**E4**-0021…0050]: "…pero me encantó odontología, me pareció súper light, o sea que yo iba a poder tener familia, tú sabes, que era lo que yo siempre había querido, que era una de las cosas que todo el mundo me decía que pasaba en medicina que uno no puede como dedicarle mucho tiempo a la familia, entonces bueno, me quedé con odontología…yo veía la gente en medicina pasando trabajo y yo veía que en odontología la cosa era más light, yo dije no bueno o sea, yo no voy a poder dedicarle un tiempo a una familia haciendo esto, me quedo en odontología, puedo establecer mi horario, puedo tener familia, puedo hacer todo junto, y bueno, una cosa conllevó a la otra y pues todo eso junto, Dios decidió que yo me quedara ahí".*

*[**E5**-0003…0333]: "veía que era una carrera fácil para mí, o sea en el sentido de que el horario era bastante cómodo, me gusta las ciencias de la salud pero me parecía que medicina era como más esclavizante para mí…me gustaban ciencias de la salud, todas. Y la que más me llamó la atención fue odontología pero también por la facilidad del tipo de trabajo, del horario, de todo eso, también tengo familiares en odontología y veía eso en ellos pues…que yo veía que en medicina era como muy fuerte en el sentido de las guardias, de los horarios, de la carrera como tal y me parece que odontología es una carrera mucho más cómoda de ejercer para uno pues en el futuro, la familia, para mayor tranquilidad, para trabajar como más, menos dedicada al trabajo y más dedicada a todo tipo de actividades…Es fácil, un horario, cito mis pacientes, yo trabajo con pacientes citados. Trabajo en las tardes, trabajo 3 tardes, y tengo un horario cómodo, fácil, trabajo".*

*[**E7**-0002-0025]: "…mi abuelita…siempre me dijo que buscara más bien estudiar odontología, que era una carrera más independiente que medicina, que no tenía que cumplir guardias nocturnas, que eso me iba a ayudar o me iba a dar mucho más tiempo a mí, o me iba a facilitar que iba a poder trabajar en una clínica privada y no tener que depender de un hospital, este, y bueno siempre estaba ella detrás de mí. Así que bueno, decidí escucharla y presenté las pruebas también para odontología y quedé en odontología, y me fui enamorando de la carrera, me gustó y me quedé….ella lo veía muy enfocado en la parte de tener familia y el rol que cumple la mujer en la parte familiar. Eso creo que era lo que mi abuela estaba inclinada porque yo me fuera por Odontología más que por la remuneración económica, por...bueno, por el problema de ser madre y que iba a poder trabajar independiente, eso ella también me lo dijo bastante, o sea que iba poder montar una clínica o un consultorio privado, sin depender. Esas fueron las dos razones que recuerdo, sin embargo recuerdo claramente que me dijo que en el momento de hacer familia para mí iba a ser mucho más cómodo siendo Odontólogo que médico".*

*[**E9**-0798-0806]: "yo hoy lo digo, gracias a Dios yo estudié odontología porque yo me pongo mi horario, uno se coloca su horario, es un área donde tú, es mucho más flexible donde tú puedes cumplir un horario de 8 a 6 de la tarde y no lo digo porque ni siquiera estoy casada ni tengo hijos tampoco, pero hoy si lo pienso, evidentemente odontología es una carrera donde tienes la libertad del horario y es muy beneficioso para la mujer en ese sentido".*

*[**E11**-0503-0512]: "lo que pasa es que la Odontología se ha hecho y muchas veces tanto los profesores como los padres de uno dicen que la Odontología debería ser para la mujer porque la Odontología le da cabida a que sean madres, esposas y puedan compartir más con la familia, les queda tiempo de sobra para cubrir todos los roles, a diferencia del hombre, el hombre no tiene que cubrir tanto los roles. Pero es muy flexible a tener muchas libertades porque es más fácil para ejercer la carrera y por eso es que se tiende a que la mujer estudie más la Odontología que el hombre".*

*[**E16**-0005…0030]: "yo siempre estuve inclinada así como a las ciencias de la salud, entonces bueno estaba entre medicina y odontología pero después, o sea, una de las cosas que siempre me contaban que era una buena carrera para una niña, así mismo, entonces porque bueno el manejo de los horarios, y el tipo de trabajo, etc…Bueno cuando uno preguntaba que si a otros odontólogos, este, lo que decían es que es bonita, por la parte de manejar los horarios, eso sí era así muy, como que siempre me lo recomendaban así, que tú ibas a poder manejar tus horarios, entonces cuando se es mamá, cuando los hijos, entonces todo ese cuento era lo que se decía en ese momento".*

Es evidente que la plasticidad de tiempo del oficio odontológico es una magneto para las mujeres, y ello se refleja en aquellas narrativas. El horario odontológico puede ser modelado según comodidad, provecho, utilidad y convenio de las mujeres con sus otros roles. Basta con analizar aquel último discurso, el cual nos deja ver la especificidad con la que se acopla la odontología con la mujer. Nótese la noción de significado de la oración "*es una buena carrera para una niña",* dejando en evidencia que la odontología, por un lado le corresponde a la mujer por sus propios caracteres femeninos y por otro, porque el oficio permite establecer una práctica privada, con horarios a convenir, donde incluso las agendas se pueden diferir si fuere el caso, o las jornadas se pueden reducir o agrandar según las necesidades familiares de las profesionales, y especialmente según su etapa o circunstancia de vida.

Entiéndase que es *una buena carrera para una niña* porque las niñas no andan de noche o de madrugada, expuestas al peligro de las calles, o a los sacrificios propios del trasnocho de guardias nocturnas, o a los riesgos que implica la convivencia en un ambiente hospitalario. Es *una buena carrera para una niña* porque muchas veces, las mujeres idean sus consultas en sus propias casas, permitiendo esto la facilidad de manejarse con respecto de sus obligaciones domésticas. Es *una buena carrera para una niña* porque da cabida a que la mujer más adelante se convierta en madre y esposa cuidadora. Todo ello es sopesado por las *súper mujeres*.

"La mujer se haya sujeta a un cúmulo de cadenas que determinan el uso del tiempo, no tenemos que reflexionar mucho para darnos cuenta de la múltiple dependencia que condiciona su modo de estructurar la realidad social" (Ballesta, 1993; p. 157). Todas estas características de la práctica odontológica la hacen ver

como una profesión más fácil, más cómoda, menos agobiante como la medicina y por tanto enmarcada dentro de lo que se ha construido como *estilo femenino de trabajo*. Esto es que, los trabajos y profesiones no solo se han estereotipado por las características propias de las actividades o procedimientos laborales, sino también por la forma en cómo son llevados en la cotidianidad, donde al compararse unos trabajos con otros, algunos son más absorbentes, dedicados e intensos que otros. En este sentido, es claro que en consonancia con la realidad de las mujeres, a estas se les ha encasillado en un estilo de trabajo flexible, calmado, pasivo, y muchas veces visto como de menor importancia o rango, es decir, menospreciado.

Es claro que esta libertad o flexibilidad de tiempo que permite la odontología como campo laboral, se suma como factor de menor valor social, al ser vista como un trabajo vinculado con las formas femeninas de trabajar, vale entender por formas femeninas de trabajar, aquellas forjadas en función de su multiplicidad de roles. La incorporación progresiva de la mujer en distintos campos laborales ha contribuido a la desmitificación de las profesiones liberales, aquellas que han sido vistas como esencialmente masculinas, o las que no cualquiera puede ejercer. Al ponerse en evidencia que las mujeres si pueden abordar este tipo de profesiones, la tendencia de estas es hacia su desestimación, pues su presencia atenta contra la definición masculina de trabajo, aquella que es "agotadora, absorbente e intensa". Si las mujeres se adentran a estos campos, y comienzan a plantear una forma de trabajo más flexible en función de sus tareas domésticas, y con ello otros hombres también comienzan a adherirse a este estilo de práctica, entonces aquel trabajo visto como magnifico o elevado (masculino), connota un cambio de validación social.

De ahí además que nuestra vendida "esencia femenina" es un elemento indivisible y no negociable con los hombres. Es algo muy nuestro que pasaría a ser el centro de reordenamiento de las actividades de las mujeres. De manera que para las mujeres será muy importante, hacerse un trabajo que logre "armonizar" con las tareas del hogar, incluso para aquellas que aún no lo tienen. La impronta "primero madre, después mujer" está en estado de latencia y ante esta, las mujeres entran en conflicto con sus aspiraciones, sus vocaciones y sus pasiones. Ellas se asumen como

multitaskers o como *potenciales multitaskers* en función de un futuro incierto. En palabras de Tubert (1991) "la mujer está atrapada entre lo real e imaginario", entre la incertidumbre y lo hipotético, entre lo que se espera de ella y lo que ella quiere, y esta realidad la rastreamos en la siguiente sub-categoría.

2-Ser madre es su destino, no es una opción. La mujer se preocupa de la maternidad aun sin ser madre. La vida de ellas gira en torno a la maternidad, desde el mismo momento en que nacen. Están encadenadas a la creencia de que ser madre es un evento necesario en todo sentido, para dar respuesta a su fisiología, su feminidad o esencia, su papel en la sociedad y en la supervivencia como especie. A la maternidad se le mira como una fuerza desconocida irresistible que las mujeres no pueden ser simplemente indiferentes. La maternidad, la mayoría de las veces, no es una elección consciente, y es una realidad de la que no escapan las odontólogas, especialmente aquellas que anhelando carreras absorbentes, deciden hacer caso omiso de sus vocaciones para dar cabida a su planeada y ansiada maternidad:

*[**E1**A-0008…0052]: "que me gustaba el área hospitalaria, tenía que empezar los lunes en la mañana y salir el miércoles en la noche, entrar el jueves en la mañana y se iba a hacer un poco difícil porque como toda mujer en un futuro o en ese momento yo decía bueno, si me caso, si tengo hijos, no iba a poder, me iba a tener que dedicar a una cosa o a la otra, y me gusta la parte hospitalaria…pero si el hecho de que si uno formaba una familia, pues iba a ser más difícil, entonces decía bueno, puedo elegir algo más independiente, que me pueda devolver lo que yo quiero, porque yo lo que quería era jugar con la parte estética de las caras de los pacientes…Al final la madre siempre pone todo en primer lugar. Ser madre es lo primero. Entonces yo decía –ok, voy a estar ejerciendo– claro, las vueltas que da la vida – voy a estar en un hospital 5 años, después cuando me case y tuviera los hijos, lo que sea, voy a estar en ese mundo del hospital, te vas a parar en las madrugadas, vas a, en cierto modo, descuidas un poco tu familia, porque siempre [no se entiende] entonces pienso que cuando uno ya está en ese punto cuando uno va a ser madre. A: ¿Cuál es ese punto? B: De tener una familia, ser madre, pienso que ya eso es lo primordial, o sea tú no vas a querer, si estás con tus hijos, le estás dedicando tiempo a tus hijos, vas a hacer la tarea –ay ya vengo, tengo que ver un paciente y no llegas esa noche sino que llegas al día siguiente…Claro pero era ya planificándome para un futuro, porque acuérdate que si yo quería ser maxilo, no es maxilo nada más de estudiar en hospital, en el sentido que si a mí me llamaban en la madrugada yo iba a salir y no me importaba. Si había esa llamada en la madrugada, yo iba a estar ahí, no importaba.*

Entonces, quien, pero el futuro o lo que fuese, si yo tuviera hijos, quien hubiese cuidado a los hijos, ¿me entiendes? O sea no puedes planificarlo, y para mí con rehabilitación puedes planificar tus pacientes, tu horario y tú dispones de tu tiempo y es un poquito más flexible…o sea primero, y siempre he considerado que la familia es primero, entonces…por sí o por no…no iba a sacrificar, si se hubiese dado el caso, mi familia por ese estudio. Eso es lo que pensaba y lo sigo manteniendo".

*[**E3**-0091-0099]: "…también depende de las metas que tengas personales y de la vida cotidiana, porque yo tengo 2 amigas que son maxilofaciales y ambas cumplieron ambas metas. ¿Cuáles son esas ambas metas? Este, como tener familia, tener hijos y a su vez ser esa parte de ser cirujana maxilofacial, pero es dependiendo como te digo, de la vocación que tú tengas y las ganas de tu cumplir esa meta o ese sueño…uno la mujer piensa son 4 años metida en un hospital, no me voy a casar".*

*[**E4**-0074-0082]: "y ¿nunca te cuestionaste el hecho de que tener una familia, los hijos es una incertidumbre? es decir, tú no sabes que te depara el futuro…Bueno sí. (Silencio). ¿Ya era una idea que tenías predeterminada? (Corto silencio). Si pues la verdad que sí. Yo siempre quise tener familia. Siempre. Para mí nunca fue una opción no tener hijos ¿me entiendes? Eso siempre estuvo en mis planes".*

*[**E7**-0076-0089]: "donde en el momento que decidas tener familia, eh…por lo menos los primeros meses de vida del niño depende mucho de su madre, si sobre todo quieres hacer lactancia materna, entonces la carrera medicina por ejemplo, mientras estás como estudiante es muy limitativa en el tiempo, entonces iban a ser cosas que no iba a poder tener el tiempo para las dos cosas".*

*[**E19**-0154-0178]: "mira nosotros como venezolanos, ni siquiera decir latinoamericanos, sino venezolanos nos inculcan de que, naces, empiezas el colegio, luego bachillerato, inmediatamente universidad, luego de la universidad el postgrado, te casas durante el postgrado o luego, y siendo mujer, tienes proyecto de vida pues, quieres casarte, quieres tener tus chamos y el postgrado es tan demandante, eh, demandante mentalmente, físicamente, porque es de verdad más que dedicación exclusiva es vivir literalmente allá y mujeres tal vez que busquen, no voy a decir algo fácil sino algo un poquito menos demandante en su vida, quieren ser mamá, quieren hacer su vida pues y no hacen el postgrado por eso".*

"Soy madre, luego existo" es la racionalidad derivada de aquellos discursos que discurren entre "*la familia es primero, la familia no se sacrifica, para mí nunca fue una opción no tener hijos*". Nótese la concepción de maternidad y de matrimonio como un imperativo, es un estado de necesidad, no es electivo. Convertirse en madres es un evento "encargado de proporcionarles una identidad positiva, un sentido de

realización y el estatus definitivo como persona adulta. La identidad femenina se hace depender de la capacidad o voluntad de fertilidad" (Moreno García, 2000; p. 2). Tras el deseo de ser madre predomina formas ocultas subyacentes de presión social que empujan a las mujeres a considerar el matrimonio y la constitución familiar por encima de todas las cosas. La mujer ha sido codificada por la otredad para parir y con ello para cuidar, atender y servir.

En otras palabras, si la mujer tiene el don de parir y ser madre, pues debe hacerlo y serlo, debe ser madre. Una explicación o justificación finalista, en la que se persigue la maternidad como fin y como causa explicativa de la constitución de su realidad, en este caso, la biológica. Esta concepción tiene una fundamentación histórica, cómo hemos venido señalando, por ejemplo Tubert (1991) advierte que Platón se refería al útero como una estructura autónoma en la que la mujer no podía sino obedecer a su función biológica determinada:

> En las hembras, lo que se llama la matriz o útero es como un ser vivo poseído del deseo de hacer niños. Cuando durante mucho tiempo y a pesar de la estación favorable, la matriz permaneció estéril, se irrita peligrosamente; se agita en todos los sentidos en el cuerpo, obstruye los pasajes del aire, impide la inspiración, coloca al cuerpo así en las peores angustias y le ocasiona otras enfermedades de toda clase (p. 29).

El poder atribuido al útero es tal, que pasa a ser el centro de mando de la mujer. En otras palabras, el útero se proclama como el cerebro femenino, aquel que dirige el cuerpo, todo el juicio, talento y capacidad de la mujer se encierra en el interior de su pelvis. No importa ningún otro órgano, es el útero quien le da sentido, significado y utilidad a su existencia. Sin útero, la mujer pierde su finalidad, su esencia, su paraíso prometido. En este sentido, Tubert (1991, p. 33-35) hace referencia a otros personajes que también se encargaron de teorizar acerca de la fisiología femenina desde el finalismo conveniente:

> Según Tomás, la mujer no es más que el instrumento dado al hombre para procrear. Solo puede escapar a la subordinación rechazando la maternidad para mantenerse en un estado de virgen enclaustrada, pero así pierde su potencia

> física, olvida su cuerpo, rechaza su sexo…Hacia 1600, Jean de Liébault considera que la matriz no es más que un órgano, propio del ser femenino, la parte "más noble, más principal y más necesaria" de la mujer: la función generadora es lo que justifica la anatomía femenina; es ella lo que constituye la mujer como tal…aunque se estudian cada vez más los ovarios, la matriz sigue siendo objeto de fetichismo, porque se le sigue considerando como el órgano femenino por excelencia. Esta víscera actúa sobre todo el sistema femenino de una manera bien evidente, y parece someter a su imperio a la suma casi total de las acciones y de las afecciones de la mujer (doctor Murat, Diccionnaire de sciences médicales).

Ante la imposibilidad de las mujeres de generar conocimiento de sí mismas, ellas fueron definidas por los hombres, su órgano reproductor es donde comienza y termina todo intento de teorización sobre ellas, se les define desde sus entrañas, se les habla de sus aspiraciones, su esencia, sus fines y su naturaleza. La matriz es una herramienta que hay que utilizar para ejercer el sexo femenino y lo que no se usa se enferma. La mujer por tanto, está destinada a la reproducción. Molina Petit (2015, p. 71) refiere que el dictum de Tomás de Aquino "*Tota mulier in utero*" que recoge las ideas de Aristóteles, resume el pensamiento y el deseo de toda una tradición filosófica, religiosa, médica y psiquiátrica cuyos tintes misóginos, perduran hasta nuestros días, de una u otra manera:

> Es la expresión sintética, a modo de refrán, de que una mujer se resuelve en un cuerpo para la reproducción y antes, para el sexo, ya que toda ella es carne. Y por eso, para la Iglesia, la mujer es pecado o incitación al pecado (pues según Pablo "toda aspiración de la carne es enemistad con Dios" (Romanos 7,8); para la filosofía, ella va a ser materia o cuerpo, aquel principio tan devaluado en el pensamiento tradicional; para la medicina, la cura se va a centrar en su aparato reproductor y para la psiquiatría, su patología más frecuente será la "histeria" o enfermedad del útero.

Tal como lo asienta Rich (1986, p. 89) "la madre sirve a los intereses del patriarcalismo: así, ejemplifica en una sola persona la religión, la conciencia social y el nacionalismo. La maternidad institucionalizada revive y renueva todas las demás instituciones". Asimismo, plantea "la maternidad como la relación potencial de cualquier mujer con su capacidad de reproducción y con los hijos; y la institución

cuyo objetivo es asegurar que este potencial –y todas las mujeres– permanezcan bajo el control masculino" (ob. Cit., p. 47).

En el caso del poder médico, desde sus inicios, a la mujer se le concibió como reproductora, suspendiendo la idea de que la mujer es más que solo órgano reproductor. Sin duda, son improntas que se arrastran y que persisten con vigorosidad pues "no en vano la mayor demanda de atención en salud por parte de la mujer está centrada en lo ginecológico, así como también está arraigado en el colectivo, que una mujer sin hijos/as no está realizada como ser humano" (Camacaro Cuevas, 2008; p. 65). De modo que la construcción socio-histórica de la mujer en el discurso médico ha jugado un papel decisivo en cómo las mujeres se perciben a sí mismas y son percibidas.

Este poder que en conjunto otros poderes –que nacieron bajo el yugo masculino– establecieron quienes éramos las mujeres. Desde la contemplación de los médicos griegos como Galeno, las mujeres hemos sido construidas como lo otro, y esta marginación trajo consigo que las diferencias nos marcaran como inferiores respecto de los hombres. Para este poder, las mujeres éramos y somos objetos, no sujetos. Desde su mirada cosificadora y androcéntrica, todo lo distinto al cuerpo del hombre pasó a ser misterios que había que resolver, tomando como referencia al hombre. Es por ello que para feministas como Beauvoir:

> …desde la infancia las hembras humanas son condicionadas por discursos que refuerzan la idea de estar hechas para engendrar, apelando a los sentimientos conmovedores producidos en y por la maternidad. También se le advierte sobre los inconvenientes de las condiciones propias de su sexualidad –menstruación, dolores, enfermedades, entre otras– y sobre el tedio de las tareas domésticas. Pero todo ello "queda justificado por ese maravilloso privilegio que ostenta traer hijos al mundo" (De Beauvoir, 2012, p. 47; citada por Giallorenzi, 2017; p. 8).

De ahí que ella refiere que "en virtud de la maternidad es como la mujer cumple íntegramente su destino fisiológico; esa es su vocación «natural», puesto que todo el organismo está orientado hacia la perpetuación de la especie", planteando además que la maternidad se cree natural, "porque la cultura patriarcal la naturalizó; el patriarcado

instauró en el psiquismo femenino el ser madre como uno de los pilares de su subjetividad, un lugar de subordinación y de exclusión de la categoría sujeto social" (Beauvoir, 1949; citada por Sánchez Benítez, 2016; p. 256). Asimismo Tubert (1991) refiere que se asume a la maternidad como…

> …la única y verdadera realización de la vida femenina. De este modo se identifica lo físico y lo moral: la mujer está más determinada por su sexualidad que el hombre porque ella está destinada, más que él, a la función reproductora. Se afirma que el embarazo entorpece el espíritu y disminuye la capacidad intelectual; se concluye que la debilidad intelectual femenina no es una inferioridad; sino el signo de una perfecta adaptación a sus funciones (p. 36-37).

En este orden de ideas, referirnos a hechos de siglos atrás, nos puede generar la sensación de que todas aquellas sustentaciones parecen estar caducas, como si al repasarlas nos situáramos a una época muy remota de pensamiento, cuando por el contrario, desde otros matices, se han atornillado. Por ello, con certeza Badinter (2010, p. 11) lo advierte, para ella desde 1980, ha ocurrido una revolución en nuestra concepción de la maternidad, que ha pasado casi inadvertida o que pocas/os pueden dilucidar: "Ningún debate, ningún grito ha acompañado esta revolución, o más bien esta involución". Todas esas teorías en relación a la naturaleza de las mujeres sin posibilidad de contestación idearon el escenario para que, hoy por hoy, todavía se nos mire y nos miremos, como lo devela nuestra población de estudio, desde el finalismo, y no como seres que aunque dotadas de funciones biológicas, las mismas no deben ser miradas como determinantes. De ahí que ser madre es un requisito sine qua non para la mujer, un ingrediente necesario, obligatorio y esencial para que esta funcione correctamente, y quien no lo sea estaría fuera de la norma-función.

Las mujeres se planifican, se organizan y se proyectan en función de una maternidad idealizada e hipotética, confiando en su buena fisiología reproductora, incluso confiando en que contraerán matrimonio, aquel que también debe conquistarse sin retraso alguno. Coincidiendo nuevamente con Badinter (2010, p. 24) quien afirma que "la futura madre solo fantasea sobre el amor y la felicidad. Ignora la otra cara de la maternidad hecha de agotamiento, de frustración, de soledad, e incluso

de alienación con su cortejo de culpabilidad". En pocas palabras, la idea de "la mujer sin hijos" es impensable y la impronta patriarcal se hace más que evidente. Solé y Parella (2004; p. 73) nos asisten en este análisis:

> No podemos negar que la noción de maternidad está íntimamente vinculada a la noción de género; entendiendo por género el resultado de las relaciones y prácticas socialmente construidas, organizadas alrededor de las diferencias visibles entre los sexos. El concepto de maternidad y el de género están estrechamente conectados, en el sentido que cada concepto constituye un elemento del otro. El hecho que la maternidad sea el resultado de la división sexual de la función reproductiva, que biológicamente corresponde a la mujer, ha favorecido que la maternidad, en mayor medida que ningún otro componente del género, haya sido objeto de una interpretación fuertemente esencialista y se haya construido como algo universal, natural e inmutable, patrimonio exclusivo de las mujeres.

Aquella concepción esencialista no es más que un mito. Un montón de teorías que desde el patriarcado establecieron una forma de ver el mundo, en el que las mujeres han quedado atadas a solo una forma de ser de entre una gama de posibilidades. Los cuentos tradicionales aceptados como verdad y como historia, dieron una versión explicativa del mundo, a conveniencia del hombre. Oakley (1984) da cuenta de que al menos tres mitos han promocionado la maternidad como única identidad valida de la mujer: que todas las mujeres quieren ser madres; que todas las madres necesitan a sus hijos y que todos los hijos necesitan a sus madres. Bajo esta creencia popular, se ha legitimado una única forma de identidad femenina posible, que de no cumplirse, aflige a las mujeres no solo emocionalmente sino moralmente, pues si estas no ejercen sus funciones como se les ha indicado, son malas mujeres, malas madres. La impronta patriarcal está presente hasta en los prontuarios éticos y morales de nuestra sociedad.

Las acotaciones antes mencionadas son el sustento teórico que ilustra el imaginario que prevalece en los discursos sobre el peso cultural de la maternidad por encima de la realización profesional de ellas, llamando la atención que en muchos casos ni siquiera eran madres, ni llegaron a serlo, ocasionando una auto-marginación, distanciándose de aquellas ocupaciones que las llaman vocacionalmente, para dar

respuesta a aquel patrón opresor que pasa a hurtadillas; el mismo que ha idealizado una versión correcta e ideal de ser mujer. Sin embargo, pasado el tiempo, estas mujeres toman conciencia de que efectivamente si hubiesen podido haber hecho aquello de lo que se distanciaron. Muchas de ellas terminan percatándose que ha pasado el tiempo y aún no han logrado ni el matrimonio ni las/os hijas/os añoradas/os. Ninguna de las conquistas que las mujeres celebran tradicionalmente como el sueño de sus vidas.

Ultimadamente, las mujeres se dan cuenta que su proyecto de vida no fue como lo planearon y que pudieron haber hecho aquello que tanto deseaban y que frustraron por un ideal represor:

*[**E7**-0049…0247]: "creo que si mi abuela no me hubiese aconsejado, creo que pude haber estudiado medicina también y no creo que hubiese sido una limitante lo de tener familia porque fíjate ya estudié el pregrado, ya estudié el postgrado, ya tengo mi familia que es mi pareja pero no tengo hijos y creo que es algo que nos sigue estigmatizando…Por eso es que te digo, creo que yo pude haber estudiado tranquilamente cirugía…si lo pude haber hecho igual sin ningún problema. Yo igual mi planificación era tener familia y cumplir ciertas metas luego de tener mis roles académicos ya cumplidos, pero si lo pude haber hecho…si por ejemplo la vida humana fuera más larga, si fuera más larga la edad productiva y yo pudiera tener hijos a los 50 años tranquilamente pudiera estudiar cirugía ahorita".*

Las mujeres comprometen sus aspiraciones personales, muchas veces traducidas en insatisfacción personal que quizá no se siente en el momento de tomar las decisiones sino posteriormente, cuando ellas dan cuenta que se han dedicado a una promesa para otros y no para sí mismas. Desde este marco referencial, la odontología es una ocupación que le ofrece a las mujeres seguridad en cuanto al ejercicio *exitoso* de todos los roles por asumir, pues otro tipo de oficios profesionales como los que ellas refieren –la medicina y la especialidad cirugía buco-maxilofacial– les dificultaría el curso llevadero de su multifuncionalidad, entiéndase por curso llevadero, *más fácil de sufrir* (RAE, 2019). Pese al deseo original o puro de ser médicas o cirujanas buco-maxilofaciales, las odontólogas se excluyen de estos espacios, debido a que las características de los mismos, no les permite ser *mamá de verdad* o cumplir con el estereotipo de una buena madre. "Este último planteo nos

pone de lleno en la centralidad que la conciliación familia-trabajo tiene en la planificación de las trayectorias profesionales femeninas y en la ausencia de esta cuestión como problemática en las trayectorias profesionales masculinas" (Pozzio, 2012; p. 123).

Haciendo justicia a los cambios y fracturas que se han venido gestando en el tiempo en relación a las concepciones hegemónicas de maternidad y paternidad, todavía siguen instaurados en el imaginario colectivo los estereotipos construidos sobre las relaciones entre madre e hijas/os y entre padre e hijas/os. Sole y Parella (2004, p. 76), resumen mediante algunas citas, esta realidad:

> Existe una serie de estereotipos sobre «la buena» y la «mala» madre, generadores de conflictos psicológicos, profundamente arraigados. Estos estereotipos se sustentan, obviamente, en el mito de la maternidad como necesidad universal de las mujeres, caracterizada por la absoluta abnegación, renuncia y dependencia hacia los hijos (Fernández-Montraveta 2000). La buena «madre», según Swigart (1991), es una mujer que sólo quiere lo mejor para sus hijos, que sabe intuir sus necesidades sin el menor esfuerzo; en definitiva, una mujer inmune al aburrimiento, que vive la crianza de sus hijos como una fuente de placer que no requiere sacrificio. La maternidad no se concibe como deber; sino que madre e hijo disfrutan el uno del otro de manera casi instintiva (Brannen, Moss 1991). Como contrapartida, la mala «madre» es una mujer que se aburre estando con los hijos, narcisista, sin empatía, centrada en sus propios intereses, lo que la convierte en un ser insensible a las necesidades de sus hijos; unos hijos que acaban padeciendo trastornos psicológicos de los cuales la madre no es consciente (Swigart 1991). Este tipo de enfoques dejan completamente de lado la responsabilidad de los padres en la atención de los hijos y el contexto institucional. En definitiva, en base a este imaginario de la maternidad «intensiva», tener hijos/as sin renunciar necesariamente a otras aspiraciones o relaciones se aproxima al rol de la «mala» madre.

En consecuencia, las mujeres como trabajadoras o estudiantes, deseosas de ejercer sus vocaciones no son plenamente bien vistas. De allí que "las mujeres tienen problemas para elegir, para construir sus relaciones y su proyecto de vida, presentan temor a la sanción social o la sensación de culpa, no se tienen los derechos y libertades para optar o no a la maternidad" (Hauser Dacer, 2016; p. 152). Tal como lo planteaba Beauvoir referida por López Pardina, 2014; p. 58-59):

> …si echamos un vistazo a los entornos de hombres y mujeres que se cohesionan en las sociedades occidentales, lo que llama la atención de es que siendo las mujeres seres constitutivamente libres como los varones, es decir, seres cuyo ser consiste en hacerse su ser mediante la realización de proyectos libremente elegidos, el entramado social de las relaciones hombres-mujeres sea tal que mientras los varones habitualmente pueden llevar a cabo sus libres proyectos sin aparente coacción, las normas sociales y culturales, las costumbres, constituyen un entramado coactivo para las mujeres, de tal calibre, que difícilmente pueden ejercer la libertad que como humanas les corresponde.

Esta coacción se hace operante cada vez que hasta las mismas mujeres defienden y veneran un estereotipo de buena madre a expensas de sacrificar a sí mismas, sus aspiraciones, su ser. Estos estereotipos se consolidan en los discursos de las mujeres, los cuales afirman la existencia de prejuicios, pues las mujeres son reguladas y se autorregulan a través de la culpa, exaltando el concepto de ser una madre de verdad, queriendo decir ello que las madres verdaderas son aquellas que saben elegir sus profesiones, posponen sus necesidades, ignoran sus deseos o vocaciones, si ello fuese necesario, ante el cuidado de sus hijos:

*[**E1B**-0071-00122]: "No, puede tener claro, siento que allí influyen mucho los valores morales y espirituales de la mujer y el hombre. Obviamente, ehh, el hombre, y no por ser machista el hombre generalmente en esta sociedad es como el que provee aunque la mujer tiene el mismo papel, pero eso no implica que el hombre no tenga que tener la capacidad de también priorizar la familia, es decir, hmmm…que tenga que dedicarle el tiempo, lo que sea necesario, pero hay cosas, o sea de la educación que para uno, los hijos, un ejemplo, básicamente la madre es la que pasa más tiempo, ojo, no se tiene que ser esclava de eso ¿no? Ni estar viviendo todo el día en una casa, o sea algo equilibrado, como tiene que ser, pero la mamá es como que uno debe estar ahí siempre…de poder si se puede, (que la mujer sea y ejerza la cirugía buco-maxilofacial) la cuestión está en que la mujer, que esté consciente que va a descuidar, o sea va a dedicar más tiempo al exterior que a su familia, que a lo mejor esa noche va a tener que salir de madrugada y no llevar a sus hijos al colegio, por decir algo. O hacerles el desayuno, entonces esas cosas que también uno tiene que revisar. Que ¿un esposo lo puede hacer? Estoy de acuerdo, porque en EEUU hay esposos que a lo mejor son amos de casa, por decirte algo y se dedican a eso, pero si, si uno quiere ser parte de eso, y quiere ser, digamos, mamá, pues tiene que poner prioridades en las cosas, en la vida…no es que es incompatible ser cirujana y mamá, mira yo te digo, lo que yo quería llevar, que era vivir en un hospital y a mí me apasionaba vivir en un hospital, llegar allí con un caso, un tiroteo, un tiro, eso, o sea que me llamaran de madrugada, que es en realidad lo que me parece genial, eso sí*

me parece, ese nivel de cirugía, que es bastante forzado para una mujer, que se puede hacer, ajá pero entonces vas a sacrificar, entonces primero está la familia, porque yo conozco un caso de un cirujano, porque conozco su esposa, donde ella dice que al esposo tenía 1 o 2 días que no lo veía porque no había podido salir por cirugías en el hospital…está bien, pero yo no estaba interesada en eso. Yo no estaba interesada en sacrificar los tiempos que podía pasar con mi familia, hay cosas mejores, y no todo tiene que ser eso".

*[**E4**-0063-0073]: "a ellas la llaman de guardia o lo que sea, tienen que dejar lo que sea que están haciendo para ir a atender a sus pacientes, cosa que requiere extremada vocación, no te digo que sea malo ni que abandones a la familia ni nada pero yo necesitaba tener más tiempo con mi familia ¿me entiendes? Para mí era más importante, para mí era más importante dedicarle tiempo a mi familia, tener mis hijos y dedicarle el tiempo necesario que estar en esa área…que yo tenía mis tías y mis primas médicos, y yo veía que ellas no estaban nunca. Entonces, yo así como que bueno. Sus hijos nunca les ha faltado nada, pero nunca tuvieron allí la presencia de su mamá todo el tiempo ¿me entiendes?".*

Léase con detenimiento el primer discurso donde se hace entrever que las mujeres que no asuman el rol idealizado de madre tiene otro tipo de valores morales y espirituales –para no decir que no los tiene– además de generar una sensación equilibrada de la maternidad (maternidad no intensiva), que acaba por desmoronarse al proclamar que las mujeres son las que asumen la mayor responsabilidad en la crianza de las/os hijas/os. Por ello es que en el imaginario colectivo subyace la idea que ser mamá médica o cirujana no es ser mamá de verdad.

Las mujeres deben saber muy bien qué escoger como ocupación que no vaya en detrimento de sus funciones adicionales. Por consiguiente, las que así escojan aquellas carreras absorbentes estarían sentenciando sus familias "al descuido o a un menor puesto entre sus prioridades". Todo el peso de la carga familiar recae sobre las mujeres, gracias al mito de la "supremacía biológica de las madres sobre los padres" (Ehrensaft, 1992; p. 95). La mujer médica, por ejemplo, sacrifica el bienestar de su familia por una carrera, en cambio el hombre médico no. Esta realidad va de la mano con los roles asignados para mujeres y hombres en el entorno familiar, en la que el rol de madre es el más importante en esta esfera privada. La madre es la figura central que se lleva la mayor responsabilidad, la que como dijimos arriba es responsable hasta del cuidado de la pareja.

Aun cuando en los últimos años, cada vez más mujeres no se inscriban en el modelo convencional de la maternidad intensiva, "la injusticia doméstica subsiste: la vida conyugal siempre ha tenido un coste social y cultural para las mujeres, tanto respecto al reparto de las tareas domésticas y la educación de los hijos, como al desarrollo de su carrera profesional y su remuneración" (Badinter, 2010; p. 27). Aun cuando hoy por hoy se habla de mujeres postmodernas como aquellas mujeres que han propiciado nuevas expresiones de maternidad –manifiestas a través de la tenencia de hijos a una edad más avanzada, tomando una orientación más consciente de la maternidad y del curso de su vida como mujeres–, aún prevalece la distribución de roles de género que por mucho que el modelo occidental de maternidad se crea menguado, no está más que atenuado. Es evidente que para una transformación real de la perspectiva de la maternidad y paternidad, es necesario el desmoronamiento del mito de la buena madre, que favorece el discurso del cuidado de la prole como competencia de las mujeres dada su femineidad. Lograr esto debería…

> …llevar a una redefinición de una nueva forma compartida y responsable de tener y criar hijos e hijas. Dejar de suponer la maternidad como sinónimo de altruismo y empezar a considerarla como un hecho afectuoso que demanda, para poder practicarlo de un camino previo, el amor de la mujer a sí misma, como persona responsable de su vida (Hauser Dacer, 2016; p 153).

De manera que "no se puede negar el carácter doloroso que tiene confrontar el mito de la mujer-madre: la culpa, el miedo, la sobre-exigencia, y muchas veces la incomprensión y la soledad son situaciones que tienen que afrontar muchas mujeres" (Sánchez Benítez, 2016; p. 261). Las narrativas nos muestran cómo se emiten prejuicios a las mujeres que consideren para sí, carreras que consumirían un tiempo valioso a ser dedicado a su familia. Aquellos fragmentos revelan el discurso regulador que resguarda la ideología hegemónica de maternidad y paternidad. Entonces se crean tensiones entre los deseos propios de las mujeres y el imaginario que las rodea, repercutiendo en cómo las mujeres médicas o cirujanas, por ejemplo, son vistas, cuestionadas o juzgadas, porque ellas estarían transgrediendo la forma convencional e

ideal de ser mamá. Resistir los designios hegemónicos sobre el ser mujer-madre como lo expresa Sánchez Benítez (2016, p. 265) significa:

> …permitirse "ser malas madres", madres imperfectas, falibles, lo que significa permitirse ser rebeldes y transgresoras, siendo conscientes, claro, de los costos que tiene darse ese permiso en esta sociedad (ser señaladas, sancionadas, rechazadas), y también las ganancias tanto en autonomía sobre su cuerpo, como en las transformaciones de prácticas y discursos que construyen sujetos.

Es necesario la desconstrucción del discurso que somete a las mujeres a no reconocerse a sí mismas antes que a los otros, y que presentan a la maternidad como un evento imperativo y de únicamente experiencias gratas. Es necesaria la liberación de las mujeres de ese sentimiento de culpa que las embarga cada vez que ellas persiguen sus sueños o no sienten un deseo verdadero de ser madres, al que el sistema hegemónico las arroja casi sin escapatoria posible.

3-Los roles de género en la maternidad/paternidad, son la vara de medir. La maternidad y la paternidad son miradas desde diferentes perspectivas, las mujeres tienen un carácter ineludiblemente exclusivo en la crianza y cuidado de los hijos, mientras la paternidad sugiere un papel más bien externo, regulador y proveedor. En la actualidad, se cree que existen nuevas formas de paternidad donde la distribución de las responsabilidades es equitativa. Sin embargo, desde este estudio pudimos evidenciar que los hombres no sobrepasan el límite del concepto de ayuda o colaboración en el sentido de prestar cooperación o auxilio a la madre a quien por "norma" le corresponde tales tareas. Esta concepción transita entre las narrativas de nuestro grupo de estudio, reflejando cómo la ideología dicotómica maternidad-paternidad está presente y vigente en el imaginario colectivo y administran la vida de las mujeres, incluidas las odontólogas:

*[**E1**B-0057-0068]: "los esposos lo pueden hacer, pero eso no implica que por lo menos el tiempo que uno dedique a un hijo, yo trabajando en un hospital, no iba a ser lo mismo...Entonces no es lo mismo, que yo estuviera en el hospital, todos los días, mi hijo en la guardería, si en dado caso, ya hubiese tenido en ese momento el*

hijo, para estar sacrificando todo ese tiempo porque yo iba a estar…o sea mi prioridad era ser siempre, y es aun, cuando lo tenga, la familia, antes que un estudio, un trabajo…como tener un punto equilibrado. Y si lo que yo si quería era estar, ehh…en un hospital, eso hubiese sido ahorita, o cuando tenga a mi familia o después. Entonces no es lo ideal".

*[**E4**-0092-0121]: "la mujer tú sabes que, siempre la mujer juega como que el rol principal, en el sentido uno con su, su, su, con su, como te digo, con su…vocación materna, es otra cosa, pero siempre el papá está ahí y uno necesita el papá para todo…me parece es igual de madre y padre pero bueno tú debes saber que como mamá, desde el momento en que tú tienes a tu muchachito en la barriga es otra cosa y nunca, y por más que sea que el papá este ahí y le dedique, nunca jamás va a sentir lo mismo que tú puedes sentir porque tú tienes al bebé entonces para mí por lo menos, yo no sé si es que yo soy muy tonta, pero para, para mí, yo siento que mi hija necesita de su mamá en todo momento. De su papá también, pero es como si la mamá no está, no sé…(pausa). El papá debería ayudar en lo que más pudiera y debería ser cosa de los dos, porque igual a la final los hijos son de los dos".*

*[**E5**-0346…0371]: "Mi esposo me colabora en todo, con la bebé, de todo, me ayuda…hoy en día el rol del esposo es distinto, no es que te ayuda con la bebé sino que comparte actividades como padre pues, entonces por ejemplo, el momento que yo tengo mis pacientes citados, él esta con la bebé y cuando él tiene sus pacientes, yo estoy con la bebé …no es que te ayude porque eso no, eso hay que sacárselo de la cabeza, es actividades compartidas, si es un hijo, no es que –ay tu esposo te ayuda…Esta tendencia moderna no es así, ahora los padres son como más abiertos, si te das cuenta como de un tiempo para acá hay, te ayudan mucho, sobre todo como ahora está la lactancia materna, hay promoción de la lactancia entonces, el papá como que ayuda con otras actividades, o sea participa en otras actividades…nosotros a pesar que nos dividimos las actividades en casa con la bebé y nos turnamos, él tiene más oportunidad de trabajar y genera un poco más de ingreso, e inclusive también ha tenido la oportunidad de trabajar afuera y por supuesto que ha generado otro tipo de ingreso".*

*[**E7**-0060-0068]: "Y es que básicamente, dentro de la sociedad, vamos a decirlo así, hay ciertos roles que ya están implementados como la mujer y el hombre en cuanto a la familia y el cuidado de la casa, ese tipo de cosas. Entonces, aunque yo no sea muy, la mejor ama de casa del mundo, porque todas esas cosas, no, no, no estoy como que encasillada en ese rol como tal, pero si siento que hay cierta inclinación".*

*[**E9**-0761-0765]: "Por la parte cultural, el hombre es el proveedor de la casa, aunque a lo mejor no ejerza la odontología por algún u otro factor siempre será el proveedor de la casa, lamentablemente…creo que es una cuestión cultural".*

Estos discursos ponen en evidencia que los hombres permanecen inscritos en la esfera pública, mientras las mujeres deben hacer malabares para dar respuesta a ambas esferas, la pública y la privada, esto "al menos al principio de la vida en pareja, ya que la llegada del hijo incrementa notablemente las horas de dedicación doméstica de la mujer, mientras que el hombre, en cuanto padre, se dedica más al trabajo profesional" (Badinter, 2010; p.27). La crianza de los hijos todavía sigue siendo un asunto reservado para las mujeres, y esa viene a ser su tarea principal. Al respecto, Tubert (1991) afirma:

> Se acepta generalmente que la paternidad es una función simbólica, la maternidad es considerada, por el contrario, como una función natural. Si las representaciones del hombre y la mujer basadas en una oposición binaria constituyen un recurso discursivo para aliviar la angustia ante las incertidumbres de la sexualidad y su heterogeneidad con respecto a la diferencia anatómica de los sexos, la dicotomía entre una paternidad social situada del lado de lo simbólico y una maternidad biológica situada del lado de lo real es solo una forma más en que se expresa el binarismo" (p. XIV).

Conminamos a detener la mirada en los dos últimos discursos, los cuales promueven la idea de una maternidad no intensiva, en la que los hombres vienen compartiendo las mismas responsabilidades que las mujeres, sin embargo, si nos detenemos en su deconstrucción discursiva, denotamos que subyace el statu quo, el hombre sigue siendo quien permanece adherido a un esquema de trabajo más extenso que el de la mujer, lo que implica que es la mujer quien siempre termina por ceder para dar cabida al cuidado familiar. Dando rigor a lo que venimos expresando, nos volvemos a apoyar en los estudios de Tirado (2014), en los cuales acota que si bien se percibe cierta participación por parte de los hombres en lo doméstico, dicha participación es sobrevalorada y considerada como un quiebre del paradigma de la maternidad/paternidad tradicional:

> En el interior de sus hogares el reparto de las tareas doméstico-familiares, no es equitativo con el cónyuge, el cual tiene casi nula participación en las actividades de la reproducción. Sin embargo estas profesionales valoran la intervención del hombre en la esfera reproductiva. La falta de equidad en la distribución de dichas actividades nos da muestras de las pautas tradicionales

> que rigen su desigual reparto. Reflejando que las tareas reproductivas están sesgadas por la "naturalización femenina del trabajo doméstico"; pero también por una exagerada apreciación de la contribución masculina a dichas tareas. Lo que afianza la invisibilidad y desvalorización del trabajo de la reproducción, así como una sobrevaloración de la aportación masculina al mismo (p. 249-250).

De allí que se pone en evidencia una contradicción discursiva, donde se plantea una nueva concepción de paternidad, donde presuntamente ambas figuras, madre y padre, se reparten tareas por igual, pero luego se expresan inconsistencias que develan una postura quizá más condescendiente y considerada de los varones padres hacia sus parejas y el cuidado de los hijos, pero no verdaderamente igualitaria. Finalmente, se reafirma la frase *madre es madre*, y ello no permite que se desligue de la idea de rol principal. Son las mujeres quienes se quedan en casa cuidando a los hijos, y son los hombres quienes finalmente continúan ejerciendo trabajos a tiempo completo.

Para efectos de esta investigación de corte feminista, una concepción igualitaria de maternidad y paternidad implicaría que no habría actividad que los padres no pudieran hacer en el cuidado y crianza de la prole y todo lo que ello deriva en el mantenimiento del hogar, así como tampoco, las mujeres madres serían las que necesariamente deben abandonar sus aspiraciones; los hombres en negociación con la pareja también pueden ser aquellos que asuman sacrificios, de ser necesarios, o aún mejor es que, ambas partes puedan reconciliar lo familiar con lo laboral, sin que ello signifique ni que los hombres sean mandilones, ni que las mujeres sean brujas. En cambio, ello significaría una nueva forma de mirar a los hombres, como aquellos que también les corresponde una cuota de responsabilidad que deben compartir con las mujeres.

Pero la realidad hasta el día de hoy es que a diferencia de las mujeres, engendrar para el hombre no es motivo para separarse de su carrera, temporal o definitivamente, mientras la sexualidad femenina si nos circunscribe y nos limita de aquello. Por tanto, "para una mayoría de mujeres, la conciliación de las obligaciones maternales, que cada vez resultan más pesadas, con su plenitud personal sigue siendo problemática" (Badinter, 2010; p. 12). "Los hombres, sin embargo, definen proyectos propios de

expansión ajenos a la familia y a la prole, y no se plantean renunciar al tiempo propio por el tiempo familiar" (Royo Prieto, 2013; p. 128), esto es porque la figura del padre está representada por…

> ...el sol, el espadín, la corona, el sitial, la ley. En diferentes sociedades, el padre ha tenido como principal función la de otorgar el apellido, de sostener económicamente y de socializar a su hijo o hija. También se le reconoce el papel de reproductor de la especie, realizado en forma episódica y fugaz. Dando una dimensión a la paternidad como si fuese un ejercicio de adopción o un acto de fe en la palabra de la madre. Es decir, en varias sociedades, sobre todo en las occidentales, se le reconoce al hombre un rol biológico en la función reproductora, pero no en la permanencia de lo que supone la crianza (Hauser Dacer, 2016; p 154-155).

Por su parte, a las mujeres se les ha convencido "que tener hijos y marido es lo mejor que puede esperar de la vida" (Federici, 2013; p. 37) y esto determina su papel en la sociedad, su sometimiento a la multiplicidad de funciones y a su dependencia del hombre. Esta discusión nos remite ineludiblemente a considerar a los hombres como seres libres, donde paradójicamente en la así llamada carrera de mujeres, los hombres gozan de ventajas que las mujeres no, y ello hace que aun cuando las mujeres abunden, aquella minoría de varones disfrute de mayores oportunidades para desarrollarse y desenvolverse en lo público:

*[**E1**A-0052-0057]: "quizás un hombre es más independiente. El hombre si está casado, lo que hace es bueno nada, el agarra se va al trabajo y ya. Si uno ya es mamá implicaba el hecho de que había que dedicar tiempo, cuidar al niño, y no es lo mismo que uno deje al bebé con un familiar, a que uno lo cuide. Yo no quería eso, si en dado caso, ya iba a tener la familia…O sea, si creo que el hombre tiene más flexibilidad porque la mujer tiene más…mmm…es la que se dedica más a sus hijos en educación y formación ¿sabes? Tienen que estar más tiempo con ellos".*

*[**E3**-0089-0091]: "O sea, los hombres podrían meterse de lleno en un hospital y todo, en cambio como que la mujer como que te limita más".*

*[**E9**-0766…0796]: "Ah no claro, mi mamá, mi mamá es quien redujo sus horas de trabajo, solo mi mamá, si obviamente las cuestiones familiares te van a reducir las horas laborales porque tienes que asumirlas pues, y este, el hombre siempre va a ser como el proveedor…y bueno en relación a odontología, tengo muchas compañeras que dejaron su parte laboral para dedicarse a la atención de sus hijos…Ahora a*

nivel laboral, si varias dejaron de trabajar por dedicarse a sus hijos. Con pregrado si, los hombres que estudiaron conmigo…que eran pocos…están actualmente en la parte laboral…están trabajando en la parte de odontología. En cuanto al grupo de mujeres, era mucho mayor…las que son mamás no están trabajando. O sea podría decirte que como el 70% de las que tuvo hijos no está trabajando en odontología. De la parte soltera si hay quienes están trabajando…siempre cuando ya los niños van creciendo y tienen que asumir muchísimas más responsabilidades con ellos, este te van tomando mucho más tiempo…puede ser una cuestión cultural también, donde el hombre trabaja y la mujer se queda con los niños...Pero mi mamá asumía muchas cosas".

*[**E15**-0265-0280]: "Mira, yo no sé si tiene que ver porque el mujer juega un rol bastante importante en la sociedad, son madres, son esposas, tienen responsabilidades por lo que les abarca más tiempo y les imposibilita resaltar, porque eso reta y consume tiempo, para dedicarle a esto, no es solamente hacer un diente, no. Es conocer propiedades de los materiales, hacer investigaciones, estudiar muchísimo, leer artículos, hacerlos, y eso amerita tiempo cosa que a causa en condiciones de errores sociales, el hombre no tiene tanta responsabilidad como la mujer, haciendo que cada vez más se destaque en el área. Creo que los hombres se destacan es por eso, más que por cualquier otra cosa, créeme".*

*[**E20**-0026…0056]: "La verdad es que lo que pasa que tuve que como que ajustarme y empezando porque yo estoy sola aquí en Caracas y no tengo mucha ayuda, entonces tuve que ajustar como que los días que me lo podían cuidar y trabajar esos días nada más, los demás no puedo trabajar, no puedo trabajar, no puedo trabajar todos los días todavía... antes trabajaba normal a la hora que me diera la gana, cuando pudiera y cuando me llamaba cualquier paciente y ahorita no, ahorita tengo que, que planificar primero, no puedo así de repente, ni muy, muy porque si no el bebé no me deja trabajar…Bueno de los que conozco, sí…Porque nada, los hombres le dejan los hijos a la esposa y se van a trabajar (risa)...tienen la facilidad de que bueno ellas los cuidan…Que el hombre se dé a conocer por eso mismo, tiene, que digamos la paternidad sea más fácil que la maternidad y el hombre se dé más a conocer por eso".*

*[**E25**-0119…0162]: "Además que las mujeres son más organizadas, más delicadas se concentraban más ¿ok?, en el estudio, pero después se graduaban y nos dimos cuenta que nosotros teníamos más oportunidades de trabajo y más tiempo para dedicarle al trabajo, entonces digamos que los hombres de alguna forma estábamos en desventaja en cuanto a preparación, incluso en cuanto a conformación de equipos, incluso hasta en visión de futuro de la profesión, nos dimos cuenta que nosotros teníamos más oportunidades por ejemplo de dedicarle más tiempo, a pulirnos, a prepararnos, a hacer postgrados, a trabajar y todo eso, más que todo por el punto de vista de familia…como te digo desde punto de vista conferencista, y todavía sigue siendo así, aunque en menor proporción, la mayoría son hombres, aun cuando la mayoría que se gradúan son mujeres…Yo creo que mira, hay varios*

aspectos allí, uno, vamos a partir del tema social, porque y sigue siendo así lamentablemente, nosotros perdemos la oportunidad de esas mujeres brillantes, hermosas y muy bien entrenadas y de que transmitan el conocimiento, no está del todo bien visto que una mujer vaya de aquí para allá para otras ciudades, esté de viaje, dando conferencias y todo, porque una mujer sola por ahí qué hace, que no sé qué, entonces se ve aquello de que, qué hace la mujer sin el hombre, en cambio sí está permitido que el hombre ande por ahí entonces lamentablemente es así".

La asimetría en el reparto de lo doméstico favorece a los hombres, de ahí su indudable libertad para poder ejercer sus vocaciones y anhelos. Las frases "el hombre es más independiente", "el hombre tiene más flexibilidad", "se va al trabajo y ya", "los hombres podrían meterse de lleno en un hospital", develan la diferencia de libertad entre ambos grupos, pues precisamente como a los varones se les ha otorgado la función de proveer, y esto permanece en la práctica sin mayor quebrantamiento, no tienen impedimento alguno para continuar con su crecimiento profesional y laboral. Lo contrario, mientras más oportunidades de crecimiento ellos obtengan, se garantizan mejores ingresos que satisfarán su tarea de proveedor, y que a su vez implicarán mayor autonomía y liberación de lo privado porque todo lo que lleven a cabo en lo público se justifica en su rol de proveedores. Esto concuerda con otros estudios como el de Royo Prieto (2013, p. 130) quien consultó a hombres que manifestaron que la "vida familiar no afecta a su empleo (ninguno de ellos lo ha modificado después de tener descendencia). Asimismo, ningún padre consultado expresa culpa, a pesar de que frecuentemente dedican menos tiempo a sus hijas e hijos que sus compañeras".

En este sentido, es preciso acotar que si bien se tiene la idea de que los hombres son más exitosos, famosos o reconocidos que las mujeres, resulta de vital importancia sopesar que muchas veces ese éxito, fama o reconocimiento lo logran a expensas de las mujeres, quienes si les ha correspondido asumir la carga privada, teniendo que posponer sus metas, planes y aspiraciones, o incluso abandonarlos. Es interesante el último discurso que nos muestra una comparación digna de atención, en donde el participante masculino expresa que si bien, como estudiantes de pregrado, las mujeres gozaban de la ventaja de ser abundantes y por tanto disfrutar del beneficio de una

mejor cohesión como grupo, una mejor adaptación, además de contar con ciertos atributos que como féminas les sienta bien para desenvolverse en la odontología, tales ventajas, terminarían por compensarse o disolverse pues, al momento de ejercer la odontología y las/os profesionales iniciar sus vidas como madres y padres, se revertía todo aquello, pues ahora eran los hombres, dada su libertad para desenvolverse en lo público, que se harían notar más que las mujeres.

Esto debido a que ellos no tendrían que reducir sus horas de trabajo en ningún momento y porque además no está bien visto que las mujeres anden solas, de conferencia en conferencia, o viajen para realizar estudios fuera de la región o en el exterior, libertades que si gozan los varones, reflejándose la persistente desigualdad entre mujeres y hombres. Lo antes mencionado encuentra eco en un reciente estudio sobre desigualdad de género en el trabajo en médicas recién graduadas con estatus parental, en el que sus autoras, Frank, Zhao, Sen y Guille (2019) afirman que:

> En 6 años, casi tres cuartos de las mujeres médicas informaron reducir las horas de trabajo a tiempo parcial o considerar el trabajo a tiempo parcial. La aparición de esta brecha tan temprano en las carreras de las médicas puede contribuir a desigualdades de género posteriores en compensación y promoción y sugiere la importancia de ampliar el apoyo social e institucional para el equilibrio trabajo-familia avanzando. Hasta que las políticas y una cultura que permita a las mujeres y los hombres ser padres no sean creadas, las mujeres médicas están menos propensas de ser retenidas y de avanzar[53] (p. 2).

Esto revela que aunque existe una gran mayoría de mujeres ahora en la medicina, e incluso con una formulación de leyes que favorece su ingreso en el campo, esto no se traduce en que tengan el camino allanado. De ahí que podemos tener idea del porqué las odontólogas, que en un principio querían la medicina como carrera (hallazgo rastreado en el apartado anterior) prefieren seleccionar la odontología, pues aunque esta no les garantiza eximirse de su carácter multifuncional asignado, les facilita el acoplamiento entre ambas esferas. Los aportes teóricos de Gross y Schäffer (2011) dan cuenta de esta desigualdad en el caso de las odontólogas, al afirmar que:

> Otro aspecto limita considerablemente el camino al propio empleo y la preferencia de largas prácticas: la continuidad relativamente más baja de las

> trayectorias profesionales de las mujeres. En 2000, 48% de las dentistas alemanas que eran madres interrumpen sus carreras para criar a sus hijos, lo cual es claramente un porcentaje mucho más alto que el de los padres[54] (p. 135).

De manera que es evidente que…

> …la cuestión sobre quién ahorra su tiempo en reproducción y quién lo gasta es bastante obvia. Esta desigualdad entre mujeres y varones en el uso del tiempo tiene profundas implicaciones, ya que…"esas horas de más dedicadas a limpiar, cocinar, fregar, etc., son horas que se ahorra el compañero, los hijos e hijas y que pueden dedicar a sí mismos, a su propio crecimiento y mejora personal" (Izquierdo, Del Río y Rodríguez, 1988: 29, 33) (Royo Prieto, 2013; p. 125).

En consecuencia, las mujeres pagan un alto costo o impuesto reproductivo (Palmer, 1992; p. 79) incluidas las odontólogas, lo que refleja que pese a su mayor introducción en el campo odontológico, existe una precaria o débil inserción en el mundo laboral y por tanto su presencia se hace débil e intermitente frente a la permanente e irreductible presencia masculina.

Ahora bien, esta diferencia de libertad entre mujeres y hombres se evidencia también desde el punto de vista académico, pues el embarazo y la maternidad durante estudios universitarios conllevan para ellas, más dificultades que para los hombres. Lógicamente no es lo mismo llevar adelante un estudio ejerciendo la maternidad, pero, dado el carácter principal de ellas en el cuidado de los hijos, se diferencian de los hombres a que estos no tendrían que separarse en ningún momento de sus estudios o trabajo, y esto lo veremos reflejado en los siguientes discursos, en el que ellas, pudiendo llevar adelante sus estudios de manera menos agotadora y estresante al compartir las responsabilidades con los padres, se ven limitadas, obligadas a alargar sus periodos de estudios o abandonarlos temporalmente, o definitivamente:

*[**E1**A-0410-0414]: "Si hubo casos de maternidad y era una desgracia, pobrecitas [risa]. Solamente una de las muchachas lo logró hacer todo, que, berro, de verdad era impresionante, ella se mantuvo en todo su postgrado, se terminó, y nada, ella llevaba tiempo pasada de postgrado pero no importa, lo logró".*

*[**E9**-0494-0528]: "como se puede evidenciar también que en el momento de mi postgrado dos de mis compañeras tenían hijos, al momento de estudiar, de verdad*

que hoy en día, aunque no tengo hijos, las valoro muchísimo porque de verdad que no sé cómo hicieron porque sé que es mucho más difícil, mucho más complejo, por lo menos la parte de estudiar donde es un área con dedicación exclusiva, donde tienes que estar todos los días, donde nosotros no dormíamos, dormía yo 2 horas apenas, entonces teniendo un hijo, haciendo las labores…A otras compañeras que tenían ya un hogar, tenían que asumir otro tipo de responsabilidad, como lavar, hacer desayuno, cena, cuidar a sus hijos que estaban muy pequeños…yo recuerdo que mis dos compañeras esperaban que sus hijas le dieran de comer, lo acostaban para poder ellas comenzar a trabajar, llevarlos a las tareas en las tardes, a sus actividades, si obviamente el tiempo se reduce para quienes ejercen esa vida pues maternal, pero sí pudieron cumplir evidentemente con los aspectos, por lo menos los de estudio".

*[**E2**-0057-0067]: "solamente eh, una eh, perdón, una se retiró…de las mujeres…razones personales, familiares, se le complicó la vida, tenía problemas con los hijos, no es fácil…y la otra fue que interrumpió porque salió embarazada pero después que dio a luz, la retomó y terminó de…se graduó".*

*[**E26**-0174-0176]: "Al final nosotros fuimos los 4 varones nuestros y 3 de las hembras porque una tuvo que terminar porque salió en estado".*

*[**E26**-0118-0173]: "yo tardé un poco en hacer la especialidad porque yo comencé unas materias de avance…entonces bueno comencé, y ya la exigencia aquí de chamos me hicieron no poder terminar…y no poder continuar allá, o sea no me pude ir a Caracas, entonces se retrasó hasta que bueno llegó el momento, ya mi hijo estaba grande, y hubo la posibilidad de hacerlo…Allí reenganché y bueno ahí si culminé todo completo, sin problemas porque bueno ya mi hijo estaba grande, ya era otra condición, ya mi esposo estaba aquí en la casa, ya era otra cosa…por la experiencia que yo tengo, es más, es más permitido, o sea es más fácil para el hombre irse a hacer postgrado que para la mujer porque la mujer tiene muchos roles en la casa pues, o sea en el hogar, gracias a Dios bueno yo siempre tuve el apoyo de (…) pero aun así, este, no era fácil porque él tampoco trabajaba todo el tiempo en Valencia, entonces yo no me podía ir a Caracas toda la semana porque él tampoco estaba, entonces se retrasó lo mío, pero en la experiencia que yo tuve con mis compañeros, me parece que fue mucho más fácil para el hombre desprenderse y ha sido para todos mis amigos que han hecho postgrado, ha sido más fácil para ellos irse que para la mujer. Para la mujer es más complicado y en muchos casos he visto que terminan, cuando es la mujer la que se va a hacer postgrado, en muchos casos el hogar termina se terminan un alto porcentaje, entonces, si hay diferencia a mi manera de ver…Para mí, por lo mismo que te digo de los postgrados, es mucho más fácil para el hombre continuar preparándose que para la mujer, no es igual, el hombre puede, se va y viene, va a cursos y viene, para uno es más limitado, por el rol de casa".*

El último discurso muestra que las mujeres retrasan sus planes para dar cabida a su compromiso como madres de manera plena y absoluta, porque no existe una visión compartida del cuidado y crianza de los hijos. Son ellas quienes deben ingeniárselas para dar respuesta a su multiplicidad de funciones, y diferir sus metas u objetivos laborales o académicos, hasta el momento en que la prole crezca o lo permita. Esto devela que los trabajos o aspiraciones de los hombres no son negociables, los de las mujeres sí.

La frase "*si hubo casos de maternidad y era una desgracia, pobrecitas*" devela que el embarazo y la maternidad durante los estudios universitarios, y en el caso que nos ocupa de la odontología, son etapas difíciles de sobrellevar para las mujeres, quienes insertas en un sistema educativo que poco ha acogido los estudios de género, vivir estas fases de sus vidas cursando estudios universitarios puede ser un acontecimiento verdaderamente desafiante, en tanto no existe un plan de estudios con modelos que contemplen las necesidades específicas de las mujeres cuando se encuentran atravesando dichas etapas. En otras palabras, no toma en cuenta lo que implica compatibilizar las obligaciones familiares con las académicas o profesionales, lo que les genera un estrés adicional, que pudiera evitarse o mitigarse si existiesen políticas que apoyaran la maternidad. Por tanto, "nos enfrentamos al asunto de la supervivencia al tratar de equilibrar el trabajo y la familia en una sociedad que ofrece un magro apoyo adecuado a ambos, trabajo y maternidad" (Ehrensaft, 1992; p. 93), en el caso nos ocupa, a ambos estudios universitarios y maternidad.

Si hubiese medidas que contemplasen el género en las universidades, se evitaría la deserción de las mujeres y se facilitaría su tránsito en las profesiones, proveyéndoles de flexibilidad para que estas puedan de manera armónica lograr una acomodación entre los estudios y las responsabilidades familiares. La ausencia de protocolos o políticas que busquen insertar a las mujeres embarazadas o ejerciendo la maternidad en el ámbito académico, nos habla de un plan de estudios que no toma en cuenta que las/os estudiantes primeramente son seres humanas/os, y que la maternidad y la paternidad son parte de la vida. En líneas generales, la perspectiva abstracta del currículo hace que la formación universitaria se enfoque a ciegas en el rendimiento

del alumnado, es decir, en el alcance de los objetivos o competencias curriculares, pero negando o ignorando las circunstancias que lo rodean y afectan.

Parafraseando a Sánchez Benítez (2016, p. 260) las mujeres embarazadas, lactantes o ejerciendo la maternidad deben "sortear una serie de obstáculos institucionales para poder continuar con su proyecto académico, lo que les genera una cotidianidad agitada y vulneradora del cuidado propio", pues sus vidas se resumirían en un continuum de afanes entre el cumplimiento de asignaciones académicas y el cumplimiento de sus responsabilidades como madres. Primero, la maternidad es una responsabilidad que en sí misma es muy poco flexible, los cuidados de la prole son diarios, no hay descanso, y segundo, tradicionalmente, al no ser el cuidado y la crianza compartidos con los varones, la maternidad incide mucho más en la estabilidad emocional y física de las mujeres. De allí que es importante que se consideren las situaciones individuales y particulares de este alumnado y se promueva la revaloración de los criterios de evaluación y administrativos del sistema educativo hegemónico que no toma en cuenta las realidades de estas mujeres. Pocas universidades se han tomado la tarea de asumir una real perspectiva de género que aborde estos asuntos. En Latinoamérica, en una Facultad de Uruguay tomaron esta iniciativa, debido a que se plantea que:

> Las instituciones de educación superior tienen como principal preocupación la excelencia académica, pero no es menos importante la relación y el contacto con sus estudiantes, ya que los mismos, pueden enfrentar situaciones que no corresponden directamente al ámbito académico pero las afecta. Por tanto, la institución debería interesarse por la situación personal de quienes están en sus aulas, como es el caso de las estudiantes embarazadas (Universidad de la República, 2018; p. 1).

Las mujeres embarazadas, lactantes o ejerciendo la maternidad en general constituyen un grupo vulnerable que merecen consideraciones específicas que permitan que estas puedan dar continuidad a sus estudios, evitar su deserción que muchas veces puede no ser temporal sino definitiva, y que su rendimiento no se vea afectado por la rigidez de las estructuras presenciales y la asignación continua de actividades. Para eliminar o minimizar estas desventajas que padecen estas mujeres,

se debe propiciar la creación de criterios que fomenten su inclusión y consideración, así como un trato igual y sensible mediante alternativas concretas que disminuyan el desgaste emocional y físico que puede devenir de la difícil conciliación entre los estudios universitarios y el ámbito familiar, debido a que son ellas quienes culturalmente asumen una responsabilidad más intensa, no solo por lo relativo a la lactancia sino en las siguientes etapas de vida de la prole.

Esta exclusividad de las mujeres al mundo doméstico y la ausencia de medidas género-sensitivas va en detrimento de las oportunidades de crecimiento profesional y laboral, no solo en los casos donde ellas se retiran de sus estudios, lo cual significa un inminente truncamiento de su formación, sino en aquellos casos donde ellas persisten sobrellevando sus realidades, sorteando su suerte como estudiantes ante lo imprevisible de sus rutinas como madres, quienes ineludiblemente se ven obligadas a ausentarse cuando la prole enferma, o requiere un control médico, asistencia escolar, entre otros. Esta imprevisibilidad hace que ellas no puedan, por mucho que quieran, cumplir a cabalidad el régimen presencial y llevar un récord positivo en sus asignaciones, lo que repercute de manera significativa en su rendimiento y en la calidad de su desempeño estudiantil. Y para nadie es un secreto que la obtención de un promedio menor de calificaciones conlleva a menores oportunidades de ingreso a postgrados, dado que los criterios de evaluación valoran el promedio y el récord académico y no la vida como estudiante. Por lo que, en gran medida, los méritos exigidos para un contrato o una admisión reposan en puntajes.

En otras palabras, el promedio de notas les informa al jurado evaluador si el/la estudiante pudo dar cumplimiento a cabalidad a las asignaciones, pero no informa acerca de las circunstancias de vida que ellas/os atraviesan que los pudiera colocar en ventaja o desventaja respecto de las/os otras/os. La consecuencia mediata de esta realidad es que estas mujeres tendrán menos oportunidades para desarrollarse profesional y laboralmente, tendrán menor reputación académica, y por tanto menores posibilidades de promociones y de ocupar puestos de responsabilidad, así como una inserción laboral más tardía. En este orden de ideas, no se trata de relajar los criterios de evaluación, sino mirarlos desde una perspectiva de género, ya que de la manera

tradicional, estos “pueden llegar a atentar abiertamente contra los principios más básicos derivados de la igualdad de género, perjudicando al colectivo que se ve obligado a compatibilizar sus estudios universitarios con la atención de su familia” (Penalva, 2019; p 146). Ello quiere decir que los actuales criterios de evaluación de la inmensa mayoría de las universidades son discriminatorios en tanto no consideran estas condiciones específicas de las mujeres, resultando en su desfavorecimiento como grupo, por lo que en cuanto a…

> …la discriminación de la mujer en el ámbito universitario, debe ponerse de manifiesto que, en la mayor parte de ocasiones, se enfrenta a una discriminación indirecta, esto es, a un comportamiento o exigencia aparentemente neutro pero que, valorado en su conjunto, genera un resultado o un efecto más gravoso sobre personas de sexo femenino. Además, el tipo de discriminación que se constata en el ámbito universitario, en la inmensa mayoría de ocasiones, no está motivada por cuestiones de género en sí mismas, sino por las vinculaciones biológicas y sociales que conectan género y maternidad, y género y atención de las cargas familiares. Y es precisamente en este campo donde todavía queda un largo recorrido para poder alcanzar la plena igualdad de género, lo que exige una reivindicación clara y contundente por parte de la comunidad universitaria (Penalva, 2019; p. 134).

Estos problemas asociados únicamente a las mujeres son invisibilizados, quizá porque son pocos los casos que se presentan durante los estudios de pregrado, pero son más comunes durante los estudios de posgrado, dado la diferencia de edades entre ambas etapas profesionales:

> Si bien es cierto que la edad media del alumnado universitario convierte en excepcional la necesidad de atención de cargas familiares, no resta importancia al problema de desigualdad que se denuncia desde estas líneas, sino que, en realidad lo acrecienta. Y es que, aunque se trate de obstáculos que muchas veces no dejan un claro reflejo en las estadísticas, esto no quiere decir que no existan, sino que obviándolos se está invisibilizando al colectivo que más esfuerzo realiza para desarrollar sus estudios y mantener sus calificaciones, provocando que, en la mayor parte de los casos, pase desapercibido el problema al que se enfrentan (Penalva, 2019; p 146)… Esta desigualdad se aprecia con mayor fuerza en los estudios de posgrado, donde la edad media del alumnado ya se ha incrementado, y por tanto, es más habitual que existan parientes a cargo, hecho que muchas veces desincentiva la matrícula, fuerza al abandono o

> ralentiza la obtención del título universitario a las personas que se ocupan de atenderlas (Penalva, 2019; p 147-148).

De los discursos se desprende que efectivamente es una realidad común, especialmente durante los estudios de posgrado, donde se ignora el esfuerzo que hace este grupo de mujeres para sobrellevar ambas cargas, y donde los horarios a dedicación exclusiva de estos programas están hechos –aunque no se admita– a la medida de los varones, y por extensión, mujeres solteras, o casadas sin hijos o con hijos suficientemente mayores. Esta es una realidad generalizada, pues tal como lo expresa Penalva (2019; p 147-148), en el caso de España:

> …siguen siendo excepcionales los Máster universitarios oficiales ofrecidos por universidades españolas, en la modalidad de estudios presenciales que se imparten exclusivamente en horario de mañana. Y es que, buscando facilitar la asistencia al porcentaje de alumnado que compatibilice los estudios con el desarrollo de una actividad productiva, se olvida al colectivo que ha de atender cargas familiares…

Se omite además que, el acceso a algún apoyo externo para el cuidado de la prole, implica contar con un sustento económico con el que no todas cuentan, dejando en evidencia que las mujeres en etapa de maternidad y de estratos sociales más bajos difícilmente tendrán acceso a estudios universitarios. Además, "no podemos dejar de mencionar la existencia del *mobbing maternal*, o sea "el acoso psicológico contra las mujeres embarazadas" (Universidad de la República, 2018; p. 2), el cual trataremos a continuación en la siguiente y última sub-categoría, que implica muchas veces que estas mujeres son maltratadas o denigradas por parte del profesorado, y ello suma otro factor ante la complejidad que emana la maternidad frente a una comunidad universitaria que no ha sido sensibilizada ni preparada desde esta perspectiva.

4-*Mobbing maternal, una realidad latente en odontología*. El término *mobbing* denota atestar, atiborrar, atarugar, llenar hasta arriba, y aplicado a lo que vivencian las mujeres con respecto a la maternidad en ambientes laborales o estudiantiles se refiere a "el acoso…sistemático por razón de sexo indisolublemente unido a la condición de

la maternidad, ya sea potencial o existente, con consecuencias físicas y psicológicas que afectan especialmente a la mujer embarazada" (Peña Gallo, 2016; p. 8) pero que según esta autora también tiene repercusión durante la lactancia o cuando se tiene hijos en edad preescolar. El acoso se expresa en maltrato, indiferencia, hostigamiento y discriminación múltiple por maternidad y deja ver el rechazo –que pasa desapercibido– a estas condiciones de vida, que bajo el modelo productivo actual, la maternidad representa un obstáculo no solo en el mundo laboral sino también académico. Prestemos atención a los siguientes trozos discursivos que dan cuenta de esta realidad:

*[**E7**-0463-0485]: "Bueno cuando uno va a entrar en el postgrado te hacen una prueba escrita de conocimientos, y una entrevista personal y allí deciden qué personas son las que van a entrar. En la parte de la entrevista personal si hay esas preguntas: ¿cuáles son tus planes? ¿Cómo te ves de aquí a 10 años? ¿Tienes novio? ¿Te vas a casar? ¿tienes hijos?, si se evalúa todo ese tipo de cosas porque los profesores que evalúan toman en cuenta eso, que la persona, primero esté seguro de lo que quiere estudiar y después, que los vean que en realidad puedan tener tiempo para dedicárselo al postgrado. Y entre pasillo, tú ves que lo que te recomiendan es que si tienes novio, mejor que no lo digas porque eso puede influir en la decisión, en casos que por ejemplo se tengan las mismas actitudes pero esta está casada, le va a poder dedicar menos tiempo al postgrado, que esta que está soltera, porque ya tiene una familia, tiene que tener tiempo también para esas cosas. En cambio el que está soltero, nada más tiene que dormir, comer y estudiar".*

*[**E27**-0245-0256]: "En los postgrados siempre te preguntan si estás casada, si tienes novio, si tienes hijos, y ese tipo de cosas, porque como son a dedicación exclusiva, ellos te dicen, sabes que esto es a dedicación exclusiva, que no tendrás mucho tiempo, debes estar comprometida con el postgrado porque te están dando un puesto que le pudieran dar a otro. Entonces es importante como que te cuides pues, en todo caso, si tienes una relación…y pa´ la admisión acuérdate que hay un puntaje de entrevista personal, y allí se toma en cuenta estas cosas".*

*[**E12**-0084-0094]:"Casi me botan del postgrado por embarazo, ¿qué quieres que te diga?...porque…yo perdí un examen por estar embarazada y casi que me querían botar del postgrado pues, porque dicen que uno no aguanta, que uno no sé qué, que uno no sé qué más. Y bueno yo soy el vivo ejemplo de que uno le echa pichón y tiene ayuda, porque tuve ayuda gracias a Dios, de mis compañeras, de mis profesores".*

En primer lugar, se evidencia que la visión esencialmente maternal de las mujeres las discrimina, siendo esto una primera muestra del *mobbing maternal* que pasa desapercibido en la admisión de los postgrados. Las preguntas "*¿Tienes novio? ¿Te vas a casar? ¿Tienes hijos?"* reflejan el carácter discriminatorio de las entrevistas que es casi indetectable y la manera en cómo son vistas las mujeres, que incluso sin estar en ejercicio de esas funciones, a las mujeres se les mira como potenciales máquinas reproductoras y en consecuencia se les puede llegar a marginar en la admisión de los postgrados.

Nótese que entre pasillos, se les recomienda ocultar si sostienen alguna relación de índole romántica, pues ello aunado a encontrarse en edad fértil supone un alto riesgo a la maternidad, que no conviene. Peña Gallo (2016, p. 3) refiere que el *mobbing* al que son sometidas las madres en el trabajo –o en las universidades agregamos nosotras– entendido como "el acoso, discriminación, violencia o abuso que sufre la mujer por decidir ser madre, tiene su origen en el simple hecho de estar en edad de procrear". Esto es que, el simple hecho de encontrarse en edad de procrear las hace vulnerables de no ser admitidas en los posgrados. De manera que…

> …resulta habitual que en las entrevistas de selección de candidatos se planteen preguntas relativas a la situación familiar o sentimental de las candidatas (mujeres) que no se realizan a los hombres. Se trata de una situación que de producirse en una entrevista de trabajo, sin duda sería constitutiva de una infracción grave de discriminación en el acceso al empleo (Penalva, 2019; p 149).

De los postgrados y sus mecanismos de admisión, se manifiestan formas de discriminación a las mujeres, en las que de manera similar cuando la mujer opta por un trabajo, la evaluación de las candidatas puede pasar por un examen minucioso de su actividad sexual, su estado civil, sus relaciones amorosas y sus métodos de anticoncepción, acompañada de una serie de instrucciones y recomendaciones anticonceptivas, pues tal como ha sucedido para el ejercicio laboral, la maternidad es una amenaza para el perfil de aspirante a especialista y por tanto debe ser evitada o sentenciada. Las mujeres aun soportan sesgo en razón de su sexo y el embarazo sigue

siendo una amenaza latente para la producción de ingresos de una empresa, para la producción intelectual de una universidad y por supuesto, pérdida para el Estado. Como vemos la maternidad pareciera un tema agotado, pero la realidad es que "existen formas latentes de discriminación por maternidad todavía no resueltas" (Penalva, 2019; p.134).

En segundo lugar, la frase "*casi me botan del posgrado por embarazo… porque…yo perdí un examen por estar embarazada"* también es muestra del *mobbing maternal* que se hace expreso en casos de mujeres embarazadas, quienes en adición a todo el esfuerzo y reto que enfrentan al intentar la conciliación de ambas esferas –la académica con la familiar– también pueden llegar a luchar contra un ambiente hostil que se propicie para ellas, en donde pudieran ser degradadas o sentir presión para que renuncien voluntariamente, lo que devela que en las aulas universitarias se pueden desplegar tácticas de presión que se ejercen sobre este grupo de mujeres que las llevarían a claudicar. Es evidente que las mujeres pagan una importante penalización en razón de su género y la actual o potencial maternidad. Como lo expresa (Penalva, 2019; p. 146) del profesorado y del currículo…

> …se detecta que, aunque sea de forma velada, introducen factores de desigualdad de trato que inciden con más fuerza sobre personas de sexo femenino y que, llegado el caso, pueden motivar no sólo la obtención de una calificación final más baja de la media, sino también el abandono de los estudios o la desmotivación para iniciarlos.

Estas realidades no concuerdan con las leyes, que desde la teoría nos hacen creer que estamos en una lucha igual. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en su Artículo 21 reza que "Todas las personas son iguales ante la ley; en consecuencia: 1. No se permitirán discriminaciones fundadas en la raza, el sexo, el credo, la condición social o aquellas que, en general, tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad, de los derechos y libertades de toda persona". Es claro que pese a las regulaciones a favor del ingreso de las mujeres en los campos educativos y laborales, vemos que esto no se refleja en la práctica.

La Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, es aún más explícita en el artículo 15 numeral 11, el cual refiere a la violencia laboral como un tipo de violencia de género. Se entiende por violencia laboral a aquella:

> Discriminación hacia la mujer en los centros de trabajo, públicos o privados, que obstaculicen su acceso al empleo, ascenso o estabilidad en el mismo, tales como exigir requisitos sobre el estado civil, la edad, la apariencia física o buena presencia, o la solicitud de resultados de exámenes de laboratorios clínicos, que supeditan la contratación, ascenso o la permanencia de la mujer en el empleo. Constituye también discriminación de género en el ámbito laboral el quebrantar el derecho de igual salario por igual trabajo.

Esta sirve de marco de referencia para los estudios universitarios y sus formas de admisión, que muchas veces, llevan implícito exigencias ocultas, como las del estado civil, la edad reproductiva, la apariencia física o la buena presencia, pero que como vimos en los discursos, se socializan entre pasillos, se sabe de su existencia aunque no estén explícitas en los requisitos de admisión y permanencia estudiantil y que constituyen maneras ocultas de discriminación de las mujeres durante sus estudios. Ello demuestra que las mujeres, antes que nada, son pensadas desde el ámbito reproductivo, cuestión que es omitida en los varones. Por ello, los roles de género perjudican significativamente a las mujeres, desde el momento que selecciona una carrera o una especialidad, se somete a un proceso de admisión, transcurre en ella, vive un embarazo, hasta que finalmente logra la titulación, o no.

Paradójicamente, las mujeres continúan enfrentando discriminación en razón de su sexo, directa o indirectamente, en una profesión así llamada *feminizada*.

Lo interno y lo externo
Una unidad separada entre hombres y mujeres
reflejada en la Odontología

Hemos rastreado hasta ahora la concepción esencialista de la feminidad que prevalece en la odontología, respondiendo a una explicación basada en los estereotipos de género. La *esencialización* femenina ha hecho ver que la odontología encaja muy bien con los “dotes femeninos”, los cuales según esta concepción, por

naturaleza los portamos las mujeres. De ahí que la incorporación de ellas al campo ha sido progresiva, proporcionalmente quizá, a la abstención de los hombres de ingresar en esta área. Todo pareciera indicar que la odontología es de dominio femenino, en cuanto a cantidad de mujeres pero desde nuestra perspectiva, como hemos dicho en varias ocasiones, su presencia no ha impactado el empoderamiento de ellas.

De hecho, paradójicamente, pese a la calificación femenina de esta profesión, la odontología no escapa de la división sexual de trabajo, fenómeno en el que según el sexo, se da una clara concentración de mujeres en oficios relacionados especialmente con actividades domésticas y del cuidado de otros. Oficios que además, son vistos como inferiores o de poca importancia y por tanto, peor remunerados. De manera que dentro del mismo espacio odontológico, existen tendencias hacia la distribución sexual de las tareas en función del sexo, aun cuando por definición a priori a la odontología se le adjudica un carácter femenino.

En relación a la acotación anterior, Mosqueda-Díaz, Paravic-Klijn y Valenzuela-Suazo (2013), sustentan que "la división sexual del trabajo, genera que hombres y mujeres se distribuyan tareas e ingresen al mundo laboral de forma diferenciada" (p. 1). En otras palabras, la inserción de mujeres y hombres en el campo laboral obedece a los mismos estereotipos de género, en el que popularmente se conciben las ocupaciones como femeninas y masculinas. Las ocupaciones femeninas se vinculan con el ámbito reproductivo, ejercido por las mujeres, en tanto las ocupaciones masculinas con el ámbito productivo, ejercido por los varones. Según los patrones sociales construidos del ser mujer y ser hombre, esta segregación entre hombres y mujeres tiene lugar en sus formas de identidades que "naturalmente están llamadas/os a ser", reflejados en las clásicas dicotomías subjetivo-objetivo y activo-pasivo, en donde la subjetividad y la pasividad se vinculan con la esfera de lo interior o de lo interno, y esta ha sido conferida a las mujeres, en tanto la objetividad y la actividad se asocian con la esfera de lo exterior o lo externo, que ha sido otorgada a los varones. Precisamente, mediante la presente categoría universal, abordaremos cómo ambas esferas constitutivas de lo humano, se miran como separadas una de la otra y se segregan como campos de lo masculino y lo femenino.

La presente categoría núcleo o universal, revela, primero, cómo a las mujeres –desde el imaginario colectivo– les pertenece el mundo de lo subjetivo, y en consecuencia a los hombres el mundo de lo objetivo, y segundo, cómo a los hombres les corresponde el ámbito de la producción, de los riesgos y del conocimiento, y en consecuencia, a las mujeres, el ámbito doméstico, interno, privado y pasivo. Estas unidades de significado nos muestran cómo los rasgos humanos han sido separados arbitrariamente, propiciando la falacia de un mundo dividido, donde el mundo interior es de las mujeres y el exterior es de los hombres, o que la subjetividad, las emociones o los sentimientos son ajenos a los varones, tanto como la razón, la gallardía y la productividad son rasgos lejanos a las mujeres. Estas categorizaciones conforman el fundamento del que se sustenta el reparto de las actividades laborales de las que no escapa la profesión odontológica, y que por tanto tomaremos como centro epistémico para adentrarnos en cada una de las especialidades escogidas en el presente estudio, con la idea de ser analizadas desde una perspectiva feminista y de género.

Para iniciar nuestra disertación, comenzaremos por resaltar que en el imaginario colectivo, las mujeres evocan el mundo interior, la esfera de lo interno. En la literatura, a la mujer no se le relaciona con el mundo exterior, con el conocimiento, la cultura, sino que a ella, dada su constitución biológica se le ha ubicado en el plano de las emociones, de lo interior; planos que se miran como irrelevantes, en comparación con lo universalizable, lo objetivable, que existe fuera del sujeto, fuera de los intereses y las emociones y que en la historia ha sido endosado a los varones.

Colocar en el debate la subjetividad que la cultura endosa a las mujeres es importante porque muestra cómo nos creemos que somos, cómo aprendimos a miramos a nosotras mismas y cómo nos miran los varones, pero además cómo reforzamos esas miradas y asimismo, cómo nos perjudicamos y nos perjudican bajo un discurso biológico-hormonal. Poner a la vista esta subjetividad es clave para comprender la ubicuidad de estos imaginarios y el daño silente que se ejerce sobre el cuerpo y mente de las mujeres. Desde dicha subjetividad quedamos atrapadas en territorios donde el cuidado, la paciencia, la empatía y la belleza se exhiben como los rasgos identitarios de determinadas ocupaciones.

En este sentido, mediante los siguientes fragmentos discursivos provenientes de nuestro grupo de estudio, evidenciaremos cómo la subjetividad es un rasgo endosado a las mujeres. En ellos se plantean diferencias entre hombres y mujeres que trascienden de lo biológico para situarse en el plano de lo psicológico, que claramente despojan a las mujeres del mundo de la objetividad, y con ello, las despojan a su vez, de relevancia, credibilidad y neutralidad:

*[**E1B**-0146-0149]: "cuando tienes una población de más mujeres, por x o por y, hay más roce, los hombres son más simples, más sencillos, no sé cómo decirte. Siempre es así, en todas partes, en la Universidad, en todas partes es así, bachillerato, lo que sea".*

*[**E3**-0433…0460]: "…el postgrado es una locura con….puras mujeres que son todas unas locas (risa)… todos los docentes hombres… porque ellos eran como más neutros en el sentido de los rollos que se presentaban...Y entonces fueron muchos roces…y se fueron. Y ellos decían, el poder no puede quedar solo en manos de ellas, porque las mujeres son conflictivas, son…y es verdad –tú metes a 10 mujeres en un cuarto y eso es un rollo, es verdad, o sea yo tengo más amigos hombres que mujeres, porque los hombres no andan con chismes, no andan con vainas, si hablan, son vainas de maricos. Y no es por ser machista ni feminista, ni nada, sino que es verdad, las hormonas a veces nos descontrolan. Y es que hasta los mismos profesores decían: ¡es que aquí falta autoridad masculina que controle tantas hormonas!...".*

*[**E5**-0145-0159]: "Bueno no sé, porque él era hombre y no se metía en nada ni estaba pendiente de nada, no tuve mayor problema, nunca tuve problemas con él…siempre fue colaborador, trabajaba bastante, abierto y no tenía ese problema como de rencilla ni nada, a nivel de las mujeres se veían otros problemas, esas rencillas, diferencias…Y bueno por supuesto, los espacios donde hay más mujeres, donde hay una dedicación exclusiva, donde las personas de repente no duermen porque están estudiando y genera mucho tiempo y cansancio, entonces por supuesto que aumentan los conflictos".*

*[**E6**-0379-0391]: "En cuanto a mi grupo, obviamente todas eran mujeres y muchas veces habían peleas, existía todo esto de que cada quien estaba con sus cambios de humor y yo era como el que daba el equilibrio en el grupo y, o sea, yo me sentí súper bien y como también…en el sentido de que, ¿cómo te digo? no sé, (risa) que nadie peleaba conmigo…cuando hablo de cambios de humores, me refiero a que obviamente cuando les baja la menstruación ustedes son incontrolables, entonces obviamente una un día estaba bien, la otra peleaba, entonces me tocaba a mi lidiar dentro de las que estaban peleando, si una peleaba y no le hablaba a la otra, me mandaba a mí a pedirle la tarea a la otra, entonces tú sabes pues, tú sabes, por eso digo que yo fui el equilibrio y traté de llevarme bien con todo el mundo".*

*[**E9**-0183…0476]: "…creo que siempre es importante la visión de un hombre en la zona de trabajo, creo que nosotras como mujeres somos, no sé si más enrolladas o más complicadas, ¿no? y creo que el hombre siempre amortigua o hace ese balance necesario en nuestro trabajo…Aparte el hombre siempre da un equilibrio, el hombre es más direccional en el logro de los objetivos, nosotras creo que siempre las mujeres somos un poco más complejas y buscamos enrollarnos o complicarnos en el trabajo…pero si pienso que se hace más complejo estando muchas mujeres, yo siempre pienso que el hombre siempre aporta ideas y no deja mezclar muchas emociones que muchas veces pasa en la parte laboral…Yo creo que porque, yo creo que son los que tienen menos conflicto entre uno y otro, creo que son los más neutros…creo que son más directos, más directos al tema, al objetivo y no se enganchan con cuestiones emocionales".*

En la población en estudio subyace el imaginario social de que las mujeres son complejas, conflictivas, cambiantes o inestables, complicadas y emocionales. En una palabra: locas; un adjetivo que denota perdida de la razón, del juicio y del control. Lo que se traduce en ser disparatadas e imprudentes. Coloquialmente no es común escuchar, "ese hombre está loco" o "los hombres están locos", y si fuere el caso, la misma RAE refiere que si un hombre es llamado como "loco", es calificado despectivamente de un hombre homosexual afeminado. De manera que, es más que evidente que es un adjetivo categorizado como femenino. En nosotras han recaído de manera exclusiva, adjetivos de la psiquiatría: hemos sido neuróticas, histéricas y desequilibradas. Se nos mira como las que no tenemos credibilidad, lógica ni coherencia. Como vemos, se hace referencia a los espacios donde hay más mujeres como áreas problemáticas, con tendencia a malos entendidos, son áreas donde reina la subjetividad:

> Un lugar de trabajo predominantemente femenino está constituido por estar plagado de quejas, enemistades y hostilidad. Las mujeres están constituidas como menos directas en su comunicación y como haciendo sus propias interpretaciones; se empantanan y quieren llegar al fondo de todo. Los hombres, por el contrario, se constituyen como más racionales y utilizan una comunicación más directa y estructurada; preguntan qué se supone que deben preguntar[55]…(Fahlgren, 2013; p. 22).

Deconstruyendo los discursos, nos daremos cuenta cómo aquellas construcciones se han asentado sobre la base de las hormonas, que aunque ligadas a muchos de nuestros procesos biológicos/fisiológicos tanto en hombres como mujeres (metabolismo, termorregulación, acumulación y eliminación de grasas y líquidos, etc.), han cobrado especial importancia en la menstruación y menopausia, generando una idea despectiva, hiperbólica y estandarizada de lo hormonal en la mujer. Esto último por supuesto gracias a los postulados de la medicina hegemónica. Como diría Lozano Ruiz (2010, p. 80) "el uso de un discurso basado en hormonas se legitima por la autoridad que la medicina tiene".

En este sentido, la menstruación es vista como un proceso biológico determinista del comportamiento de las mujeres, pues tal como se plantea en uno de los discursos, *"la menstruación nos descontrola"*, lo que es igual a decir que las hormonas nos descontrolan o que la menstruación determina una fase de descontrol en las mujeres. Las mujeres no tienen control sobre sí mismas, ni de sus emociones ni pensamientos, ni de su cuerpo. La popularidad de esta idea hecha ley, encontró su origen en el discurso médico, que como derivado de la biología, no admite otras variantes más allá de los genes, pues la medicina ha seguido históricamente su modelo lineal uni-causal, que en referencia a la diferenciación de los sexos, establece que los cromosomas forman las gónadas, las gónadas causan hormonas, y estas últimas regulan funciones y modelan comportamientos, en este caso, comportamientos femeninos o masculinos.

En palabras de Roberts (2000, p. 2) "el comportamiento humano es estudiado como un efecto de la reproducción hormonal prenatal"[56] y las hormonas, en cuanto a sustancias con actividad biológica, actúan sobre órganos específicos, regulando su actividad, por ejemplo, la del cerebro, lo que se traducirá en actitudes y patrones universales de conducta según el sexo. De manera que, si la menstruación es un proceso fisiológico en el que intervienen un conjunto de hormonas, y que toda esa actividad hormonal es la responsable de nuestros cambios de humor, estaríamos afirmando que los cambios de humor, sea cual fuere la causa, son una característica biológicamente femenina, o peor aún, una enfermedad femenina. Entendiendo además, estos procesos biológicos como padecimientos, pues al asignarle la categoría

de “síndrome”, la menstruación viene a ser entonces un evento en el que se presentan un conjunto de signos o síntomas, es decir, una situación negativa:

> Se han identificado cien o más "síntomas" (sic): algunos físicos, como "dolor" o "retención de agua"; algunos emocionales, como "ansiedad" o "irritabilidad"; algunos cognitivos, como "rendimiento laboral reducido"; algunos aún más mal definidos, como "juicio reducido". Hay un fuerte énfasis en los eventos negativos[57] (Rippon, 2019; p. 108).

Desde esta perspectiva, el comportamiento humano es meramente comportamiento biológico, que con base a cimientos patriarcales, establece que la biología femenina es claramente inferior a la masculina, con una carga hormonal significativa que nos desestabiliza, complejiza e invalida para aquello que debe ser objetivo, mesurado y estable. De modo que, de la menstruación y de la menopausia no existen sino referencias o connotaciones negativas, pues significan episodios en la vida de la mujeres, con picos o cambios bruscos hormonales, y por tanto, según lo avala la misma biología (psicología), cambios de comportamiento. Lozano Ruiz (2010) nos advierte a cerca de la menstruación:

> La mancha no es el único signo de falta de control del cuerpo. El discurso médico científico ha insistido en el carácter inestable del cuerpo de las mujeres, las cuales estarían a merced de sus 77 hormonas y de su naturaleza, víctimas de fenómenos como lo que conocemos como el Síndrome Premenstrual (p. 76).

Es curioso además que, aun cuando la mujer no se encuentra en la etapa premenstrual, si esta experimenta algún “síntoma” que encaje dentro del amplio pool de características del síndrome premenstrual o la menstruación en sí, se le cuestionará su juicio, al relacionarse automáticamente dicho “síntoma” con la menstruación. Esto quiere decir que, no solo las mujeres son vistas como aquellas que atraviesan un malestar físico y mental mensualmente, sino que además, cualquier expresión de emoción de las mujeres, será producto de padecer dicha “enfermedad” y no una manifestación real (objetiva) “en condiciones de salud”. Bajo esta óptica, la mencionada autora refiere que:

> Ser mujer está asociado con cambios de ánimo arbitrarios. Este tipo de marcas sobre el cuerpo femenino trascienden sobre su comportamiento y el SPM además de representar un cuerpo enfermo, construye la idea de la inestabilidad psíquica, una idea por demás común y arraigada que sigue oprimiendo la experiencia femenina (p. 79).

Adicionalmente, no se trata de una categorización meramente externa, de hombres hacia mujeres o del poder médico hacia las mujeres. Es claro que las mujeres hemos internalizado los significados que históricamente se le han asignado a nuestros procesos fisiológicos y somos multiplicadoras de estas ideas opresoras, reproducidas sin uso de la consciencia, nos invade hasta los tuétanos, enajenándonos hasta de nuestro propio cuerpo, y de conocerlo y respetarlo tal como se nos presenta y no cómo otros nos lo han definido; una conceptualización distorsionada y vaga de aquello que debemos sentir/experimentar como mujeres o en sus propios términos (médicos) aquello que debemos padecer/sufrir.

Pudimos ver con claridad, a través de los discursos traídos a esta discusión, cómo las mismas mujeres se expresan acerca de su naturaleza, argumentan con admirable seguridad acerca de las diferencias entre hombres y mujeres, y cómo posicionan el rol de las hormonas como "las creadoras intelectuales" (naturaleza) de la "disparidad" de comportamiento entre ambos grupos, calificandolas como seres de reacciones incontrolables. De hecho, según Rippon (2019, p. 107) un estudio mostró que "las mujeres eran más propensas a culpar a sus propios problemas biológicos relacionados con la menstruación por los estados de ánimo negativos, incluso cuando los factores situacionales también podrían ser la fuente de dificultades"[58].

Esta alienación de la fisiología femenina, Ussher (1991) citado por Lozano Ruiz (2010, p. 81-82) la denomina como "colonización interior", utilizando el término de Kate Millet "para explicar cómo las mujeres aceptan las etiquetas adheridas a ellas y experimentan sus cuerpos y los ciclos reproductivos como algo debilitador"…Agrega la autora que "la legitimación de la ideología a través del desarrollo y aceptación generalizada del concepto de síndrome premenstrual, tendrá como resultado una sociedad que controla, desecha y ata a las mujeres a su biología del mismo modo que en el pasado se hacía con las mujeres histéricas".

Para quienes creen que estas construcciones no son trascendentales, y que solo juegan un papel simbólico trivial entre hombres y mujeres, y que no conllevan a consecuencias para estas últimas, aquí enfatizamos el siguiente discurso en el que se pone en evidencia cómo el imaginario que se tiene sobre los procesos fisiológicos de las mujeres, no solo perpetúa la idea de que las mujeres encarnan todos aquellos adjetivos negativos, sino que además nos hace incompetentes o mal vistas para ejercer cargos de jerarquía o los más elevados oficios que implican dominio y control de sí misma/o. Releamos el siguiente fragmento testimonial:

> *Y ellos decían, el poder no puede quedar solo en manos de ellas, porque las mujeres son conflictivas, son…y es verdad –tú metes a 10 mujeres en un cuarto y eso es un rollo, es verdad, o sea yo tengo más amigos hombres que mujeres, porque los hombres no andan con chismes, no andan con vainas, si hablan, son vainas de maricos. Y no es por ser machista ni feminista, ni nada, sino que es verdad, las hormonas a veces nos descontrolan. Y es que hasta los mismos profesores decían – ¡es que aquí falta autoridad masculina que controle tantas hormonas!*

Este discurso revela que hay un valor asignado al género masculino que personifica los valores universales, es un discurso que privilegia al hombre porque "la presencia de hombres viene así a señalar neutralidad y profesionalismo…es un privilegio ser hombre"[59] (Fahlgren, 2013; p. 29). En palabras de esta misma autora:

> El "dominio" femenino y las formas de pensar femeninas se construyen como un problema que crea deficiencias en el lugar de trabajo que solo la contribución masculina puede superar. Así, la diferencia de género se naturaliza (así son las cosas) y se normaliza (así deberían ser las cosas)…los hombres son así encuadrados como un recurso escaso y valioso, tanto por mujeres como por hombres, mientras que el valor de las mujeres se invisibiliza[60] (Fahlgren, 2013; p. 22).

Ha quedado deconstruido el planteamiento de necesidad que se impone: la presencia masculina es necesaria para controlar la naturaleza de las mujeres, de lo contrario son un peligro para la sociedad. La menopausia, la menstruación y la etapa que antecede el inicio de un nuevo ciclo menstrual –definidos en los términos

médicos– propagan la idea de que, las mujeres son cambiantes con frecuencia, errantes o ambulantes emocionalmente y por tanto incapaces de generar confianza en posiciones de responsabilidad. Cuando se valoran a las mujeres para cargos jerárquicos prevalece la misma lógica androcéntrica, su naturaleza maternal las hace mas responsables, ordenadas, acusiosas, poco se enaltece su capacidad intelectual. Las mujeres son impredecibles y es necesario ser controladas por el poder médico y el sistema pater families, para así mantener sus hormonas en moderación:

> Las hormonas parecen haberse convertido en otro proceso biológico más cooptado en la búsqueda de evidencia de que la biología de las mujeres no solo es diferente y generalmente inferior, sino que periódicamente es extremadamente deficiente. Los químicos que estaban relacionados con la capacidad de las mujeres para la maternidad se vincularon con su emocionalidad desadaptativa, su irracionalidad y, a través de los efectos que estos químicos tuvieron en el cerebro en desarrollo, la falta de ciertas habilidades cognitivas clave[61] (Rippon, 2019; p. 143).

Lozano Ruiz (2010) al respecto refiere que:

> Si bien es cierto que muchas mujeres podemos experimentar algún tipo de cambio físico en nuestros cuerpos, que en casos pueda ser incapacitante, no podemos obviar los aspectos políticos y estructurales que tiene dar por sentado que existe el SPM en los términos en que se ha establecido. El SPM es descrito como una enfermedad que afecta a todas las mujeres, porque cualquier síntoma está en capacidad de ser parte del mismo. Al atribuir al SPM los cambios emocionales o cambios de ánimo de las mujeres escondemos los contextos y vivencias específicas de las mujeres, que en las relaciones sociales se enfrenta a problemas y experiencias de estrés o rabia, como cualquier hombre. Estas experiencias se convierten en dictámenes de sus cuerpos, que escapan de su razón y voluntad, mostrándolas como sometidas a sus naturalezas y ajenas a sus condiciones materiales de existencia. De igual forma, sus manifestaciones emocionales –rabia, estrés, alegría, entre otras– dejan de ser legítimas o justificables, dado que aparecen exclusivamente como producto de sus hormonas y su naturaleza. Esto reproduce relaciones asimétricas de poder y naturaliza la falta de acceso de las mujeres a posiciones privilegiadas o de responsabilidad (p. 83).

De manera que es necesario “re-significar la valoración de las mujeres en los espacios de trabajo” (Blázquez Rodríguez y Bolaños Gallardo, 2017; p. 256), desmontando la idea errónea de que las mujeres no pueden ocupar las mismas

funciones o ejercer cargos de responsabilidad que los hombres, no solo por las diferencias físicas sino también psicológicas, a sabiendas que ni la endocrinología ni la genética han aportado evidencia concluyente de tal determinismo entre sexo-cuerpo-mente-emociones. Lo contrario ha sucedido, hoy día han surgido nuevas aproximaciones teóricas que amplían nuestro campo de visión, y nos hablan de vínculos, interacciones y correspondencias entre la genética y el medio ambiente, en el que:

> El papel de las hormonas no sería algo estático e inamovible, sino que interacciona con agentes externos. El estrés, la sobrecarga laboral y/o por cuidados, etc., en definitiva, las condiciones de existencia y los eventos vitales influyen en el funcionamiento del sistema neuroendocrino. Desde esta posición aceptarían los cambios asociados al ciclo menstrual, pero negándose a asumir el determinismo biologicista que implica estar a merced de sus ciclos y de los cambios hormonales (Blázquez Rodríguez y Bolaños Gallardo, 2017; p. 258).

La idea de que las mujeres estamos copadas de subjetividad, –aquello que se opone al mundo externo, que se deja llevar por las pasiones, intereses, y que no se deslastra del objeto en sí mismo–, mientras que los hombres por su parte son simples, neutrales, mediadores, equilibrados y direccionados, es una idea menguada pero que aun así –dada la cohesión de todo paradigma– continúa viva, siendo un obstáculo para el avance de las mujeres y sus luchas, en especial aquellas de desmontar su "innata incompatibilidad" con el trabajo fuera de casa, el manejo de las emociones y conflictos, la gerencia, y para todo lo que signifique liderazgo/poder. Maffía (2001, p. 330) refiere que:

> Con muy pocas excepciones, la historia de la filosofía occidental se ha ocupado de afirmar (cuando no ha contado implícitamente con ello) que nuestra emotividad, nuestra inclinación a la esfera de lo particular y a la subjetividad, no nos hacen aptas para lo que se consideran las más altas expresiones de lo humano: la moral, la ciencia, la política, la filosofía. "Al sujeto cognitivo se le impone de modo simplista una opción entre ajustarse el corsé de hierro de la objetividad, o sucumbir a los caprichos de la subjetividad desenfrenada. No hay término medio: la subjetividad recoge todo lo caótico e inestable que no exhibe ninguno de los rasgos de la objetividad, y por eso no tiene valor epistémico.

Desde esta óptica, es claro que razón y sentimientos están divorciados, se niegan uno al otro. La objetividad es glorificada, la subjetividad es condenada, pero además

estos rasgos han sido cedidos a un grupo y no al otro, a sabiendas que ambas son aspectos humanos indivisibles. Es esta visión escindida de la naturaleza humana que genera una perspectiva negativa de las mujeres en el mundo exterior, en el mundo del conocimiento y por tanto que sus obras, no cobren el mismo valor que aquel otorgado a los hombres. Esta realidad la pudimos constatar en el mundo odontológico, donde las mismas mujeres promueven una calificación inferior de ellas frente a sus compañeros masculinos, en términos de no ser tan eficaces como los hombres en los procesos gerenciales y de liderazgo, concepciones no permiten que exista un empoderamiento real de las mujeres en la profesión.

Ahora bien, de los discursos de nuestro grupo de estudio, no solo se devela cómo se percibe y distribuye el mundo subjetivo y objetivo entre mujeres y hombres, sino también cómo los hombres se ubican en el plano de la actividad, de lo práctico, de lo arriesgado y atrevido, dejando el plano de lo verbal, lo empático y la pasividad a las mujeres. Se nos muestra que el mundo exterior, del conocimiento y del éxito ha sido endosado a los varones. Reconstruyamos las representaciones sociales subyacentes a través de lo testimoniado:

*[**E9**-0758-0761]: "…creo a lo mejor los hombres se atreven a publicar, o las mismas editoriales tienen algún tipo de preferencia por los hombres".*

*[**E12**-0096-0102]: "en tal caso la prótesis porque yo pienso que como que los hombres tienen como más éxito en la prótesis, porque son de los que les gusta invertir en todo, ¿me entiendes?, se compran todos los aparatos, este, uno es más tranquilo, nosotras mandamos todo al laboratorio, ¿sabes?".*

*[**E16**-0119…0156]: "Y pero yo no sé si como la parte de, como de consultorio como tal, vamos a decir el negocio, no sé cómo ponerlo, del ejercicio, o sea como que quizás el dueño del consultorio pone a trabajar a varios odontólogos dentro de su consultorio casi que siempre son hombres, más que mujeres, igual que los laboratorios, el dueño es hombre…Bueno, quizás la experiencia que yo tuve en el postgrado, por lo menos los hombres si eran muy involucrados a la parte de laboratorio porque había uno que era técnico antes, este, otro que tenía un laboratorio, entonces si existía ese interés,bueno que son procedimientos de mas como trabajar con metal y con los colados, todo esto, prótesis…tiene mucha parte que no sé si a los hombres le gusta porque tiene mucha parte manual que requiere fuerza. La mujer delega todo eso en el técnico, quizás los hombres tienen más interés en ese proceso, en hacerlo y lo pueden hacer".*

*[**E23**-0425-0447]: "Siempre, y te lo voy a responder de una manera muy salomónica o muy sabia, el hombre tiene tendencia a tener mejor habilidad práctica y la mujer habilidad verbal…el hombre siempre mecánicamente va a ser más hábil que la mujer y la mujer va a tener mejor habilidad verbal que el hombre, esas son cosas que no podemos desconocer… esas son cosas que no debemos sentirnos mal por decir eso, sino que hay que reconocer que eso está estudiado, eso no lo digo yo, Universidad de Harvard y todas esas cosas describen eso".*

*[**E25**-0163-0176]: "El hombre tiene más necesidad de llenar esas partes, el conocimiento o esa sensación de triunfo, ¿ok?, y amén de que también tiene que proyectarse, hacerse más famoso para tener más pacientes para poder tener más recursos para la casa y la familia…la mujer no es tan, tan, tan luchadora, desde ese punto de vista, es luchadora desde otro punto de vista, entonces la mujer no tiene necesidad de salir a que la reconozcan, no, no, no. Entonces las mujeres están seguras de sí mismas adentro, sabiendo que bueno yo soy exitosa, yo soy triunfadora, yo no necesito que nadie me lo reconozca".*

*[**E26**-0253-0269]: "O sea si tú ves actualmente y te vas por las redes obviamente que los varones están impactando, los masculinos están impactando más en la profesión que otros, no sé si es porque a lo mejor esquemáticamente su cerebro está más preparado para entrar en ese mundo de las redes, y en ese mundo de la tecnología que nosotras pues, yo de verdad que me meto en las redes ciertamente pero me apoyo mucho en mi esposo, ¿me entiendes?, porque creo que tienen un esquema distinto a nivel de cerebro que obviamente no todo es igual…sí creo que en eso si tiene los hombres como un esquema distinto a nivel mental que los empuja a ser más visibles en ese sentido".*

*[**E27**-0207-0212]: "Los hombres como que tienen más madera para los negocios, como más atrevidos, quizá, se arriesgan un poco más pues porque ellos como que se exponen más, se dan a conocer. Uno es más tranquilo, uno va como haciendo las cosas poco a poco…y también otra diferencia es que nosotras como que nos comunicamos más, ellos son de pocas palabras, y son más reservados en cuanto a sus sentimientos".*

El imaginario construido en el colectivo está representado por el hombre que comporta una utilidad o provecho inmediato, el que actúa, el que se atreve, se arriesga y es diestro para ejecutar con éxito una tarea, el que piensa y es poseedor del talento, en tanto que la mujer a través del don de la palabra, ejerce cualidades empáticas desahogadamente. Estos discursos muestran los efectos del binarismo biológico que reflejan que "cuando no hay actividad solo queda cuerpo, subjetividad, emociones y

naturaleza" (Pérez Sedeño, 2001; p. 476), esto como consecuencia de que la cultura, la racionalidad y la objetividad se entienden como procesos activos, pues automáticamente a la mujer le corresponden los opuestos, en otras palabras, la mujer se circunscribe en lo natural, corporal, emocional y lo verbal.

Sin embargo, a la fecha esta idea de que la mujer es verbal por excelencia, no ha podido ser demostrada, al menos no de manera consistente. "El estereotipo de la superioridad verbal femenina es uno que no ha resistido el escrutinio cercano. Hay distribuciones enormemente superpuestas de puntajes entre hombres y mujeres, y muchas diferencias desaparecen cuando se usan diferentes pruebas"[62] (Rippon, 2019; p. 459). Esta autora alega que las diferencias son muy pequeñas entre hombres y mujeres, por lo que conocer el sexo de alguien no sería un buen predictor de qué tan bien podrían hacer en una prueba de habilidad verbal (o qué tan bien podrían estacionar un coche)"[63] (ob. Cit. p. 179). A pesar de ello, no se le presta atención a estas investigaciones que contradicen lo que por tanto tiempo se ha tenido como verdad. En este sentido, es comprensible que se desplieguen aquellos discursos que recurren a la interdependencia de las hormonas y a las construcciones sociales, pero dejando a un lado, que tales construcciones sociales responden al paradigma que hemos venido criticando (aspecto que es de esperar, pues de eso se trata: teorías que se aceptan sin cuestionamientos y que para colmo de males, son la base para el supuesto avance del conocimiento).

Adicionalmente, se plantea la diferencia cerebral entre hombres y mujeres, como vía de justificación del supuesto mejor desempeño de los hombres en la tecnología, que hoy día se sostiene dada la ausencia crónica de las mujeres en las áreas de ciencia y tecnología. Estos razonamientos no están fuera de "orden", pues el marco biológico postula "un modelo de sexo en el que los genes y los cromosomas determinan el destino sexual inicial y las hormonas gonadales, como los estrógenos y los andrógenos, gobiernan la diferenciación sexual y los rasgos sexuales secundarios"[64] (Richardson, 2013; citada por Richardson, 2017; p. 33)…y cómo explicábamos apenas un párrafo atrás, desde este esquema se suministran teorías (sexuales) y se resuelven problemas para "avanzar hacia el conocimiento", en este caso, de las

diferencias sexuales que se originan en el cerebro, órgano del comportamiento. Pero la realidad es que…

> Cada publicación sobre si hay o no variaciones importantes en el cerebro de hombres y mujeres genera encendidas reacciones incluso entre la comunidad científica. Muchos alertan de que el área avanza lastrada por sesgos que inducen a ignorar las evidencias, a un mal diseño de los experimentos y a errores de interpretación, en un círculo vicioso que perpetúa los estereotipos (Salomone, 2019).

Claramente, tampoco podemos atribuirle a la cultura o a lo social todo el peso de la identidad humana, pues no se trata de rechazar la biología y abrazar a la cultura, cuan posición dicotómica de la que hemos sido críticas. No obstante, en la mayoría de los discursos que hemos venido de-construyendo, es indudable la *esencialización* de las diferencias entre mujeres y hombres, en el que aun, sin la debida observación acumulada que tanto reclama el método científico-cuantitativo (hegemónico), solo se recurre (y basta con ello) al modelo-núcleo de la biología. Desde allí, se generan "hipótesis válidas y dignas de ser estudiadas", las cuales seguramente conducirían –de manera sesgada– a las conclusiones que interesan al investigador, tal como han pretendido la mayoría de las investigaciones en biología, que cuando al reconocer lo social, solo han hecho referencia de este como un factor y no como parte integral de la dinámica de la existencia humana.

Por último, se plantea acerca de la necesidad o predisposición connatural del hombre de luchar, de la tenacidad de conseguir su propósito, contrario a la pasividad y conformismo de la mujer, aquella que naturalmente no tiene ese ímpetu de búsqueda de reconocimiento y que es feliz en lo privado, en un lugar exento de riesgos. Es meritorio recalcar que la consolidación de tales mentalizaciones, relativas a las diferencias entre sexos, se nutren de una remota historia social y se reforzaron desde una ciencia patriarcal. Ilustremos esas improntas históricas:

> El macho es mayor y vive más tiempo que la hembra…la hembra es menos musculosa y menos compacta. La deficiencia en calor de la mujer hace que su cerebro sea menor y esté menos desarrollado; y el menor tamaño de su cerebro es la causa de otros muchos defectos. La mujer es más celosa, más quejumbrosa, más apta para regañar y golpear. Ella es, además, más propensa al

> desaliento y menos optimista que el hombre, tiene menos vergüenza, es más falsa en el habla, más engañosa y de memoria retentiva (Aristóteles, citado por Pérez Sedeño, 2001; p. 419).

> …la mujer se distingue por un cambio menos vivo de sustancias, sus músculos menos fuertes, la actividad dulce y tranquila de su cerebro, que se presta menos a los grandes esfuerzos del pensamiento, pero que es también menos pronto en ceder a las violencias de las pasiones…la mayoría de las mujeres se conmueven más fácilmente, pero más rápidamente vuelven a tomar posesión de sí mismas, mientras que una impresión más fuerte deja con frecuencia en el hombre una impresión más duradera (Moleschott, 1857, p. 234-237 citado por Liñán Maza, 2001; p. 276-277).

> Dedicar a la mujer a carreras, hacerla ocupar puestos en el Estado y darle intervención en los asuntos públicos, es quitar preponderancia a la madre de familia, es suprimir el ángel del hogar y es ir en contra de la anatomía-fisiología de la mujer: 1°, el organismo femenino está supeditado al ovario; 2°, varios días del mes están sujetas al flujo catamenial; 3°, el cerebro de la mujer no presenta la profundidad en sus cisuras, ni tantos pliegues de paso como el hombre (Alcina, 1882; p. 512, citado por Liñán Maza, 2001; p. 277).

De esta manera se consolida la política sexual, en la que se conjugan los tres elementos básicos que según Kate Millett (1970) se ponen en juego para asegurar del todo, el modelo de dominación patriarcal. La integración del temperamento (lo psicológico reflejado a través de los estereotipos y la personalidad), los roles (lo sociológico) entendido como el modo de organización social y distribución sexual del trabajo, siendo que "es el cuerpo del hombre, su sexualidad, su responsabilidad mínima en la procreación y su convencional control de las emociones lo que impregna el mundo del trabajo y de los procesos de organización" (Martin Santos, 2001; p. 460).

El status (lo político) que se manifiesta mediante la estructuración macro del sistema, la ostentación del poder, el modelo económico y religioso, y "las dicotomías que dominan la producción de conocimiento científico, en las que una de las categorías del par tiene valor epistémico reconocido, y a la otra se le niega…han sido analizados como dispositivos del sexismo implícito en las teorías científicas y filosóficas" Maffía (2001; p. 329). "Desde tal dicotomía, el lado derecho se asocia con el desorden, la irracionalidad, la impureza, el error; y aplicado al mundo funciona

para mantener el orden, se vuelve un instrumento de opresión social" (ob. cit; p. 329). La suma de estos componentes aporta rigurosidad, uniformidad y solidez al sistema. En palabras de la autora:

> La política sexual obtiene el consentimiento a través de la "socialización" de ambos sexos a las políticas patriarcales básicas con respecto al temperamento, el rol y el estatus. En cuanto al status, una afirmación penetrante al prejuicio de la superioridad masculina garantiza un estado superior en el hombre, inferior en la mujer. El primer ítem, el temperamento, involucra la formación de la personalidad humana a lo largo de líneas estereotipadas de categoría de sexo ("masculino" y "femenino"), basado en las necesidades y valores del grupo dominante y dictado por lo que sus miembros aprecian en sí mismos y encuentran conveniente en subordinados: agresión, inteligencia, fuerza y eficacia en el hombre, pasividad, ignorancia, docilidad, "virtud" e ineficacia en la mujer. Esto se complementa con un segundo factor, el rol sexual, que decreta un código de conducta, gesto y actitud consonante y altamente elaborado para cada sexo. En términos de actividad, el rol sexual asigna el servicio doméstico y la asistencia a los bebés a la mujer, el resto del logro humano, el interés y la ambición al hombre.

Bajo este panorama paradigmático, todo parece indicar que no hay escapatoria. Esta política sexual es ubicua y omnipresente, y la odontología como el resto de los campos laborales responde a ella. Sin embargo, recientemente se han propiciado nuevas y prometedoras tribunas de discusión que han buscado iluminar el pronóstico de la especie humana, en especial, el de las mujeres. Para muestra, es alentadora la emergencia de nuevos planteamientos que desde la misma ciencia biológica –que aun cuando no se deslastra de su centro–, paradójicamente ha dado luces a las teorías feministas y de género, pues hoy día se sabe que si bien las hormonas regulan actividades fisiológicas, estas a su vez se ven dirigidas y redirigidas por aquello que sucede en el exterior. Lo que significa que no solo lo genético y hormonal se pone en juego sino que además también suceden eventos epigenéticos que actúan paralelamente, y que pueden modelar comportamientos, a través de la plasticidad cerebral, la cual es entendida como "una propiedad del sistema nervioso que le permite escapar de las restricciones de su propio genoma, y por ende, adaptarse a las presiones ambientales, los cambios fisiológicos y la experiencia" (Wong y Álvarez, 2013; p. 59).

En otras palabras, cuando genes, hormonas y ambiente coinciden temporalmente, se da una reorganización de circuitos neurales preexistentes, esto quiere decir que, las/os seres humanas/os estamos en constante adaptación, modelación y transformación dada la comunicación entre *lo interno y lo externo*. Se plantean nuevos e interesantes conceptos como la alteridad, entendida como "la posibilidad misma y el proceso de encarnación: condiciona pero también es producto de la flexibilidad o plasticidad de los cuerpos, lo que los convierte en más que ellos mismos, en más que su «naturaleza», sus funciones e identidades"[65] (Grosz, 1994; p. 209). Wong y Álvarez (2013, p. 64) concluyen al respecto de estos nuevos enfoques que:

> Los factores ambientales tienen un efecto relevante en la coordinación del patrón de la expresión genética que determina la arquitectura inicial del cerebro. Las experiencias específicas potencian o inhiben la conectividad neural en estadios clave del desarrollo, o en períodos sensibles. Estas influencias son multimodales, y dentro de los factores de influencia, están obviamente los culturales, ya que los procesos de plasticidad cerebral y transcripción genética no son exclusivamente biológicos, porque la cultura y la biología forman una unidad dialéctica, en la cual, las influencias sociales tienen el mayor peso en la vida psicológica de los humanos dentro de los límites de las posibilidades biológicas. No existe una influencia psicosocial y cultural de una parte, y una biológica por otra, sino que el desarrollo humano es una imbricación inseparable de ambas. Estas influencias se incorporan en las estructuras y funcionamientos neurales en el individuo en particular, pero no se transmiten genéticamente a la descendencia, sino mediante la transmisión cultural social.

De esta manera, se abre la posibilidad de entendernos tal y como el cuerpo es vivido y no como se nos viene diciendo que hemos sido misteriosamente estructuradas/os, predispuestas/os o programadas/os. Abrazando la idea de que el cuerpo como es vivido no puede ser entendido como aquel que tiene dos partes separadas: lo biológico y lo cultural, sino más bien están inter-implicadas y en constante co-construcción. Considerando además que, no solo la plasticidad se refiere a la capacidad de contener lo social y lo biológico, sino que también estrecha la posibilidad de elegir no adaptarnos a lo preexistente social, y que en lugar de inscribirnos pasivamente en un código cultural, podemos elegir la renuencia o

resistencia al flujo magnético de lo social y lo biológico. En síntesis, "los cerebros reflejan las vidas de quienes la viven, no solo el sexo de sus poseedoras/es"[66] (Rippon, 2019; p. 28). Nos queda claro entonces que, el mundo de lo interno y lo externo no son dos mundos separados, ni mucho menos pertenecen a dos grupos diferentes. La ciencia patriarcal, más allá de diferenciar, se ha encargado de oponer, a hombres y mujeres, y esta oposición ha distorsionado lo que hoy entendemos como ser mujer y ser hombre. Consecuentemente, se ha truncado el verdadero fortalecimiento de las mujeres como grupo históricamente desfavorecido en el mundo científico y laboral, incluida la profesión odontológica.

Esta categoría universal presenta las clásicas dicotomías que perpetúan la desigualdad de género (de las que no escapa el oficio odontológico) y nos permite tener un punto de partida para iniciar el recorrido por las especialidades: odontopediatria, odontología operatoria y estética, prostodoncia y cirugía buco-maxilofacial, a fines de profundizar en el análisis de cómo el género se filtra entre ocupaciones derivadas de un oficio etiquetado como femenino y cómo a su vez, repercute ello en la realidad de las mujeres en la odontología.

Odontopediatría, La especialidad más femenina de todas

A partir de ahora analizaremos cómo en el interior de la disciplina, la odontología se sub-divide paradójicamente en tareas odontológicas femeninas y masculinas. ¿Cobra sentido que la odontología haya sido definida, tanto por el colectivo social como por sus propios profesionales, como una carrera femenina, a su vez admita sub-divisiones femeninas y masculinas? Pues, de ello se trata la reproducción del género y la manera cómo este se transforma, permaneciendo como representación social. "Odontopediatría, pedodoncia, paidodoncia o estomatología infantil son los términos más comunes utilizados al referirse al área de conocimiento que estudia la boca del niño y sus enfermedades" (Soria Rodríguez-Viñals, Guarddon Cruz y Sacaluga Benitez 2016, p. 17). Desde aquella perspectiva, la odontopediatría como rama de la odontología es quizá, el área odontológica considerada como femenina per se. La más femenina de todas, pues no solo se impregna de la misma idea de la estética y del

cuidado que cubre a todo el oficio, sino que además su sujeto de atención son infantes, aquel tipo de personas que las mujeres, presuntamente están biológicamente predestinadas para saber abordar y cuidar. Por tanto, es un quehacer que hoy día se considera casi exclusivo de las mujeres, y ello constituye la noción de la presente categoría universal. Prestemos atención a los siguientes discursos que develan la inclinación de las mujeres hacia la odontopediatría:

*[**E5**-0176…0192]: "Odontología es una carrera que se da por estereotipos, por, por, no sé por qué será. Por tradición. Y bueno, tú lo ves con los años, en las promociones, la mayoría mujeres, y mucho más en odontopediatría. Es raro que un hombre, es raro que en esta cohorte tuvimos un varón…la mayoría éramos mujeres. En odontología siempre fue así, cuando estudié el pregrado, la mayoría éramos mujeres, y los compañeros eran 2 o 3 y en el postgrado de odontopediatria éramos, el grupo era de 8, éramos 7 mujeres y 1 hombre…si hay más inclinación por supuesto del gremio femenino porque por supuesto la mayoría de odontopediatras somos mujeres y acuérdate que eso viene también de que los odontólogos en su mayoría…ehhh…somos mujeres y es raro, conseguir un especialista en odontopediatria…no sé por qué la mayoría de los hombres no escogen odontología y mucho menos odontopediatria…No sé por qué pero si es muy marcada, muy marcada la tendencia de género".*

*[**E6**-0223…0250]: "…en Venezuela, totalmente la especialidad en Venezuela es súper feminizada…Además que en el caso de Venezuela, la mayoría de los docentes de planta, o sea la mayoría, no, el 100% eran mujeres allí en odontopediatría. Hombres solo invitados, que si el profesor de genética, el profesor de anestesia, entonces quizás por eso también".*

*[**E9**-0174-0180]: "De hecho te puedo decir que de las tres odontopediatrías, hmmm, hombres de las tres odontopediatrías donde, mira tendría que calcularte bien cuantos docentes, pero realmente hay actualmente 3 hombres, donde más o menos 30 mujeres y 3 hombres, algo así".*

*[**E17**-0117-0133]: "Allí si fue bastante difícil porque ellas estaban acostumbradas a que estaban siempre era siempre puras mujeres, y siempre se dirigían al grupo como ellas, y no ellos. Entonces pues yo, siempre tuve como estar repitiéndoles, diciéndoles –epa, hey, estoy aquí, acuérdense. Y igualmente dentro del departamento de odontología para el niño y el adolescente, pues aunque siempre ha habido hombres, hay también profesores, ahorita activos como 6 hombres…en un departamento donde el 70 por ciento de la plantilla son mujeres, pues también cuando se dirigen al grupo pues suelen hacerlo como ellas".*

*[**E20**-0087-0089]: "Es que no conozco a ningún odontopediatra. No conozco a hombres odontopediatras. Puras mujeres han entrado siempre en ese postgrado".*

Los últimos discursos son reveladores de la fuerza de trabajo que hace presencia en el campo odontopediatrico. "Casi ningún otro campo se caracteriza más por la discrepancia de género que la odontología pediátrica, la cual es vista como distintivamente femenina"[67] (Gross y Schäffer, 2011; p. 135), tanto es así que el pronombre "ellas" se activa automáticamente en los salones de clases de odontopediatría. Sin embargo, el uso de este pronombre más allá de reflejar la marcada presencia femenina en Odontopediatria, y suponer un hábito lingüístico forjado por un contexto determinado, nos deja entrever además, la correspondencia del ámbito infantil a la mujer. En palabras de Mills (2008; p. 9): "nos habituamos a ciertas formas de hablar, escribir e interpretar que surgen de entornos institucionalizados, de nuestra interacción con otros, que luego las adoptamos y usamos de manera más o menos irreflexiva"[68].

Esto es que, no solo la exclusividad de un grupo, sea masculino o femenino, en un área hace habituarnos a un modo lingüístico gramatical (el/ellos o ella/s), sino que además, la identidad de género de ese grupo retroalimenta el circulo lingüístico, nutriendo y justificando su uso en el contexto en que está inmerso. De ahí que el discurso juega un rol importante en la construcción y negociación de identidades (Mills, 2008; p. 10) y en el caso que nos ocupa, de las profesiones y oficios. Como lo refiere Toolan (1996, p. 9):

> Es evidente que la mayoría de los individuos se habitúan a una previsibilidad de uso, formas y significados similar a un código...parte de la respuesta humana a la finitud y la normatividad es la incansable esquematización que evidentemente emprendemos, la clasificación de experiencias pasadas en guiones recordados, actividades y situaciones estereotipadas[69].

Vale resaltar lo lacerante del uso de este pronombre femenino (ella/s) en presencia masculina, distinto al "el/ellos" en presencia femenina, que ha sido naturalizado, producto de un lenguaje sexista. Más o menos, Mills (2008, p. 16) lo refiere, cuando explica que "otro ejemplo del español ilustra la complejidad del género gramatical y

también ilustra el hecho de que cuando las formas femeninas se cambian por masculinas, no se consideran «forzadas» o «difíciles de pronunciar», como los cambios de masculino a femenino si lo son"[70]. Un ejemplo emblemático es la animadversión que sienten, la mayoría de la gente, a aceptar el femenino «*médica*», las propias profesionales rechazan el término aduciendo que es feo y/o le quita prestancia, así mismo ocurre a la inversa con el gremio de enfermería, el femenino de la profesión «*enfermera*», es el aceptado, en virtud de que en el imaginario social es una profesión subalterna dentro del equipo de salud.

El número francamente escaso de hombres en el área, ha hecho de la forma gramatical femenina un hábito y con ello, se plantea un problema realmente incomodo, irritante y perturbador para el hombre al que se le dirige como "*ella*". Este hallazgo golpea a quienes hacen duras críticas a la lucha por un lenguaje no sexista, calificándolo de tautológico e intrascendente. Ya vemos que cuando se voltea la baraja, estas "menudencias" pasan a ser valoradas seriamente.

Continuando con el análisis de los discursos, como dijimos en líneas arriba, la odontopediatria es la especialidad donde la exclusividad femenina se hace más que evidente, así como su correspondencia al ámbito infantil, como lo refiere Figueroa de Garzón (1996), entre sus teorías de manejo conductual en odontopediatría, –texto ampliamente utilizado en Venezuela por el alumnado– hace referencia exclusiva a la madre para el acompañamiento durante la consulta odontopediatrica, afirmando que la conducta del niño en el consultorio odontológico dependerá en buena medida de "las actitudes maternas", además refiere que:

> Es recomendable que **la madre** acompañe al niño dentro del consultorio durante el primer control odontológico, ya que esto proporciona al niño mayor seguridad, además de que puede ser útil al odontólogo, al ampliar alguna información de la historia clínica, o comentar algún hallazgo clínico o radiográfico; también tendremos la oportunidad de observar la relación madre-hijo. La madre, al mismo tiempo, tiene la oportunidad de contactar al odontólogo, y se establece el rapport mutuo, lo que es básico para la relación en odontopediatria (p. 27).

Como ya dijimos, se plantea una correspondencia femenina absoluta, en donde no solo una odontopediatra (mujer) es quien aborda al infante, sino que además la madre del infante y no el padre, es quien está llamada a acompañarlo y guiarlo para garantizar el éxito del abordaje conductual y por ende, del tratamiento odontopediatrico. Esta noción se plasma en la cotidianidad, en los salones, en las consultas y por supuesto, en los textos académicos. Siendo así, no nos debe sorprender la abundancia de mujeres y escasez de hombres en el oficio, quedando fehacientemente develado, en lo que atañe a esta investigación, que en el campo laboral profesional priva la división sexual del trabajo, y en consecuencia las improntas de los estereotipos de género. Parafraseando a Gross y Schäffer (2011, p. 136) tratar a los niños es exactamente el campo en el que las doctoras y dentistas han estado tradicionalmente más representadas y en el que han tenido un talento particular. Por tanto, existe el papel de género continuo que limita a las mujeres a las áreas de odontología pediátrica"[71].

Sin embargo, si bien pareciera que, las mujeres siempre han estado presentes en áreas relacionadas con el trato y cuidado infantil, debemos recordar que los inicios de la odontología, aquellos que están asentados en la mayoría de los textos, fueron de predominio masculino. Efectivamente, "no parece posible que la mujer sabia de antaño no aliviara el dolor de muelas, al igual que ayudó a aliviar otros males, pero las historias de odontología no mencionan en absoluto a las mujeres"[72] (Neber King, 1945). A duras penas, sus primeras apariciones en lo público se remontan al siglo XIX. Por ejemplo, en Estados Unidos, "la primera mención de mujeres en odontología data de 1820 cuando Levi S. Parmley, según su libro «Historia natural de los dientes», ofreció instruir a las damas y caballeros de educación liberal para la práctica dental"[73] (Ob. Cit.). Pero no es sino después de 1855 que se registra la primera mujer practicante de odontología, quien trabajó como asistenta de su esposo, y en 1866 es cuando se registra la primera dentista en obtener su grado académico. En el campo odontopediatrico, no se puede negar esta misma realidad y más aún cuando a la mujer se le había venido diciendo desde tiempo atrás que su lugar está en la esfera privada, doméstica y familiar. Desde ese lugar, la mujer se perfila como la

primera conocedora y tratante de las dolencias de sus hijos, siendo las bucales una de las más comunes.

Es importante resaltar además cómo las mujeres ingresan en la odontología, o bien buscándose un mentor masculino o siendo asistentas de sus parejas. Progresivamente, las mujeres comenzaron a ser vistas como las ideales para este ejercicio de la asistencia dental, no solo por sus "dotes organizacionales" y condición servicial, sino porque eran especiales para la atención de infantes. Adams (2000) afirma que:

> Las mujeres de clase media también fueron valoradas como asistentes por su capacidad para comunicarse con los demás y su capacidad para tratar con los niños…fueron vistas como expertas en el trato con niños. Con el cambio en el enfoque de la odontología hacia la prevención de enfermedades dentales, particularmente en niños, las habilidades de las mujeres fueron especialmente valoradas. En general, los dentistas eran reacios a realizar odontología pediátrica y mucho trabajo preventivo porque no eran rentables y porque a muchos dentistas les resultaba difícil interactuar con los niños. Con una mujer en el consultorio dental, estas dificultades disminuyeron. La asistente dental y el dentista varón podrían trabajar en conjunto, con las mujeres calmando y manejando a los niños, mientras el dentista operaba. Las mujeres podían ser utilizadas para realizar algunos aspectos de la odontología preventiva, como educar a los pacientes sobre los hábitos dentales apropiados[74] (p. 112).

Tal era la renuencia y desgano por el abordaje infantil que "hasta mediados de la década de 1950, en al menos un estado de los Estados Unidos, un importante proveedor de servicios dentales les dio a todos los nuevos clientes en apertura de consultorios dentales, un cartel muy atractivo que decía: No se tratan niños menores de 13 años en este consultorio"[75] (Casamassimo y Fields, 2012; p. 2). Este fenómeno deja al descubierto el rechazo que había por parte de los profesionales hacia los infantes, que para esa época era de dominio casi exclusivo de hombres. Ahora bien, ¿por qué rechazaban la odontología y la medicina infantil? Badinter (1981; p. 61) afirma por un lado que "se creía que las enfermedades de los niños eran más difíciles de atender que las de los adultos, por la sencilla razón de que aquéllos cuando son pequeños no hablan". Por el otro, porque "el niño no tiene mucho valor, ni valor específico ni valor económico a largo plazo" (p. 62). Al respecto, Buchan citado por

la autora afirmaba que "los hombres no saben evaluar las cosas sino por su utilidad inmediata, y nunca por la que las cosas podrían proporcionar en el futuro" (p. 63).

Ya vimos cómo Adams refería lo mismo en cuanto a la atención odontológica infantil, la cual era vista como poco rentable o fructífera por los dentistas hombres, y que poder delegar esas funciones a las mujeres fue un completo alivio para ellos. Así es cómo las mujeres comienzan a ser bien vistas y bienvenidas en el campo de la odontología. En resumen, ellas se ajustan perfectamente para el ejercicio de la prevención y la odontopediatria, fundamentalmente por dos motivos: primero, "naturalmente" son el género adecuado para abordar este tipo de pacientes que son vistos como fastidiosos (que más nadie puede –o quiere– asumir) y segundo, nadie mejor que ellas para llevar a cabo esas actividades insignificantes.

No es raro que la mujer, de ser nadie, ahora pasara a ser cotizada en la consulta dental. Sin embargo, esta noción no es del todo del pasado, en un estudio reciente, Raj (2019, p. 2) refiere que "la pérdida de salario de las mujeres por estar con niños ocurre en paralelo con la pérdida de tiempo de los hombres por estar con niños, y necesitamos igualdad en ambas esferas para familias más fuertes y una fuerza laboral de salud más sólida"[76]. Es así como se ha visto esta disciplina desde sus inicios. De hecho, Kfouri, Moyses y Moyses (2013) establecen que en el Reino Unido:

> …las dentistas se hicieron más aceptadas, aunque incluso en la década de 1960 las publicaciones gubernamentales alentaron a las dentistas a unirse al Servicio de Bienestar Infantil y al Servicio de Salud Escolar. Se consideró que este trabajo sería particularmente apropiado para las mujeres y que los niños reaccionarían mejor a los dentistas femeninos que masculinos[77] (p. 813).

O en Francia, por ejemplo, cuando se plantea "…el reconocimiento de las diferencias específicas de las mujeres no solo en relación a los estilos de la práctica profesional sino también en términos de habilidades" (Cacouaul-Bitaud, 2001; p. 17) cuando:

> El presidente de la Asociación Francesa de Mujeres Médicas (Association Française des Femmes Médecins) nos recuerda que cuando la asociación fue fundada en 1920, esta además apuntaba a ofrecer una nueva perspectiva en la ciencia médica, trayendo una sensibilidad diferente, especialmente en las áreas

> específicas de la salud de las mujeres y niños. Si la ginecología, la dermatología, y pediatría son especialidades 'particularmente preciadas' al momento, esto es 'porque ellas permiten a la practicante femenina expresar plenamente su sensibilidad femenina. En otras palabras, el sufrimiento y las necesidades de los pacientes podrían en ciertos casos ser mejor manejadas por las mujeres"[78] (p. 17-18).

Por consiguiente, cuando un oficio requiere de empatía (atributo etiquetado como femenino), por ejemplo, automáticamente se piensa en la mujer como la idónea para ejercerlo y allí se sustituye el hombre por la mujer, solo en casos como estos. De manera similar, Rippon (2019) plantea que las teorías psicológicas como las que refieren que la mujer es empática y el hombre es metódico, pueden dar la impresión de que las etiquetas que se asignan son intercambiables. Esto es que se toma un atajo y se asume que si quieres hacer un trabajo que requiera un toque de empatía, entonces solo debes designar a una mujer[79] (cfrt. p. 165). Podemos decir entonces que nuestro ingreso en la odontología, fue en parte gracias a esta perspectiva intercambiable o sustituible, en la que reemplazar al hombre por la mujer en determinadas áreas, permitía lograr la complementariedad laboral necesaria, justificado por la idoneidad de cualidades para estos propósitos o tareas específicas. Desde entonces, hombres y mujeres evitan cruzarse en sus terrenos intercambiados, porque a ambos se les ha dicho que lo femenino y lo masculino son excluyentes entre sí. Por tanto, un hombre poco podría/debería ser empático, paciente y cariñoso.

Todo lo expuesto nos lleva a suponer que con muy pocas excepciones, los hombres no se interesaron de la odontopediatria. Sin duda, existió interés masculino por las dolencias infantiles, pero muy escaso. De hecho, "…la odontología pediátrica surgió de la odontología restaurativa, promovida por dentistas generales que disfrutaban trabajar con niños y tenían compasión por el sufrimiento que padecieron con caries dentales sin control en la era previa al fluoruro. Al principio, el cuidado de los niños era simplemente una preferencia de dentistas, y luego se reconoció oficialmente como una especialidad a mediados del siglo pasado"[80] (Casamassimo y Fields, 2012; p. 3). Pero como ya dijimos, tal preferencia masculina hacia la odontopediatria fue y ha sido muy escasa.

No obstante, pese al escaso interés hacia el área odontopediatrica por parte de los hombres, es a ellos a quienes en su mayoría se les atribuye muchos aportes en el área odontopediatrica, dado que eran ellos quienes tenían un claro dominio de la ciencia. El nacimiento de las diferentes sociedades de odontopediatria es un espejo de esta realidad, cuando los primeros encuentros fueron dirigidos por hombres. Según Gelbier (1994, p. 286), por ejemplo, la Sociedad Venezolana de Odontología Infantil fue fundada el 13 de Marzo de 1957 por Víctor Gonzales Mendoza, Presidente de la Gaceta Odontológica de Venezuela y así, sucedió con la mayoría de las sociedades internacionales, en el que los foros estaban representados por hombres apasionados por la odontopediatria. Como vemos, ni en el campo actualmente *destinado* para las mujeres, ellas brillarían tanto, pues no se les fue permitido ante el dominio masculino de las disciplinas, y ello debe tomarse en cuenta cuando hoy día se habla de un carácter exclusivo de las mujeres en la odontopediatria.

Ahora bien, para ilustrar mejor cómo la odontopediatria es el área más femenina de todas, consideramos pertinente la inclusión de tres sub-categorías que nos orientan hacia las posibles causas y consecuencias de que esta área sea catalogada como francamente femenina, y que al igual que la odontología como profesión toda, en la odontopediatria se duplican ciertas concepciones como la homosexualidad de los varones que incursionen en esta especialidad, la mejor adecuación de las mujeres dada su relación con la maternidad y la inminente relación entre lo femenino y lo subestimación de las ocupaciones:

1-El hombre que incursiona en esta área es categorizado de homosexual. Como hemos podido comprender, progresivamente, las mujeres han venido haciendo mayor presencia en el área odontopediatrica, al punto que en la actualidad, no solo su objeto de estudio aleja a la mayoría de los hombres, sino que la presencia inminente de las mujeres es una amenaza que atenta contra su imagen viril. Este binomio infantes-mujeres es un aspecto culturalmente indeseable en una ocupación para varones y ello hace que los varones que incursionen en un área como esta, se le cuestione su heterosexualidad. Este aspecto podemos rastrearlo mediante las siguientes narrativas:

*[**E3**-0473-0480]: "él era muy competitivo, competitivo porque obviamente él quería resaltar, él era el único hombre…pero como todo, es marico…A él le gustaba (trabajar con niños), es que no te digo que él es niña. Y tenía full paciencia y a él le gustaba y bueno…él súper bien, a él se le daban la mayoría, pero es como te digo, la mayoría de los odontopediatras son gais. Todos. Todos los hombres que son…botan (gesto, referencia a plumas)…son una niña más…".*

*[**E9**-0110-0114]: "Hay un aspecto cultural, que es distinto a mi forma de pensar, que es que los hombres hacen cirugía maxilofacial, no van a estar atendiendo niños. Ese estigma generalmente los que estudian odontopediatría lo asocian a personas homosexuales".*

*[**E5**-0264-0277]: "Bueno es que no hay casi hombres odontólogos y en la odontopediatría muchos menos inclusive, también hay la tendencia de que digan que si es odontopediatra entonces es gay, por decirte pues, tocando ese punto, entonces bueno me imagino que por eso los hombres se van a también por prejuicio".*

*[**E27**-0111-0118]: "las mujeres son las que más abundan en odontope, realmente muy pocos hombres en esa área y…y… bueno además que tú sabes que aunque no todos, pero si hay como esa creencia, que a veces realmente se cumple ¿no? que los hombres que entran en odontope son gais, supongo por eso porque uno como que lo ve más de mujer".*

Ya habíamos dicho que la odontopediatría es vista como la rama de la odontología femenina per se. Por tanto, todo lo que habita en ella es definido como tal. Hombres que persigan la odontología pediátrica, automáticamente son calificados como homosexuales. Es decir, si ya al hombre siendo odontólogo se le cuestiona su heterosexualidad, como odontopediatra se le niega. Este fenómeno ocurre por la *estereotipificación* de las ocupaciones y profesiones y los roles de género que se reproducen socio-culturalmente. Así lo establecen Clarke y Arnold (2018, p. 2):

> …los trabajos que tradicionalmente han sido ocupados exclusivamente o casi exclusivamente por un género se consideran más adecuados para ese género. La suposición es que para tener éxito en ese trabajo, uno debe poseer los rasgos atribuidos a su tipo de género.[81]

Es sabido que "los hombres homosexuales muestran una mayor preferencia por el trabajo de tipo femenino que los hombres heterosexuales"[82] (Ueno, Roach y Peña-

Talamantes, 2013; citados por Clarke y Arnold, 2018). Como también lo es, que cada vez más hombres heterosexuales ingresan a áreas consideradas como femeninas. Sin embargo, en un mundo que se rige bajo el yugo de la heterosexualidad como normo-sexualidad, es comprensible no solo la incorporación mayor de mujeres en odontopediatria como trabajo de tipo femenino (que a pesar de ello, la fuerza laboral odontopediatrica sigue siendo escasa en comparación con otras especialidades odontológicas), sino también la evasión o abstención de los hombres de transitar sobre estas aguas, pues "el conocimiento de que un hombre está solicitando un trabajo de tipo femenino conduce a la suposición de que posee los rasgos femeninos comunitarios, expresivos y cálidos necesarios para realizar ese trabajo. Esto lleva simultáneamente a la suposición de que carece de los rasgos masculinos prescritos"[83] (Biernat, 1991; citado por Clarke y Arnold, 2018; p. 3). Esta suposición va en detrimento de su imagen varonil heterosexual y en consecuencia, está condenado a sufrir los embates y prejuicios que trae consigo la violación de una norma social.

Parafraseando a Kite y Deaux (1987, p. 90), es oportuno resaltar que los estereotipos de hombres y mujeres homosexuales reflejan una creencia implícita en la teoría de la inversión postulada por Sigmund Freud (1905). Por tanto, los hombres homosexuales se consideran más como mujeres heterosexuales que otros hombres heterosexuales o mujeres homosexuales.[84] "La evidencia de la suscripción a un modelo de inversión implícita parte de la valoración de los rasgos, comportamientos de roles, ocupaciones y características físicas"[85] (Kite y Deaux, 1987; p. 90-92). De manera que "tanto para las personas masculinas como para las femeninas, la información sobre roles o información sobre rasgos inconsistentes al género (por ejemplo, rasgos femeninos atribuidos a un hombre) conduce a un fuerte aumento en la probabilidad estimada de que esa persona sea homosexual"[86] (Deaux y Lewis, 1984; citado por Kite y Deaux, 1987; p. 84). Además, dada la tendencia de los hombres homosexuales a seleccionar trabajos de tipo femenino, "algunos trabajos que tradicionalmente han sido vistos como trabajos de tipo femenino también son vistos como trabajos «homosexuales» porque es común encontrar hombres homosexuales que se desempeñan con éxito en esas ocupaciones"[87] (Clarke y Arnold, 2018; p. 3).

De allí que, si bien de los discursos pudimos extraer que el hombre en esta rama de la odontología es calificado de homosexual, también pudimos avistar la imagen competitiva, eficiente y respetuosa que se tiene de ellos, en el ejercicio de un trabajo de tipo femenino como la odontopediatría. Esto quiere decir que, el hombre homosexual es visto como igual o más exitoso que la misma mujer en su propia área-destino. Parafraseando a Levahot y Lambert (2007; p. 279), vale acotar además que se ha demostrado el prejuicio existente en contra de las/os homosexuales, motivado a la percepción de que ellas/os violan no solo la orientación sexual esperada sino, los roles de género tradicionales, por el hecho de que los hombres gais, en este caso, se presumen más femeninos que masculinos[88], es decir, se consideran altos en feminidad y bajos en masculinidad.

Sin embargo, estudios más recientes como el de Niedlich y Steins (2015) citados por Clarke y Arnold (2018; p. 3) plantean que esta visión está cambiando, pues descubrieron que "los hombres homosexuales eran vistos como poseedores de niveles iguales de rasgos femeninos y masculinos".[89] Esto quiere decir que los hombres homosexuales están siendo vistos como andróginos y por tanto, están siendo bienvenidos en cualquiera de los tipos de trabajo de género. Este hallazgo debilita no solo la teoría de inversión implícita, sino además la idea binaria de feminidad-masculinidad como perspectivas opuestas y complementarias entre ambos grupos. Nos habla de la potencialidad andrógina de la humanidad, y no como hemos crecido pensando, aquella idea de que lo no es masculino es femenino y viceversa.

No obstante, esta visión exitosa dada para hombres homosexuales no es la misma que para heterosexuales. "Para un hombre heterosexual, el mero conocimiento de que este está empleado o solicita un trabajo de tipo femenino debería conducir a una disminución de las calificaciones de respeto y efectividad"[90] (Clarke y Arnold, 2018; p. 3). Esto es que a pesar que se ha evidenciado que estos hombres también pueden ser exitosos en este tipo de trabajos, "cuando se los describe como exitosos en un trabajo de género femenino, los hombres se les caracteriza por ser más ineficaces y se les otorga menos respeto"[91] (Heiman y Wallen, 2010; p. 664). De modo que

continúan recibiendo castigo social "debido a que la devaluación de las actividades realizadas por las mujeres ha cambiado poco"[92] (England, 2010; p. 149).

En otras palabras, el trabajo femenino continúa siendo poco valorado, de allí que "las mujeres han tenido un fuerte incentivo para ingresar a los trabajos masculinos, pero los hombres han tenido pocos incentivos para asumir actividades o trabajos femeninos"[93] (England, 2010; p. 149). Por tanto, el costo social que paga un hombre heterosexual en un trabajo femenino es alto, pues "mujeres y hombres reportan que los hombres solo deberían ejercer ocupaciones masculinas, pero que las mujeres pudieran ejercer ambas, ocupaciones masculinas y femeninas"[94] (Didonato y Strough, 2013; p. 536), lo que quiere decir que, el hombre es fuertemente prejuiciado porque no solo se trata de un trabajo de mujeres sino que es de segunda categoría. Consecuentemente, el hombre se abstiene de ingresar a odontología, mucho menos a odontopediatria, especialmente el hombre heterosexual. Este hallazgo sustenta cuán importante es para un género demostrar congruencia con los roles determinados para cada grupo, donde lo maternal, lo empático y lo paciente son atributos prohibidos para el hombre.

2-Lo maternal en simbiosis con otros "talentos" finalmente se presenta como lo decisivo entre un hombre y una mujer odontopediatra. Debemos resaltar que el adjetivo "maternal" es lo perteneciente o relativo a la madre, en tanto "paternal" es lo perteneciente o relativo al padre. Maternal y paternal son dos términos distintos, que siguen la misma línea binaria que hemos venido rastreando. La conducta materna o maternal evoca dotes de cariño, entrega y servicio. Mientras la conducta paterna o paternal alude la disciplina en tanto observancia del orden, protección y sustento.

Esta separación de "esencias" hizo posible el forjamiento de la teoría del instinto maternal, la cual se trata de un conjunto de reacciones que como animales, tendrían las mujeres madres; reacciones que obedecen a la naturaleza, y cuyo fin último es la conservación de la especie. Se trata pues, de un sentimiento, un impulso o un móvil de orden divino, que trasciende a la razón o a la voluntad, en el que la mujer madre se entrega por completo al cuidado, alimentación y crianza de su prole. Una teoría que

ha sido de aplicación exclusiva a las mujeres, pues de la existencia de un instinto paternal muy poco se habla.

La teoría del instinto maternal plantea la idea desfasada de la supremacía de la naturaleza, asemejando la maternidad de las mujeres con las hembras animales, mediante la comparación hembra-cría/macho-caza. Pero, si consideramos que a diferencia de estos últimos, la especie humana (representada por el hombre, quien históricamente ha ostentado el poder) rodeada de naturaleza, es capaz de modificarla, explotarla hasta destruirla, y con ello crearse su propio caos, enfermedad y muerte...¿Es válida tal similitud? ¿Qué otro ser vivo tendría esta acción sobre su medio? Si bien las estructuras sociales también se dan entre animales, estos no tienen aquel nivel de intervención sobre su ecosistema. Por tanto, es evidente que lo que tienen en común los animales y las/os seres humanas/os es el papel que tiene la naturaleza sobre ellos. En tanto lo que los separa unos de los otros, es la intervención en la naturaleza que tiene la humanidad, que surge de una dinámica entre aspiraciones sociales, económicas, culturales y políticas. ¿Qué más anti-naturaleza que ir en contra de ella misma? ¿Dónde está el instinto de supervivencia?

Por tanto, la idea del instinto maternal es una creencia firme de la preeminencia de la biología y nuestra incapacidad de trascender de ella. Pero así como vemos que, en función de nuestra cultura, de nuestras estructuras sociales, de lo económico, etc., somos capaces de desconectarnos de la naturaleza, lo mismo puede darse cuando se trae un hijo al mundo, o por el contrario, para no traerlo al mundo. No solo las hormonas, el cerebro y el cuerpo se expresan en eventos como la maternidad, sino también el entorno, las relaciones sociales, el sistema económico y político, nuestros modos de vida, costumbres y cultos, es decir, todo un contexto proveedor de sentido de mundo, y allí dentro también nuestras aspiraciones humanas como mujeres y nuestra idiosincrasia, donde a pesar de los mecanismos biológicos que son innegables, estos no suceden aislados, sino que son interdependientes, enmarañados o entretejidos en un contexto sociocultural.

De modo que, hablar de instinto maternal es un mito patriarcal. Esta creencia hecha ciencia o más bien pseudociencia, ha sido una de las bases fundamentales para

la concepción de todo orden, incluida la distribución del trabajo. Así, las mujeres escogen odontopediatria porque existe un llamado "natural" para ejercer estas tareas. Ellas son las elegidas, las especiales para abordar a infantes. Los hombres en cambio, son vistos como ineficaces, especialmente el hombre heterosexual. Estrechamente vinculado con el instinto maternal, se encuentran la sensibilidad, lo emocional o empático y la paciencia, las cuales son cualidades distinguidas como femeninas, pues evocan precisamente una conducta "maternal". Veamos esta perspectiva desde las mismas voces de odontopediatras:

*[**E3**-0503-0510]: "Las mujeres abundan en odontopediatría, yo creo que por la parte que nosotras nos humanizamos más y somos más maternales, nosotras siempre queremos, cuando vemos un perrito hacemos así como que –ayyyy que lindo– en cambio que un hombre no, los hombres son como recios, no todos peros la gran mayoría, la mayoría– no con los niños no me llevo bien…Los hombres huyen de la especialidad por la paciencia, pienso. En cambio, la mujer es muy raro que a la mujer no le guste los niños, por lo general la mujer ve a un bebé y –ay qué lindo–, claro, si las hay que no…las mujeres son más emocionales en el sentido de mamá, en cambio los hombres son equis".*

*[**E5**-0076-0080]: "Me gusta su sensibilidad, esa…sinceridad, toda esa parte emocional, esa conexión, con esos niñitos, es lo que más me gusta. Es especial, es otra cosa, es otro nivel, lo disfruto de verdad que sí".*

*[**E6**-0239-0249]: "obviamente creen que el odontopediatra debe ser una persona dulce, una persona cariñosa, total o sea, todos esos adjetivos que van a definir a una mujer y no a un hombre. Entonces y la verdad es que en odontopediatría hay que tener carácter, hay que saber identificar el paciente, qué técnica puedes tratar para abordarlo y entonces pues, pienso que es un pensamiento totalmente, cómo se dice eso, nulo, simplista…me pasa por la práctica profesional, primero los papás creen que por ser hombre, uno es mucho más rustico, más tosco, no sabe cómo llevarse con el niño, entonces muchas veces, el papá obviamente, yo trabajo con dos doctoras, y obviamente cuando le dicen el nombre de las doctoras, prefieren irse con la mujer que con el hombre…Pero al principio el papá cree que uno por ser hombre, tener las manos grandes, toscas, pesadas y no va a saber atender a un niño y muchas veces resulta que una vez que tú atiendes al niño, muchas veces te identificas mucho más que una mujer con el chico, el niño".*

*[**E9**-0057-0077]: "Mira, creo que, y muchas mujeres se van por esta área de odontopediatría porque de hecho, hoy una persona me lo dijo: tú pareces una mamá, sin serlo, ¿no? Porque no tengo hijos. Entonces creo que eso es algo instintivo*

también y creo que te hace ser sensible ante los niños. En forma particular, siempre he estado rodeada de niños, tengo una cantidad de primos impresionante y siempre fui la cuidadora de todos ellos, todos los primos iban a todos lados y me los dejaban era a mí y yo encantada. Y si, evidentemente creo que la parte maternal está inmersa en la parte femenina y creo que por eso pocos hombres, y no quiero decir con esto que no tengan esa cuestión paternal con la odontopediatría, lo que pasa es que existe como un paradigma en el que siempre odontopediatría va ligada a las mujeres. Igual que la cirugía maxilofacial, que es como una rama de hombres. Entonces creo que si tiene que ver con esa parte instintiva de madre".

*[**E24**-0168-0183]: "Si obviamente que el porcentaje mayor es de mujeres, realmente si y creo que es por instinto maternal, ahí sí creo, ya que estoy ahí metido de cabeza en este mundo y manejo la clínica del bebé, me doy cuenta que las mujeres, o sea ellas empiezan, es que voy a trabajar con bebés, es que eso es lo que me gusta, este, …considero que la mitad es por instinto maternal, porque de verdad es bonito, porque la odontopediatría te sensibiliza totalmente de una manera increíble, aprendes a tener paciencia, es lágrimas que tienes que solventar, y la otra mitad es porque le tuvo miedo a cirugía, periodoncia, a todo y cree que odontopediatría le va a resolver la vida y solo va a ver niñitos de un año que ni se mueven".*

*[**E25**-0340-0355]: "…pero sí, eso está más visto hacia las mujeres porque bueno por aquello de que saben manejar mejor los niños, son más cariñosas, son más delicadas, más pacientes más de todo eso".*

*[**E27**-0118-0131]: "Los hombres pueden ser buenos odontopediatras, pero la mujer es como por instinto, o sea es normal ver a la mujer en odontope, porque son quienes cuidan a los niños. Digamos que se nos hace como más fácil por cómo somos…Hmmm, como más afines a los niños, desde pequeñas siempre sentimos como esa tendencia hacia los niños, como esa sensibilidad y entrega, más que los hombres. Es como algo intrínseco pues, que no necesitamos, aun cuando claro, igual el manejo conductual uno no lo conoce y hay que estudiar, pero es como si actuamos por instinto y lo hacemos bien, o se nos hace más fácil pues".*

Como pudimos evidenciar, "hemos concebido durante tanto tiempo el amor maternal en términos de instinto, que de buena gana creemos que se trata de un .comportamiento arraigado en la naturaleza de la mujer cualquiera sea el tiempo y el espacio que la rodean" (Badinter, 1981; p. 12). La idea del instinto maternal refiere una dotación natural de las mujeres que nos hace irremediablemente afectivas, empáticas, sensibles y pacientes con la prole y esto, no solo las humanas, sino todos los seres vivos hembras. Nos lo vienen diciendo desde siglos atrás: "el amor a la descendencia es un impulso instintivo, que no se limita solo a la hembra de la especie

humana, sino que pertenece al sexo femenino de todo tipo de seres vivos"[95] (Toner, 1864; p. 2). La mujer es reducida a salvaje, mamífera e instintiva, pero sobre todo, es madre desde la cuna.

Se hicieron (y se siguen haciendo) muchos intentos para justificar las diferencias de roles para los sexos, especialmente invocando a la similitud con los animales, a la capacidad reproductiva y al cerebro. "Hubo una especial predilección por apelar al ejemplo de los animales más salvajes, y admirar el hecho de que los más crueles, los más salvajes como las tigresas y las leonas se deshacen de su ferocidad para cuidar a su cría; el hecho de que suelen morir con ella antes que abandonarla cuando los cazadores las persiguen" (Badinter, 1981; p. 154). Pero, "la época de las luces marca el apogeo del estereotipo que el siglo XVI había esbozado…La anatomía y la fisiología se esfuerzan por demostrar las diferencias entre los sexos, que se traducen generalmente en términos jerárquicos" (Tubert, 1991; p. 36). En palabras de esta autora:

> La especificidad del cuerpo femenino reside en la debilidad y la predestinación a la maternidad. Su esqueleto es más pequeño y blando que el del hombre, sus tejidos esponjosos y húmedos se inflaman con mayor facilidad, la piel es más frágil, los músculos y fibras son blandos y débiles, el cerebro es más pequeño. La única superioridad femenina es la ramificación más extensa de los vasos y los nervios, lo que le proporciona una sensibilidad "exquisita" (lo que tiene aspectos positivos pero también negativos)".

Estas afirmaciones resuenan con los discursos de quienes comportan nuestra población de estudio, presentados arriba, en donde el tamaño de las manos y cuerpo de las mujeres, nos vuelve automáticamente delicadas y especiales para llevar a cabo tareas como las odontológicas, y más aún en infantes. Por el contrario, el tamaño de las manos y el cuerpo del hombre, lo hacen ver inelegible o poco deseado para estas tareas. Así mismo, se ha incurrido al tamaño del cerebro, su peso y volumen, su estructuración y modos de activación e interacción. No obstante, por ejemplo, cuando "la ciencia" encontró que existen mentes masculinas extraordinarias con cerebros de tamaño pequeño, evidentemente se vio obligada a negar que el tamaño era un aspecto crucial que diferenciaba a hombres y mujeres, y por extensión negó que el tamaño del

cerebro significaba mayor o menor inteligencia; refutación que ha sido insuficiente para abolir tal creencia al día de hoy.

Evidentemente, todavía se arrastra la idea de cerebros superiores o inferiores entre mujeres y hombres respectivamente, en función del tamaño del cráneo. Esta misma línea comparativa se plantea con los rasgos físicos masculinos y femeninos. No obstante, tal como lo refieren aquellos discursos presentados, no cabe duda que es posible que hombres con manos gruesas y cuerpos fornidos pueden llevar a cabo tareas como las odontopediatricas, que solo son bien vistas en manos finas y cuerpos menudos. Los hombres pueden ejercer perfectamente la odontopediatria. El tamaño como parámetro está desasociado con una superior o inferior cualidad o atributo, aun cuando culturalmente ha sido un punto de referencia para la división del trabajo según el género.

Así como el desmontaje de la idea de que un cráneo/cerebro más grande en hombres implicaba mayor inteligencia, han surgido numerosos estudios que desde la neurociencia se han encargado de incrustar a través del tiempo, la idea de cerebros diferentes entre sexos, muchas veces con base a argumentos o evidencias inconsistentes. Rippon (2019, p. 16-17), quien es una neurocientífica, se ha encargado de rastrear estas investigaciones, y no ha encontrado sino estudios con metodologías inadecuadas, interpretaciones erróneas, resultados no sustentados o viciados. Aun así la teoría de cerebros femeninos y masculinos continúa vigorosa. La autora refiere que:

> …"culpar al cerebro" era un mantra constante y persistente cuando se trataba de encontrar explicaciones sobre cómo y por qué las mujeres eran diferentes de los hombres. En los siglos XVIII y XIX, se aceptaba generalmente que las mujeres eran social, intelectual y emocionalmente inferiores; En los siglos XIX y XX, el enfoque se centró en los roles supuestamente "naturales" de las mujeres como cuidadoras, madres, compañeras femeninas de los hombres. El mensaje ha sido consistente: existen diferencias "esenciales" entre los cerebros de hombres y mujeres, y estos determinarán "sus diferentes capacidades y personalidades y sus diferentes lugares en la sociedad". Aunque no pudimos probar estos supuestos, seguían siendo la base sobre la cual los estereotipos estaban firmemente e inmutablemente fundamentados.[96]

Aun sin fundamentos, hubo astutos quienes se atrevieron a definir a la “naturaleza femenina”, en función de su tamaño corporal, de su cerebro, de su capacidad reproductiva, etc., constituyendo así un modelo perfecto de ser madre, justificado por todos aquellos “hallazgos”. Son numerosas las tesis que declaran que “La mujer está hecha para el amor y que “la sed de maternidad es innata en el sexo femenino” (Binet, 1945; citado por Tubert, 1991; p. 42) o que "el cerebro femenino está predominantemente cableado para la empatía. El cerebro masculino está predominantemente cableado para comprender y construir sistemas”[97] (Baron-Cohen, 2007, citado por Rippon, 2019; p. 166). Esto último aseverado mediante tests psicológicos que arrojan una mayor sensibilidad a las emociones por parte de las mujeres, a pesar de que hoy día se sabe que esta cualidad no es innata sino más bien construida, según estudios hechos en bebés. Ideas como estas, también están plasmadas en los pensamientos de Rousseau y Freud, que en palabras de Badinter (1981):

> …elaboran una imagen de la mujer singularmente coincidente: destacan su sentido de la abnegación y el sacrificio, que según ellos caracteriza a la mujer «normal». Si voces tan autorizadas las encerraban en ese esquema ¿cómo podrían las mujeres huir de lo que se convenía en llamar su «naturaleza»? (p. 198)…En ningún caso tiene que enojarse ni dar muestras de la menor impaciencia, porque la madre rousseauniana ignora el principio del placer y la agresividad. De modo que hay que preparar a la niña para que sea esa dulce madre de sueño, que amamanta y cría a sus hijos con «paciencia y dulzura, con una solicitud y un cariño que nada logra alterar (p. 204).

Estas teorías discurren entre un tono descriptivo e imperativo. El primero explícitamente empleado por Charles Darwin y Herbert Spencer por ejemplo, y el segundo por Jean-Jacques Rousseau. Este último distingue lo que una mujer y un hombre deben ser, es decir, más allá de lo natural, es que se necesita una norma para coexistir, para ser útiles el uno al otro, por ende, funcionales a la sociedad. Ambos tonos, sin embargo, educaron a los sexos para vivir diferentes vidas, aquellas donde los hombres no pueden pisar terreno así llamado como femenino porque son descalificados y etiquetados. Weiss (1987, p. 93) en su crítica hacia la idea de que

Rousseau institucionalizó los roles de género basándose en el determinismo biológico, asevera que este mas bien "no cree que las diferencias naturales sean necesariamente muy grandes, inevitables, inmutables o políticamente relevantes…sino que considera que los roles sexuales tienen consecuencias sociales beneficiosas y, por lo tanto, respalda firmemente el tratamiento diferencial de los sexos".[98] Ambas perspectivas, descriptiva o imperativa jugaron un papel crucial para la trampa complementaria que justifica las jerarquías sociales:

> La idea de complementariedad, es decir, la creencia de que los rasgos, fortalezas y debilidades de un grupo son compensados o mejorados por los rasgos, las fortalezas y debilidades de otro, es una forma excepcionalmente poderosa de mantener las desigualdades de poder entre los grupos, ya que implica que cualquier percepción de inequidad es ilusoria y que la base real para discriminar entre grupos se basa en las fortalezas y debilidades relativas de cada grupo[99] (Shields citado por Rippon, 2019; p, 151-152).

El hecho de que las profesiones sean distribuidas entre las perspectivas masculina y femenina no es natural. Como la mujer es madre de cuna, y la maternidad está latente desde su nacimiento, la mujer que no asuma este rol o apenas lo haga, es patologizada, anormalizada y castigada moralmente. No ser una verdadera madre, o madre abnegada hace recurrir a lo moral para que se cumpla a como dé lugar aquel imperativo. Además, hemos creído que lo mejor para un niño o niña, es ser atendida/o por una mujer, porque es ella quien está colmada de ternura y paciencia, y esto está tan arraigado en las preferencias culturales de pacientes que en una investigación realizada por Cassell (1998; p. 148-149), este afirma que durante sus observaciones en consulta:

> …Los niños parecían reaccionar de manera diferente a los hombres. Siempre que estaba jugando con un niño y un miembro del personal masculino entraba en la habitación, el niño comenzaba a llorar. Era como si percibieran a los hombres de manera diferente…el cuerpo de una mujer reconforta y sostiene; el cuerpo de un hombre actúa. Un bebé aprende estas distinciones muy temprano; un niño pequeño anticipa un comportamiento diferente del cuerpo de la mujer que del hombre; un adulto está impulsado por el mismo conocimiento incorporado.[100]

Por ello es de esperar que, así como la pediatría, "entre las especialidades dentales, se acepta que la odontología pediátrica tiene la mayor representación de mujeres en comparación con otras áreas dentales avanzadas y programas pre-doctorales…La mayor representación femenina en odontología pediátrica se ha atribuido a un estado mental tradicional de que tratar a un niño requiere cualidades como la ternura y la empatía, o el cuidado, que las mujeres pueden poseer más que los hombres…"[101] (Peretz, Glaicher y Ram, 2003; p. 82). Otros estudios como el llevado a cabo por Costa, Bonan, Abreu y Durães citados por Kfouri, Moyses y Moyses (2013, p. 813) encontró "una tendencia de las mujeres dentistas a desempeñar lo que era percibido a ser como más un 'rol femenino' en la profesión, emprendiendo actividades asociadas los aspectos «cuidado» y «maternal»".[102] Así mismo, parafraseando a estos autores, ellos encontraron que "las selecciones profesionales de las mujeres dentistas están relacionadas con su cuidado por los demás, y que estas especialidades son vistas como prácticas y procedimientos menos invasivos que requieren gran delicadeza"[103] (ob. cit., 2013; p. 814). Ello demuestra que las mujeres seleccionan odontología conforme a su construcción social vinculada con la naturaleza:

> La mujer está dotada de un amor instintivo por los niños, cuya maternidad se convierte en la característica más persistente de su naturaleza. Y, si posee las más nobles sensibilidades de su sexo, abandona sin lamentar el disfrute de todos los amores y diversiones anteriores, y cualquier deber hacia su hijo, por laborioso que sea, se convierte en placer[104] (Toner, 1864; p. 11).

"Esta creencia se apoya en la renegación de la función metaforizante que nos genera como seres humanos: si la vida es un don de la naturaleza, no hace falta reconocer otro origen, otra deuda, no hace falta reconocer que también somos engendrados por palabras, mitos, leyes, discursos" (Tubert, 1991; p. 52). "A base de negar las características socio-demográficas, históricas y culturales como elementos que puedan influir en la experiencia maternal, ésta se sitúa claramente en el terreno de la biología" (Sole y parella, 2004; p. 74).

Sin embargo, como es de esperarse, ha habido refutaciones a estas teorías. Por ejemplo, en 1916 Leta Hollingworth lo refería: Hay, sin duda, una fuerte y ferviente insistencia en el "instinto maternal", que popularmente se supone que caracteriza todas las mujeres por igual, y para proporcionarles un deseo que todo lo consume para la maternidad, independientemente del dolor personal, el sacrificio y la desventaja involucrada[105] (Hollingworth, 1916; p. 20). Esta socióloga planteaba que:

> …en ausencia de todos los datos verificables, es de sentido común evitar aceptar como un hecho de la naturaleza humana una doctrina que podríamos esperar encontrar en uso como un medio de control social. Dado que no poseemos datos científicos en absoluto sobre esta fase de la psicología humana, la suposición más razonable es que si fuera posible obtener una medición cuantitativa del instinto materno, deberíamos encontrar este rasgo distribuido entre las mujeres, tal como hemos encontrado todos los demás rasgos distribuidos que han dado lugar a la medición cuantitativa. Es muy razonable suponer que deberíamos obtener una curva de distribución, que varía desde un extremo donde los individuos tienen un interés cero o negativo en el cuidado de los bebés, a través de un modo donde hay una cantidad moderada de impulso a tales deberes, a un extremo donde el único interés vocacional o personal radica en las actividades maternas.[106]

Décadas después, Badinter es aún más penetrante:

> El amor maternal es sólo un sentimiento humano. Y es, como todo sentimiento, incierto, frágil e imperfecto. Contrariamente a las ideas que hemos recibido, tal vez no esté profundamente inscrito en la naturaleza femenina. Si observamos la evolución de las actitudes maternales comprobamos que el interés y la dedicación al niño se manifiestan o no. La ternura existe o no. Las diferentes maneras de expresar el amor maternal van del más al menos, pasando por nada o casi nada…(1981; p. 14)
>
> Al recorrer la historia de las actitudes maternales, nace la convicción de que el instinto maternal es un mito. No hemos encontrado ninguna conducta universal y necesaria de la madre. Por el contrario, hemos comprobado el carácter sumamente variable de sus sentimientos, de acuerdo con su cultura, sus ambiciones, sus frustraciones. Cómo no llegar a partir de allí a la conclusión de que el amor maternal es sólo un sentimiento, y como tal esencialmente contingente, aunque sea una conclusión cruel. Este sentimiento puede existir o no existir; puede darse y desaparecer. Poner en evidencia su fuerza o su fragilidad. Privilegiar a un hijo o darse a todos. Todo depende de la madre, de su historia y de la Historia. No, no existe ninguna ley universal en este terreno

> que escapa al determinismo natural. El amor maternal no puede darse por supuesto. Es un amor «no incluido» (1981; p. 309).

En aquellos discursos pudimos evidenciar el continuum de todas estas falacias, aunque se admita la posibilidad de que el amor materno y todos sus atributos no son universales (contradictorio con el concepto mismo de instinto que tanto se menciona en dichos discursos). Pudimos notar que las mujeres pueden ser tan torpes como lo han sido históricamente los hombres con los niños, y no necesariamente esto responda a una anormalidad o patología. Más bien deja ver lo que se oculta por miedo a la transgresión de una supuesta ley natural, pues desde siempre ha habido mujeres que repelen o han sido poco proclives hacia los infantes. Esto es, que la antipatía o aversión (por parte de la mujer) en diferentes grados hacia la maternidad y/o hacia los niños, es una realidad posible. Del mismo modo, el hombre ha sido mitificado como aquel desprovisto de tales actitudes así referidas como maternas.

La actitud materna para muchas mujeres es un atributo que se manifiesta desahogadamente, mientras que para muchas otras requiere de mucho trabajo y esfuerzo. No es un asunto universal que se da muy a gusto o naturalmente, ni entre mujeres ni entre hombres. Sin embargo, creer esto ha convenido para perpetuar los roles de género que soportan a toda sociedad patriarcal. La razón por la que las mujeres son creídas como las "maternales" de la especie humana es porque en ellas se ha venido cultivando esta cualidad. "Si bien algunas mujeres parecen tener una motivación maternal más fuerte, a menudo es porque han estado cultivando ese comportamiento desde una edad muy temprana, desde muñecas de juguete y juegos hasta el cuidado de niños para las vecinas, un trabajo que rara vez se solicita o se impone a los niños"[107] (Neal, 2017). "El condicionamiento cultural para los roles de cuidado es real. La reticencia masculina a participar en aspectos específicos de la crianza es real"[108] (Pelley, 2019). En palabras de Ragsdale citada por Neal (2017):

> Cultivar un impulso materno es como aprender un idioma…los niños están expuestos a eso desde el principio y aprenden el idioma de las personas que lo hablan. Si los niños estuvieran condicionados a ser más "maternos" desde una

edad temprana, entonces el impulso podría ser más fuerte cuando sean adultos.[109]

O como lo refiere Cassell (1998, p. 46):

> Las mujeres han incorporado el comportamiento maternal desde el primer momento en que fueron acurrucadas por sus madres. Cuando eran niñas, se les mostró sin palabras cómo nutrir a sus muñecas, un comportamiento que era muy diferente de la forma en que se anima a los niños pequeños a jugar con sus muñecos guerreros. Ellas aprendieron a expresar ternura hacia los niños más pequeños de una manera particular, similar a la forma en que sus madres expresaron ternura hacia ellas, a diferencia de cómo los niños pequeños aprenden a expresar un interés comparable en los bebés y los niños pequeños, que probablemente se asemeje la manera juguetona y burlona desafiante que sus padres adoptaron con ellos. Este es un conocimiento corporal tácito y práctico, para el que hay pocas palabras, si es que hay alguna. "Lo que se 'aprende con el cuerpo' no es algo que uno tiene, como el conocimiento que se puede exhibir, sino algo que uno es" (Bourdieu 1990a: 73). La "anatomía vivida" de estas mujeres, sus principios encarnados, valores y formas de actuar, son una parte tan importante de ellas que las mujeres no están conscientes de esto. [110]

El mero hecho de que los hombres han históricamente incursionado (aunque escasamente) en oficios dedicados a los niños, contradice la misma idea de instinto maternal. Es precisamente, en estas ocupaciones donde se dispone de todo el conocimiento en relación al manejo de conducta infantil, donde hombres y mujeres son capaces de adquirir técnicas que aprenderán por igual. Si las mujeres somos instintivamente maternales, no habría mujeres a quienes se les dificulte el abordaje conductual de su paciente infantil. Si los hombres están biológicamente programados para fracasar en lo doméstico, en lo emocional o empático que implica el abordaje infantil, no hubiese hombres heterosexuales u homosexuales en estas áreas de igual modo exitosos. A diferencia de los animales, hombres y mujeres recibimos clases para ser madres y padres para que la prole no muera. Lockman (2019; p. 151) nos explica la diferencia:

> Una rata preñada no va a la clase de parto. De animal a animal, este comportamiento no muestra una base de variación del temperamento o cultura. Está programado en su ADN. Una rata tiene un instinto maternal. También lo

> hace un ganso de espalda gris, que empuja inmediatamente cualquier objeto redondo cerca de su nido para incubarlo, sin importar si es una bola de billar colocada allí por un etólogo travieso o un huevo real. El objeto redondo (estímulo) produce un comportamiento rodante (respuesta). Cuanto menos inteligente es un animal, más se basa su supervivencia en el instinto.[111]

Como ya habíamos señalado, el cerebro humano se caracteriza por su plasticidad o maleabilidad, característica que viene dada por la presencia de una neocorteza, la que nos obliga a aprender para sobrevivir. "Los humanos ya no dependen de los reflejos o los instintos…en cambio, operamos bajo los auspicios de un sistema nervioso sofisticado que interactúa con el entorno para alterar las estructuras físicas del cerebro. Esta alteración se conoce como aprendizaje"[112] (Lockman, 2019; p. 152-153). Dicho en otras palabras, si hay algo esencial en las/os seres humanas/os es el aprendizaje, de lo contrario nuestra supervivencia estaría limitada.

Imaginemos por un momento lo que sucedería si una madre o un padre no tuviesen acceso a la experiencia acumulada en relación al cuidado de su prole. Que no exista nadie para enseñarles cómo ser madre o padre a la llegada de un hijo. Las probabilidades de que ese hijo sobreviva disminuyen significativamente. La historia revela el alto índice de mortalidad infantil en el pasado, reflejo de que hemos venido refinando nuestra experiencia como madres y padres. Nuestra ventaja y distinción de los animales viene a ser nuestro razonamiento en sociedad, lo que nos hace seres de práctica, aprendizaje, experiencia, aspiraciones y cultura, esto es, seres sociohistóricos. "La cultura, no el instinto, es el mecanismo predominante para el intercambio de habilidades entre generaciones"[113] (Pelley, 2019). Una mejor ilustración del costo que supone para la madre y el padre, la ausencia de instinto maternal o paternal sería que:

> Cuando no tienen experiencia con las habilidades de cuidado infantil, hay una tasa muy baja de éxito reproductivo. Se aprenden habilidades parentales. No son innatos, para hombres y mujeres por igual. Ambos son padres torpes. Tienes que aprender a tolerar a un bebé retorciéndose en tu espalda. Tienes que aprender a compartir el cuidado de tu bebé. Las madres primerizas no saben cómo colocar a los bebés para amamantarlos en el pezón. Los sostienen boca abajo[114] (Snowdon, 2013; p. 48).

Aprender a ser madres y padres es el costo que pagamos por ser seres de cultura e intelecto y no de instinto. La plasticidad nos permite infinitos potenciales, al menos en contra de los instintos, inflexibles como el vidrio[115] (Lockman, 2019; p. 152). Es penoso que la segregación de las ocupaciones todavía responda a estas supersticiones. Es penoso que aún se crea que las mujeres estamos cableadas para ser madres o potenciales madres devotas, cuando "por definición, un instinto es un comportamiento que no tiene que ser aprendido, casi no muestra variación entre los miembros de su especie y se manifiesta en una secuencia rígida de comportamientos realizados en respuesta al estímulo[116] (Ob. Cit., 2019; p. 50). Para finalizar esta categoría, abordaremos su última sub-categoría, la cual pone en evidencia la diferencia de estima, categorización o prestigio entre las especialidades odontológicas, situando a la odontopediatría como una de las de menor rango, dado el género que prevalece en ella.

3-La Odontopediatría es un área subestimada; la más subestimada de entre todas las especialidades odontológicas. Si partimos de la idea que para ser odontopediatra se reconoce la necesidad de poseer cualidades como ternura, paciencia, tolerancia, entre otros, y que estas cualidades son vistas como femeninas, pues evidentemente entraremos en la discusión de que todo lo que tiene que ver con emociones, empatía y maternidad es menospreciado. La empatía, por mencionar un ejemplo, entendida como la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos (RAE, 2020) nos ubica en la categoría de consejeras, orientadoras y cotillas, al mismo tiempo que "emocionalmente, las mujeres hemos sido más propensas a ser sensibles e inestables en comparación con la «fuerza apasionada de los hombres evidente en la motivación para lograr, crear y dominar»[117] (Rippon, 2019; p. 152-153). De manera que para ilustrar la percepción subestimada de la odontopediatria, tomemos como referencia los siguientes discursos procedentes de nuestro grupo de estudio:

*[**E3**-0489-0494]: "odontopediatría no es de las mejores ramas o de las que todos los odontólogos, woww, todo el mundo se va por ortodoncia, por la parte económica también, porque la ortodoncia da, la cirugía da, estee, la endodoncia da, pero odontopediatría no…a veces somos subestimados porque la gente piensa –no vale el*

postgrado de niños es lo más fácil y noo…cada postgrado tiene una complejidad...pero no todo el mundo está acostumbrado a trabajar con niños… y no todo el mundo te trabaja con niños, aparte que es una carrera que es compleja, una especialidad que es compleja, porque nosotros vemos cirugía, prótesis, endodoncia, de rehabilitación, de todas las ramas".

*[**E6**-0280-0302]: "Lo que pasa es que las personas piensan que estudiar odontopediatría es súper sencillo, es el postgrado más sencillo, más fácil de hacer…Sin embargo, obviamente para algo se estudia la especialidad, para algo tú tienes que saber cómo controlar al niño, sabes que la odontología no es fácil en el adulto y mucho menos va a ser fácil en el niño, entonces obviamente si pienso que es una especialidad hoy mal pagada".*

*[**E9**-0099…0383]: "la odontopediatría tiene el estigma de ser mucho más relajado, mucho más tranquilo y pienso yo que, es todo lo contrario, ¿no?…Incluso creo que nosotros como profesionales lo asumimos, lamentablemente…siempre creo que ponemos, a lo mejor porque son tratamientos pediátricos, siempre como que colocamos un valor menor…lo que pasa es que no quieres reconocer que necesitas de un odontopediatra. O sea reconoce que necesitas a un odontopediatra, por ejemplo un paciente pediátrico de 2 años, que uno tiene las estrategias de cómo abordarlo. Reconócelo, le decía… nunca sentí el reconocimiento explícito".*

*[**E24**-0239-0249]: "Bueno los hombres que no incursionan es porque les enseñaron eso, o sea yo tenía colegas que me decían –yo veo tu instagram y haces cosas increíbles, de verdad que bonita la odontopediatría. Y yo le digo: ¿y por qué no hiciste?, y me dicen –no es que sentía que era muy estúpida – ¿me entiendes? Yo sentía que era muy boba la odontopediatría, o no tengo paciencia con los niños, casi todos los hombres piensan que no tienen paciencia, que no quieren trabajar con niños, y lo otro es por eso, porque lo veían como muy tonta…tú sabes lo que es meterte en odontopediatría y trabajar con niños, eso es horroroso, o sea, en el buen sentido de la palabra es horrible, o sea te pone a prueba en todos los sentidos, tú dices Dios mío será que realmente sirvo para esto, o sea es todas las especialidades en una porque tú tienes que hacer cirugía, periodoncia, rehabilitación, todo en un solo niño chiquitico que llora, que tiene miedo y con una mamá insoportable, es complicado, entonces no es tan fácil y la gente lo subestima, la gente que va a estudiar y los mismos especialistas, amigos colegas, que se tienen que posicionar en un status bien alto y meterte codo a codo en los hospitales para que ellos te puedan respetar".*

*[**E27**-0132-0137]: "Creo que tiene que ver con eso de que no estás haciendo algo like wow, que se tiene esa idea de que se hacen cosas sencillas, que cualquiera puede hacer…y…y…y que además es como cuando un hombre anda con niños pues sale cagao, como si por, como si te van a tildar de infantil porque te gusta esa área, rodeado de niños".*

Queda explicita la representación de poca estima por la odontopediatria entre ambos géneros, el menosprecio claramente viene dado mayormente por los hombres, es decir, el menosprecio a estas áreas es proporcional a la ausencia del hombre en su interior. Mientras mayor presencia masculina en un área, mayor reconocimiento social tienen las profesiones. Por tanto, la exclusividad de la mujer a esta área parece darse por defecto, pues al no ser altamente demandada, evidentemente al final alguien debe hacerse cargo de estas tareas, siendo su mayoría mujeres, unas más que otras manifestando una especial vocación que acentúa la creencia como aquella del lugar designado a la mujer como fin.

Como ya mencionamos, la idea de que el hombre evita a toda costa ser vinculado con niños viene del pasado, pues se afirmaba que el hombre era incapaz de llevar a cabo aquellas tareas de cuidado de la prole, no solamente porque este se dedicaría a trabajar para el sustento económico no privado, sino que literalmente se le categorizó como "incapaz" desde su "esencia masculina". Por consiguiente, si ya la mujer ha venido haciéndose cargo de la prole, y el hombre en tanto, ha tenido otros quehaceres, pues es de esperar que se asuma que "la naturaleza hizo al hombre extraño a la infancia, y a la pareja madre-hijo perfectamente acabada" (Badinter, 1981; p. 238). El niño es ajeno al hombre. Como resultado, el hombre poco ha participado de su cuidado, alimentación e instrucción. La mujer en cambio llega a saber todo del niño, tiene el control casi total sobre este, pues es quien asume la mayor convivencia y responsabilidades que implican su crianza.

Esa desvinculación del hombre con el niño, anulando su facultad o potencial como criador, de permanecer o coexistir con este tanto como lo hace la madre, nos aporta luces del por qué existen pocos hombres en odontopediatría, pues por un lado, difícilmente se puede ser lo que no se ve, y por el otro, difícilmente el hombre se sentirá persuadido o seducido por un oficio vinculado con el ser madre o padre, en donde este último, no tiene claro su papel, pues históricamente el hombre ha tenido un papel secundario.

Parte de los discursos nos deja ver la idea de que para el hombre, el codearse con niños significa quebrantar su imagen varonil y madura, no solo por la sagrada relación madre-hijo, sino porque lo infantil reblandece su masculinidad y rememora su estadio infantil-pueril. En otras palabras, "la educación moral es incompatible con el oficio de padre…la altura de sus meditaciones le impide «rebajarse» al nivel de sus hijos" (Badinter, 1981; p. 237). Este distanciamiento entre el padre-hijo o más bien, esta exoneración de la paternidad, ha conducido a una relación de afectividad y acercamiento francamente débil que se ha extendido a toda clase de relaciones, como aquellas de las ocupaciones. El hombre o el padre es construido como una figura de segunda, no protagónico desde el punto de vista "maternal" al que hemos venido haciendo referencia. Esta misma autora afirma:

> El niño es un extraño para el hombre, porque el hombre habita un universo del que están excluidas la infancia y las normas de afectividad que la rigen. De allí su incomprensión, su severidad, su falta de paciencia. Acostumbrado a luchar con la dura necesidad exterior, no puede aceptar los caprichos, los sueños y la debilidad infantil, que en cambio le resultan familiares a la madre (p. 238).

Dado este escenario, la odontopediatria ha sido devaluada y esquivada. De hecho, en el pasado "se consideraba a un odontopediatra como alguien que, "debido a su interés particular en servir a los niños, no cumplía muy bien con las expectativas. Hubo una actitud entre el público y la profesión de que cualquier servicio para niños representaba un "rendimiento de media tasa para una recompensa de cuarta tasa". Muchos de los dentistas pediátricos de hoy todavía reconocerán esa actitud entre algunos colegas[118] (Gelbier, 1995; p. 56-57).

De manera que aquella diferencia de espíritu construida para ambos grupos, como hemos aclamado anteriormente ha conducido no solo a la visión dividida del trabajo, sino a considerar que hay trabajos de mayor o menor rango, con su consecuente repercusión en la remuneración de dichos oficios, siendo que "el mercado laboral está altamente segmentado por género. Como resultado, las mujeres a menudo trabajan en ocupaciones menos calificadas, menos valoradas socialmente y peor pagadas que los hombres"[119] (Rault, 2017, p. 385). Esto pese a que la odontopediatria supone el

ejercicio de la misma odontología clínica realizada en adultos, pero con un factor agregado, el difícil y desafiante manejo conductual de un infante.

Aun así, la odontopediatria es disminuida, apocada, vista como una especialidad simple. De la complejidad que supone abordar un infante pocas/os hacen referencia, o le otorgan el debido valor. Para la mayoría, la complejidad de un oficio está ligada al cultivo de cualidades duras no "maternales". Poco se ha comprendido que "la odontología pediátrica es una especialidad no basada en un particular conjunto de capacidades, sino que combina todas las habilidades técnicas de la odontología, en un entorno de conocimiento del desarrollo infantil en la salud y en la enfermedad" (Cameron y Widmer, 2010; p. 1). En cambio, "las facultades de odontología siguen preparando dentistas orientados hacia el tratamiento de la enfermedad, con poca vocación por el cuidado del niño y del adolescente, debido a lo cual la cobertura de atención a una población que representa la mitad de los habitantes de un país, es mínima" (Beltrán Neira, 2011; p. 175).

Si bien la odontopediatria se caracteriza por el gran número de mujeres en ella, ya vemos que esta presencia no es tan natural ni genuina como se tiende a creer. La presencia mayoritaria de mujeres es el resultado de una dinámica que se da entre la concepción femenina extrema del área, que a su vez conlleva a la marcada ausencia del hombre como amenaza que atenta contra su imagen masculina, y donde además el hombre no se identifica ni se cree capaz de ejercer tales funciones dada la construcción genérica reinante. El manejo conductual de infantes es asociado con cualidades maternales instintivas, donde la ternura y la empatía como sinónimos de maternal, están ausentes en el hombre. Las mismas cualidades que han sido devaluadas, y que a su vez devalúan a la odontopediatria como oficio digno.

La segregación de la rehabilitación oral según el género.

La rehabilitación oral es amplia, y abarca casi toda la odontología. Rehabilitar consiste en aplicar o llevar a cabo un conjunto de pasos que tendrían como fin,

recuperar una función o actividad que ha sido perdida o disminuida por traumatismo, enfermedad o vejez. Bajo esta noción, la mayor parte de la odontología y sus especialidades tendrían un enfoque restaurador o rehabilitador. Sin embargo, "el término *rehabilitación oral* a menudo es utilizado por la profesión dental para referirse de una manera algo coloquial a los procesos operatorios biomédicos, como la restauración compleja de los dientes o el arco dental"[120] (Durham y Ohrback, 2010; p. 490).

No obstante, la rehabilitación oral o bucal, la mayoría de las veces es reducida informalmente solo a la prostodoncia, a sabiendas pues, que la operatoria dental, la estética, la cirugía dental, la periodoncia, la endodoncia, etc., son parte de ella. El término "rehabilitación oral" evoca una restauración general o macro, de aquella que es planificada, dirigida y materializada por un/a prostodoncista, es decir, mediante prótesis dentales. De modo que la prostodoncia es definida como "ciencia dedicada a la rehabilitación oral, mediante la elaboración de todo tipo de prótesis dentales" (Palma Cardenas y Sánchez Aguilera, 2007; p. 7) o como "la ciencia que estudia la rehabilitación de la forma y función perdidas o nunca conseguidas del aparato estomatognático mediante dispositivos artificiales de sustitución" (Jiménez-Castellanos Ballesteros y Cañadas Rodríguez, 2005; p. 201) Así por ejemplo Christensen (2004, p. 215) lo advierte:

> "Rehabilitación oral" es una frase que se utiliza para abarcar varios niveles de terapia oral. Por lo general, los dentistas piensan que rehabilitación oral significa la restauración de todos los dientes en una boca determinada. Sin embargo, cuando solo se restauran los dientes defectuosos en cualquier boca, eso también podría definirse como una rehabilitación oral. El advenimiento de la odontología estética ha alentado la rehabilitación oral solo por razones estéticas. [121]

También Barrancos Mooney, Barrancos y Arraigó (2008) nos hacen conscientes de esta reducción, cuando plantean el dilema de que la operatoria dental no pueda llamarse "odontología restauradora" porque tropieza con prostodoncia:

> El término Operatoria dental no resulta el más apropiado para aludir a las maniobras que debe realizar el profesional con el fin de prevenir, curar o restaurar un diente enfermo. Tal vez sea más correcto hablar de odontología restauradora, puesto que el principal objetivo de la disciplina que nos ocupa es restaurar, pero eso nos llevaría a confundirnos con el campo de la prostodoncia, en el que también se restauran y reponen dientes (p. 3).

Tal como lo refieren Walmsley, Lumley, Shortall, Pretty, Walsh, Burke y Hayes-Halt (2007, p. 197), la odontología restauradora o rehabilitación oral más allá de una sola disciplina odontológica, puede involucrar una o muchas de ellas, es decir que, rehabilitar o restaurar es un proceso muchas veces monoespecializado o interdisciplinario:

> La odontología restaurativa cubre muchas disciplinas diferentes. Es relativamente fácil considerar el abordaje de un tratamiento como la terapia del conducto radicular, restauraciones que involucren superficies oclusales o proximales, o la provisión de una prótesis parcial removible. Sin embargo, reunir todos estos eventos en una secuencia clínica lógica es el proceso de decisión involucrado en un plan de tratamiento restaurador. Puede haber muchos enfoques diferentes para problemas similares y estos pueden variar desde un simple monitoreo hasta una restauración más elaborada de una oclusión[122].

Aun así, el término rehabilitación es muchas veces apropiado o tomado fuertemente por la prostodoncia, y a duras penas asociado con la odontología operatoria, las cuales son ultimadamente las que muchas veces concluyen y monitorean todo el proceso rehabilitador o restaurador, cada cual desde su perspectiva clínica. Vale acotar que, no es de nuestro interés discutir el buen o mal uso del término, sino más bien, vislumbrar el sesgo de género en la odontología restauradora o rehabilitadora. De modo que en el presente estudio trataremos a la rehabilitación oral como un área dividida entre "*odontología operatoria y estética*" y "*prostodoncia*", las mismas áreas que conforman las especialidades ofrecidas en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, siendo aquella última la primera de entre ambas especialidades en fundarse, primero como maestría y luego como especialidad.

Para iniciar la discusión de la presente categoría universal, nos pasearemos por una serie de discursos que nos permitirán aproximarnos, una vez más, a la forma en que el género se posiciona en las profesiones y las especialidades, y en el caso que nos ocupa de la odontología, lo cual nos permitirá comprender cómo una profesión que se tilda como femenina, admite otras etiquetas en el interior de sus sub-campos de conocimiento. La odontología operatoria y estética y la prostodoncia son áreas o especialidades que han sido distribuidas desde el género, donde la primera exhibe un marcado ingreso de mujeres en el área, y la segunda, que aunque reporta un cambio gradual, clásicamente ha mostrado un mayor número de hombres en la especialidad. Entre otras palabras, se trata de dos especialidades, dos géneros, un mismo fin. Esta realidad la expone nuestro grupo de estudio, especialistas de ambas áreas:

*[**E7**-0144…0511]: "como decimos nosotras, en OOE nosotras nos casamos con el paciente…el postgrado Odontología operatoria y estética siempre ha tenido como mayor cantidad de mujeres que de hombres. Por ejemplo en mi grupo cuando yo entré, éramos 7 personas, y de las 7 personas, 6 eran mujeres y 1 hombre…en la carrera siempre había más mujeres que hombres en todo el año. Pero en cuanto al postgrado de prótesis y el de estética si se inscriben más hombres en el de prótesis, que en el de estética…Bueno tú sabes que si tú estudias estética, o estudias odontopediatría…tienes ese estigma de que son gais o son afeminados. Estando en mi postgrado, entre quienes trabajé, uno si era gay, pero los otros no. Y es que odontología es una carrera que tiene esa fama de quienes estudiamos somos puras mujeres y los pocos hombres son gais y tú ves que hay quienes deciden no estudiarla porque pensarán de ellos que también son gais, como también hay otros que lo deciden para estar rodeado de mujeres".*

***[E14**-0066-0077]: "Igual en el postgrado, en los postgrados, por ejemplo en el postgrado de operatoria estética, la cantidad de hombres estudiando por año, siempre éramos uno por año, o sea por cohorte".*

*[**E18**-0111-0120]: "Efectivamente, tú ves que casi que todas las promociones de prótesis y siempre eran más, antes eran más hombres que mujeres, ahorita se ha emparejado muchísimo…si efectivamente prótesis es así, el postgrado de estética, en principio comenzó muy parejo pero después digamos de que unos años para acá, se volvió a poner al contrario completamente, en todas las promociones siempre han sido más mujeres que hombres".*

*[**E27**-0222-0237]: "Bueno, tengo más amigas que se han ido por el área de estética que cualquier otra especialidad. Prótesis, aunque hay mujeres, tú puedes ver que*

quienes dan clases son hombres, muy pocas mujeres. Igual que hay hombres dedicándose a la estética, aunque no es como que el boom de ellos, aunque los que lo hacen lo hacen muy bien y…e incluso, no sé si piensas igual pero de algún modo ellos como que marcan pauta, son como los más conocidos, tú ves a Víctor, no recuerdo el apellido, súper famoso, igual Manuel, sabes, todos ellos metidos con la estética. En cambio como referencias de estética de mujeres, que se hayan dado a conocer son más contadas, pese a que muchas lo hacen o lo buscan hacer".

Las narrativas discursivas ponen en evidencia que la odontología operatoria y estética exhibe mayor número de mujeres, en tanto la prostodoncia mayor número de hombres, aun cuando esta última tendencia está siendo modificada. Así como odontopediatria ha sido clásicamente minada por mujeres, también se dan estos desequilibrios en especialidades como la prostodoncia, por ejemplo "…el área de prostodoncia en una universidad alemana es llevada por hombres, en tanto, que el área de cirugía dental exhibe la misma situación"[123] (Gross y Schäffer, 2011; p. 133). "Las dentistas alemanas también se diferencian de sus colegas masculinos en cuanto al espectro de tratamientos que ofrecen, ya que estos últimos ofrecen prostodoncia e implantología significativamente más a menudo"[124] (ob. Cit. p. 134). "Las dentistas trabajan con más del doble de frecuencia que sus colegas masculinos en el campo menos lucrativo de la pedodontología...por el contrario, los campos económicamente más atractivos de la prostodoncia y especialmente la implantología se identifican en gran medida como dominios masculinos"[125] (ob. Cit., p. 135).

Por su parte, en el caso de una especialidad cuyo componente estético está fuertemente ligado a su perfil (Odontología Operatoria y *estética*) es de esperar la tendencia de mayor flujo de mujeres en ella, y tal como hemos venido señalando como con todo lo emparentado con lo femenino, los hombres esquivan estas áreas, aun cuando la odontología per sé es vista como una disciplina casada con la estética. Recordemos que la estética discurre con la feminidad, por aquello de que "las mujeres aman la belleza, los hombres la verdad", por lo que en el imaginario colectivo persiste la idea de que la belleza, su subjetividad y connotación negativa son ajenas al hombre.

Clarke y Arnold (2018; p. 4) han constatado esta realidad cuando en su investigación encuentran que el trabajo de esteticista era percibido de tipo femenino y

el de mecánico era percibido de tipo masculino[126] y como es de esperarse, el hombre heterosexual es calificado con más respeto en el campo mecánico que en el estético (ob. Cit., p. 5). En consecuencia, el trabajo de esteticista es percibido como un trabajo gay, cuestión que ha sido rastreada por investigaciones como la de Anteby y Anderson (2014). Después de todo, la estética entraña un ejercicio subjetivo, pues es la ciencia de cómo las cosas son conocidas a través de los sentidos. Si consideramos el siguiente aforismo: "la belleza está en el ojo del espectador"…este mismo concepto sugiere que puede no haber un acuerdo universal sobre lo que constituye arte o belleza"[127] (Geissberger, 2013; p. 3) pues porque cada percepción estética despertará una respuesta emocional particular.

Vemos claramente la relación entre belleza, sentidos y emociones con el mundo de lo peculiar. Parece entonces, no ser coincidencia que lo estético sea visto como trabajo femenino o gay, aun cuando la misma también ha sido abordada desde los estándares del gusto, siendo objetivada. Aun así, hoy comprendemos que la apreciación estética es, además de subjetiva, fruto de un consenso social, intelectual y cultural (Colorado Nates, 2019) y la cavidad oral no escapa de ello. Ahora bien, cabe preguntarse ¿por qué ocurre esta segregación de hombres y mujeres entre especialidades que suponen la consecución de un fin común y que muchas veces sus objetivos o tareas se imbrican o superponen entre ellas? La respuesta parece estar en el poder de la denominación de las cosas en una sociedad de géneros. A continuación pongamos atención a los siguientes discursos que explican la división de género de estas especialidades, manifestada en los fragmentos mostrados arriba:

*[**E1**A-0116-0133]: "Nosotros (los de OOE) somos mal llamados…(esteticistas) o sea, lo que pasa es que al postgrado se le colocó "odontología operatoria y estética" porque en el postgrado había otro postgrado llamado "prótesis" y para no tener problema con ellos, los doctores decidieron ponerle de esa manera porque se iba a llamar Rehabilitación oral…Hacemos carillas, hacemos incrustaciones, hacemos coronas, total cerámica y además analizamos la estética de la parte subjetiva y objetiva del paciente para poder tener un diagnóstico más certero. A diferencia de prótesis. Hay un poquito de problema, si…cuando llegan los alumnos –"Ay pero yo no pensaba que este postgrado era así, aquí hacen prótesis"– claro, somos rehabilitadores, no somos esteticistas. Si quieres ser esteticista, haz un diplomado".*

*[**E2**-0109-0117]: Ehh…yo me imagino que las mujeres por su misma forma de ser, de estar siempre queriendo verse mejor, de, con maquillaje, pues son un poquito más detallistas que a veces nosotros los hombres".*

*[**E7**-0266…0400]: "Sin embargo, operatoria y estética dentro de su pensum, básicamente es protésico, porque en la UCV está OOE y prótesis. Sin embargo, el pensum de los dos programas de estudios son muy, muy parecidos. La diferencia, porque nosotros hacemos todo tipo de rehabilitación protésica, menos prótesis totales y o sea, la diferencia entre los pemsa es casi nula…Entonces, las prótesis como tal, la parte protésica está, es en realidad un área en donde había más hombres que mujeres, pero creo que desde hace varias generaciones para acá vienen las mujeres también ganando terreno en esa área, pero es como te digo, nada más por el nombre es que como que estética es más para mujeres…creo que la parte estética tiene como ese estigma de que es una carrera más de mujeres y por eso los hombres, quizás no tienen esa inclinación con la especialidad…Creo que nada más por ser la parte protésica, o sea por tener ese nombre, lo ven más como rehabilitadora de casos complejos. Solamente por el nombre de operatoria y estética, incluso nosotras hemos sentido que por tener ese nombre, de cierta manera tenemos desventaja, por eso mismo, porque no todo el mundo conoce el pensum y al escuchar el nombre, lo relacionan con blanqueamiento y carillas por ejemplo y no es así, el pensum va mucho más allá que eso. Así que pienso que es por desconocimiento del pensum, porque si supieran que las dos carreras tienen básicamente las mismas competencias protésicas, creo que eso cambiaría el panorama, pero yo creo que es básicamente por el nombre del programa. El nombre del postgrado es lo que lo hace más llamativo para los hombres".*

*[**E18**-0142-0151]: "Yo no sé si el tema de las mujeres pueda ser si, que le sea más sencillo a algunas, precisamente por las mujeres ser más meticulosas para muchas cosas y eso bueno pudiera ayudar a desarrollar la habilidad también más rápido que los hombres".*

*[**E20**-0070-0077]: "de repente es quizás que lo ven como que estética, no se puede ser que de repente piensan porque es pensar nada más que la estética solamente son carillas y resinitas y ya y el postgrado de prótesis según abarca otra cosa que no es cierto porque son postgrados que se parecen bastante la verdad".*

*[**E22**-0211…0279]: "pero muchas veces pensamos de que la mujer pues tiene un buen gusto, o es más organizada, pues va a poner cosas bonitas en un servicio, no y los hombres no tanto. Y pues ella no es tan de colocar cosas bonitas, sino más organizada, organizó un poco más la consulta, le dio un poco más de orden a la situación con las historias clínicas, etc…Yo creo que si porque el paradigma está ¿no?, o sea, el paradigma de que los hombres son los cirujanos y las mujeres las esteticistas siempre está presente y en mayor y en menor proporción dependiendo de cada quien, pero si, definitivamente eso es un paradigma que está allí y que muchos lo toman en cuenta más que otros, ¿no?".*

*[**E25**-0119-0129]: "Además que las mujeres son más organizadas, más delicadas, se concentraban más, ¿ok?*

Existe una clara adherencia de las mujeres por el campo de la estética, que como habíamos hecho referencia desde el primer apartado, es quizá el principal atractivo de las mujeres en perseguir la odontología. Los discursos anteriores muestran que si la odontología está irremediablemente atada al componente estético, una especialidad relacionada con odontología cosmética o estética vendría a ser altamente demandada por ellas, por evocar "cualidades, actitudes e intereses femeninos". Ahora bien, lo que llama verdaderamente la atención es que ante la posibilidad de escoger entre dos áreas que han sido calificadas como similares, por la naturaleza de sus actividades y por la posibilidad de una de navegar cómodamente sobre el terreno de la otra, las mujeres tienen preferencia con aquella que tiene estampado el término "estética" y los hombres por aquel que no lo tiene.

Para ser más incisivas, la percepción de las/os especialistas tanto en odontología operatoria y estética como en prostodoncia, es que ambas especialidades comparten perspectivas, contenidos, objetivos, prácticas y estilos de hacer odontología restauradora, por lo que incluso muchas veces da la impresión que una disciplina estaría usurpando el lugar de la otra y como si quizá en algún momento futuro pudieran fusionarse, entre lo poco en que se distancian una de la otra. La denominación "Odontología operatoria y estética" de una especialidad llamada a dar respuestas a un vacío en el mundo de la restauración permite develar un par de consecuencias: primero, que la denominación de algo marca su destino, como diría Lanz, las palabras no son neutras. Y segundo, que la nomenclatura muchas veces no describe cabalmente a lo que busca definir, por tanto puede ser engañosa.

Así, los hombres se privan de la incursión explícita en el enfoque estético, aun cuando esta es una arista implícita que arropa a la odontología toda. Mientras, las mujeres prefieren con mayor frecuencia la odontología operatoria y estética que la prostodoncia, y esto es visto como un intento por esquivar "lo técnico-mecánico" de un área, que a fin de cuentas terminaría estando presente en ambas especialidades.

Estas parecen claras repercusiones de cómo un área de conocimiento o campo profesional se segrega por la búsqueda de congruencia entre la naturaleza del oficio y los estereotipos de género.

Una explicación quizá a este fenómeno nos la aporta la *teoría de la amenaza de estereotipo*, la cual se refiere "al efecto de llamar la atención sobre un estereotipo negativo del grupo al que pertenece, por ejemplo, la incapacidad de las mujeres para realizar tareas visoespaciales, o la tendencia de los niños afro-caribeños a tener un mal desempeño en las pruebas de rendimiento intelectual"[128] (Steele y Aronson, 1995; citados por Rippon, 2019; p. 205). Estos estereotiopos negativos condicionan el comportamiento de hombres y mujeres de tal manera que, teniendo las capacidades para ejecutar cabalmente una tarea, actúan o llevan a cabo dichas actividades a un nivel más bajo de lo esperado. En otras palabras, esta teoría refiere el efecto poderoso de un estereotipo negativo en el que una tarea neutral (sin haber sido etiquetada aún) al mero asomo de que esa tarea es mejor ejecutada por tal o cual género, tendrá como consecuencia que no habrá interés de desarrollarla por el género que presuntamente no es capaz o es precariamente hábil de llevarla a cabo.

Todo ello trae como consecuencia que incluso, si a las mujeres se nos ha dicho que somos malas en mecánica, lógica o física y asimismo, a los hombres se les ha inculcado que son malos en asuntos de belleza o estética, pues hombres y mujeres actúan a niveles más bajos de lo esperado en relación a tales actividades o áreas del conocimiento, y por tanto son vistos como menos exitosas/os. Se trata de una "amenaza psicológica con premisas sociales que surge cuando uno se encuentra en una situación o hace algo para lo cual se aplica un estereotipo negativo sobre el grupo"[129] (Steele y Aronson, 1995), por lo tanto, hombres y mujeres demuestran aprehensión por confirmar tales estereotipos negativos.

De este modo, ante una doble opción en profesionalizarse en el área coloquialmente conocida como restauradora, las mujeres se sienten aptas e idóneas para el campo que muestra una clara inserción y perspectiva estética (femenina) de la odontología. No así, para la prostodoncia, que como veremos más adelante, es vista como un área ligada a la mecánica, la física, la lógica y la fuerza, aspectos que han

sido cuestionados en ellas. Al existir un estereotipo negativo como este, la *teoría de la amenaza de estereotipo* nos sugiere que las mujeres se sienten medrosas o temerosas al oficio, terminando por confirmar el estereotipo. Lo mismo ocurriría en los hombres y el campo de la estética.

De allí que el pasado de las mujeres en el área de prostodoncia no fue muy favorable. Sukotjo, Chia-Chun Yuan y Afshari (2016) en su libro "Mujeres en prostodoncia" lo refieren al hacer un recorrido histórico de la mujer en este campo: "¿a cuántas de estas mujeres talentosas, capaces e inteligentes se les dijo que la prostodoncia, o incluso la odontología, no era para ellas? ¿Les dijeron que serían una "distracción" para sus colegas varones? ¿Se les animó a buscar una profesión en otro lado?[130] (p. 2). Aun cuando se admite que "el entorno está cambiando gradualmente y que el avance femenino en el campo se está convirtiendo en la nueva norma"[131] (Sukotjo, Chia-Chun Yuan y Afshari, 2016; p. 4), aportando "grandes avances en la profesión dental, particularmente en el campo prostodoncico; el desbalance de género persiste"[132] (ob. Cit. p. 13).

Lo anterior nos lleva a deducir que "mientras lo femenino como lo ˈtípicamente femeninoˈ sea tomado en consideración y mientras las mujeres mismas alimenten los estereotipos, tales como las competencias específicas de género de los profesionales, no será natural que las mujeres ingresen a lo que hasta ahora ha dominado los campos de especialidad por hombres, como los campos técnicos de prostodoncia, cirugía oral e implantología[133] (Gross y Schäffer, 2011; p. 135). Se sabe que "aunque la especialidad fue concebida e introducida por los hombres, las mujeres han jugado un gran rol en la solidificación de su autoridad en odontología hoy"[134] (Sukotjo, Chia-Chun Yuan y Afshari, 2016; p. 11), pero esto no quiere decir, como hemos visto desde el inicio, que así como la odontología, la prostodoncia se haya feminizado. Tomemos como ejemplo la siguiente referencia:

> Estos logros y disparidades se resumen mejor por una prostodoncista femenina recién graduada, la Dra. Virginia Hogsett: "En mi programa de residencia, había tantas mujeres residentes como hombres. Sin embargo, aunque el sesgo de género está disminuyendo de alguna manera, una mirada a la lista de nombres de los oradores distinguidos en cualquier conferencia de prostodoncia

> demostrará rápidamente que nosotras, como mujeres, tenemos un largo camino para llegar a ser igualmente importantes como líderes en el campo[135] (Sukotjo, Chia-Chun Yuan y Afshari, 2016; p. 13).

Estos autores plantean que algunas explicaciones que se ofrecen en relación con este desequilibrio de género, vienen a ser:

> 1) Los efectos aditivos de una serie de micro-inequidades a lo largo del tiempo; y 2) incluso cuando se ofrecen oportunidades de avance, las mujeres se detienen por varias razones, que pueden incluir cuidado de niños, elección personal, enfermedad y cuidado de familiares. Por lo tanto, el apoyo significativo de sus compañeros, compañeros de trabajo, cónyuge / pareja y supervisores es importante para crear un ambiente de apoyo. También se recomienda encarecidamente la creación de redes entre mujeres prostodoncistas.[136]

Sin embargo, no solo se trata de la esfera doméstica familiar a la que han sido confinadas las mujeres, sino además, de su auto-marginación, que les impide la posibilidad de una verdadera y significativa inmersión en el mundo laboral y profesional. Para muestra, podemos evidenciar cómo las mujeres no se visualizan en prostodoncia y favorecen su proyección en estética. No se trata nada más de dificultades domésticas, sino de la propia identidad de género construida de los oficios, en la que pese a la implicación estética de la prostodoncia, esta es vista en segundo plano o al menos no con el mismo sentido esencial femenino con el que se mira a la odontología operatoria y estética.

Los discursos despliegan la idea de que la apreciación estética es un rasgo heredado y refinado por las mujeres. Cuando las personas hablan de estética, en el imaginario colectivo aflora una ineludible distinción entre hombres y mujeres, a pesar de que el mundo del arte, de la estética, en líneas generales, ha sido incursionado por los varones, siempre se le atribuye a las mujeres, una inherente habilidad para el mundo estético, del que la odontología no escapa. Esta asunción nos permite visualizar con mayor claridad, la razón por la que una especialidad odontológica dedicada a la estética, tendría mayor presencia de mujeres que de hombres.

Aun cuando se afirma que entre mujeres y hombres no existe mayor diferencia al momento de llevar a cabo actividades que tienen que ver con la estética y la belleza,

al final se le asigna a la forma de ser de la mujer, una posición privilegiada para ejercer naturalmente y por tanto de manera ventajosa, los asuntos de la belleza. Se entiende además que la belleza comprende virtudes como la organización, la meticulosidad y la delicadeza; características que se alejan de la definición cultural masculina del ser hombre. Por tanto, la feminidad está casada con la belleza y son las mujeres por correspondencia natural, quienes han sido dotadas para ejercerla. Muñiz (2014, p. 416) afirma al respecto que:

> En el siglo XIX se afianzó esta idea de la feminidad ligada a la belleza, la fragilidad y la delicadeza del cuerpo de las mujeres. Con esa mirada decimonónica, los historiadores y demás estudiosos, recuperaron el "pasado de la humanidad" de manera eurocentrista y androcéntrica buscando en ese pasado, los valores estéticos predominantes en sus sociedades. Fue un momento en el desarrollo de la humanidad en la que la civilización occidental impuso, inexorablemente, modelos de belleza a las mujeres, de su tiempo y de otros tiempos, de su cultura y de otras culturas que permanecen hasta nuestros días.

Son precisamente, la meticulosidad y la delicadeza, algunas de las cualidades que se consideran como elementales para quien quiera incursionar en la odontología y hacer de ella un modo de vida. Mediante los discursos que se mostraron en líneas anteriores, se percibe que los hombres consideran que si bien tales cualidades no son exclusivas de las mujeres, se cree que ellas por su naturaleza, y especialmente por el contacto repetido de las mujeres desde su infancia con todo aquello que implique belleza, las han hecho diestras en estas áreas, y por tanto han desarrollado perspicazmente estas destrezas que vienen atadas al concepto estético.

Si bien las/os seres humanas/os somos diferentes, cada una/o con diferentes grados de potencialidades, es finalmente el desarrollo, la experiencia, la práctica y la exposición repetida hacia un área, lo que llevará a ejercer magistralmente un campo de conocimiento, y por tanto, los “dones” –gracia especial, bien natural o sobrenatural, o habilidad para hacer algo (RAE, 2020)– pueden ser entendidos como algo más que un regalo divino. De manera que, si a los hombres se les dificulta el manejo de la estética y los principios de organización e higiene que implica la odontología, no es precisamente porque carezcan de gracia natural para ejercerlo, sino

porque en la misma medida que las mujeres han sido sobreexpuestas a estos campos, al hombre se le ha sido negado, impedido y mal visto de ingresar en ellos.

De modo que, aun cuando se sabe que efectivamente la cultura interviene en la mayor o menor exposición a un área y en el desarrollo de talentos y capacidades, todavía hoy día, "la belleza femenina se vive como un don natural que contiene la idea de perfección como norma de saberse y practicarse lo femenino" (Hurtado, 2018; p. 191). Efectivamente, las técnicas y habilidades finas que se alcanzan son producto de la impronta que se les imprime desde nacimiento, pero no precisamente la impronta biológica, sino aquella que se estampa gota a gota, tan pronto se sabe que es un niño o una niña: vestidos, alimentación, educación, deporte, hobby, religión, etc.

La estructura y composición física de las mujeres, además de su subjetividad, las hacen ver como aquellas cuya fuerza física y emocional es menor, por tanto siempre estarán "biológicamente" orientadas hacia oficios que ameriten fineza, buen gusto, simplicidad y poca actividad, o pocos riesgos. El paradigma que hemos venido describiendo, recoge otra noción que colabora en la sistematización de la distribución sexual del trabajo, y es que, los hombres por su "innata" rudeza, maneras toscas, y escasa delicadeza no están facultados para realizar funciones estéticas tan bien como las mujeres, debido a que esas son características poco trabajadas y sin pulimentar en ellos.

Desde la infancia, los esquemas identificatorios han buscado que las niñas sean puestas a la orden de las muñecas, para cuidarlas, darles de comer, embellecerlas, maquillarlas, combinarles con accesorios, y se propague una idea única de ser mujer, una idea única de belleza, aquella que fomenta la maternidad y por tanto la imagen sagrada del pecho materno que agrada y seduce al hombre. Mientras a los hombres se les inculca que ellos son más fuertes, tienen gallardía y que la belleza del hombre no puede exceder de la higiene, y que la agresividad y fuerza de los héroes o villanos son comportamientos dignos a imitar. Estas improntas se reflejan en estas dos disciplinas odontológicas, que aunque guardan una íntima relación entre sí, se ven marcadas por el sesgo de género. Ahora bien, para ampliar las dimensiones de la presente categoría universal, se incluyeron dos sub-categorías que generan una visión más detallada de

la dicotomización presente entre ambas especialidades y además acerca de la concepción errónea que se tiene acerca de que lo estético es un asunto meramente de las mujeres:

1-Estética e ingeniería. Un binomio presente en ambas especialidades pero con diferentes matices. La prostodoncia es asociada con la física y la ingeniería, campos que han sido clásicamente vistos como masculinos. Como hicimos referencia hace unas páginas atrás, allí en donde las ciencias naturales se expresen en su máximo umbral, la odontología aceptará una visión esencialmente masculina. La visión biomecánica de la prostodoncia, aquella que aplica las leyes de la mecánica a los seres vivos, es un componente atractivo para hombres a juzgar por la terminología: aparato, estabilidad, retención, soporte, pilar, planos de guía, gancho, paralelizador, tripodización, palanca, fulcro, eje, tensión, rompefuerzas, ecualizador, soldadura, colado. Todos ellos términos que forman parte de la cotidianidad en prostodoncia.

Efectivamente, la biomecánica de las prótesis dentales se fundamenta en "los principios de retención, soporte y estabilidad" (Castillo de Oyagüe, 2009), pero estos son principios de los que no escapan otras áreas de la odontología, como la operatoria dental, la ortodoncia, la periodoncia o la cirugía oral. En líneas generales, toda la odontología implica "conocimiento suficiente de las propiedades físicas de los distintos tipos de materiales que emplean" (Anusavice, 2008) por lo que es evidente la íntima relación de la odontología con la ciencia de los materiales, la física, la mecánica, la bioquímica y la tecnología. Solo que por ser la prostodoncia, un área donde se habla directamente de la biomecánica, se percibe como más ligada a ella.

Veamos a continuación, cómo dos oficios plagados de las nociones de estética y biomecánica buscan distanciarse uno del otro, mediante el siguiente pool de discursos y cómo todo parece recaer en la nomenclatura y presencia mayoritaria de un género:

*[**E2**-0089…0135]: "tienes que entender que el protesista es como el director de una orquesta…entonces vas a tener que tener conocimiento de todas las demás especialidades…tienes que tener esa parte, que yo te llamo…que te motive, el...el…que otra persona tenga algún tipo de problema porque tiene una ausencia de su cuerpo, entonces lo limita desde el punto de vista emocional, psicológico e indudablemente funcional…El problema con la prótesis es que la gente confunde*

algo…el protesista hace las estructuras, hace las bases, es decir, prepara los dientes para recibir la prótesis y lamentablemente tú puedes hacer algo muy bonito pero eso no es a la vista de la gente. Ehh, en realidad lo que es a la vista de los demás, es lo que hace el ceramista, lo que hace el técnico. Y este…y de acuerdo al grado del técnico, de responsabilidad, y de experiencia y de habilidad es lo que se va a ver en el resultado…Indudablemente si el protesista no hace un correcto diseño, si no hace un diagnóstico adecuado, un pronóstico y un plan de tratamiento, indudablemente que va a fracasar el caso. El técnico no es el responsable del caso. Pero eh…el arte al final es del ceramista porque él es el que va a duplicar al diente, él es que va a tratar de imitar a un diente. Nosotros, indudablemente hacemos las preparaciones para que esas prótesis cumplan su función y responsables somos de que todo esté bien y que la estética esté bien porque uno también siempre da sus toques personales".

*[**E7**-0422-0441]: "Bueno en nuestro postgrado, en los primeros trimestres se busca desarrollar esa parte izquierda del cerebro, en donde se buscan esas proporciones áureas del paciente, la evaluación de los tercios, de los quintos, buscando una composición, todo eso nos lo enseñan al principio. La parte protésica por lo que sé, no es así, o sea ellos se enfocan más en la parte funcional, mecánica. Y no es que nosotros no abordamos esos aspectos porque igual tenemos que hacerlo, pero igual prótesis tiene esa diferencia, es como puntos de vista diferentes. Es la manera de ver el postgrado, por eso es que, creo que allí es que está la diferencia. Odontología estética siempre ha querido ser como más vanguardista, prótesis siempre ha sido más tradicional y la mayoría de los profesores de prótesis son hombres. A diferencia del postgrado de estética que la mayoría son mujeres".*

*[**E9**-0161-0174]: "Pienso que es una cuestión de cultura, de información, de ver más gente, por ejemplo en prótesis, yo me recuerdo realmente los profesores son hombres, ¿no? y creo que existe ese estigma, o sea, en odontopediatría, en las 3 odontopediatrías hay 99% mujeres, en prótesis 99% son hombres, cirugía 99% son hombres, entonces creo que es algo cultural que hacen que se guie por la parte de prótesis, en cuestiones más complejas de rehabilitación de pacientes, que no quiere decir que la operatoria sea más sencilla, pero ese el estigma que existe, que esto es más sencillo, voy a estar dentro del consultorio, no es nada tan complejo, entonces se tiende a estigmatizar que esto vas más para mujeres y esto para los hombres".*

*[**E11**-0489-0493]: "Me imagino porque representa fuerza, acuérdate que la prótesis tiene parte de la oclusión y la oclusión es fuerza masticatoria y se relaciona con la fuerza del hombre".*

*[**E12**-0038-0046]: "Los hombres tienden hacia prótesis yo me imagino que es por la cuestión de que tú, por la lógica, la biomecánica, estás como creando, ingeniándote, medio arquitecto, medio ingeniero ahí, yo me acuerdo mi esposo que era cardiólogo me decía –yo hubiese sido odontólogo y hubiese agarrado prótesis–, algo más, más mano de obra me parece a mí…que ellos tienen que pensar más, usar más el*

razonamiento, más la destreza…Porque en estética tú no haces casi prótesis removible que es la parte que yo te digo de leyes de biomecánica y esas cosas, estética es más prótesis fija y resinas, ¿entiendes? Mas sector anterior o incrustaciones de resinas, no hay, no hay esa cuestión de totales ni ¿cómo se llama?, ni PPR pues que son las más fastidiosas".

*[**E13**-0150…0163]: "Los de estética hacen muchas restauraciones directas, que van directas al paciente, obviamente con resinas, lámparas de luces, lo polimerizan, lo terminan pues y lo pueden hacer en el consultorio porque claro es algo que va directo a la boca del paciente. Lo que va indirectamente en el paciente tiene que ir a un laboratorio, donde se necesitan hornos para cocinar, diversos materiales que se usan ya como técnicas de laboratorio que lo hace el técnico dental…Un especialista en prótesis tiene que tener bastante destreza en las manos, aprender a diagnosticar…mucho poder de análisis porque claro uno ve al paciente de manera integral, o sea uno es quien dirige al paciente a las diferentes especialidades, si tiene que ir a cirugía, si tiene que ir a periodoncia, si tiene que tener tratamiento de conducto y eso porque claro, nosotros somos los que vamos a obtener el resultado final".*

*[**E16**-0123…0145]: "Yo no sé si es el nombre de la especialidad como tal que al decir estética entonces se quedan como con la belleza. En cambio prótesis es un término más, digo yo que puede ser por ahí por la parte de terminología porque de verdad, porque bueno si comparas las especialidades, prótesis si tiene más casos grandes que se rehabilitan, o sea que es un poquito más amplia, aunque al final el egresado en estética hace casi que todo lo que se hace en prótesis, pero bueno la parte quizás de removibles o rehabilitación es más compleja. En realidad, la complejidad que se maneja a veces es un poco mayor en prótesis por eso quizás es más como que hacia los hombres pues, entonces caemos como en lo mismo del principio de la odontología, que yo lo veo como que lo ven así, estética quizás por el nombre porque se enfoca más en la parte de restauraciones que si estéticas, carillas, resinas, se ve más hacia la mujer, el detalle, pero bueno yo lo digo pero después pienso que un hombre también ve todo eso y logran éxito, no es que están condicionados al fracaso…no sé, prótesis quizás es más, este, como, coño no sé cómo decirte…si, como complejidades mayores, entonces, casos mutilados que entonces, bueno tienes más opciones de tratamiento que estética quizás puras restauraciones directas, prótesis libre de metal, toda esa parte…Bueno quizás la experiencia que yo tuve en el postgrado, por lo menos los hombres si eran muy involucrados a la parte de laboratorio porque había uno que era técnico antes por lo menos, este, otro que tenía un laboratorio, entonces si existía ese interés, bueno que son procedimientos de más como trabajar con metal y con los colados, todo esto, prótesis no sé, tiene mucha parte que no sé si a los hombres le gusta porque tiene mucha parte manual que requiere fuerza".*

*[**E18**-0124…0139]: "entiendo que la parte protésica es porque el que lo asume, es también más llevado hacia la ingeniería, la prótesis, la gente cree. Lo que pasa es*

que el postgrado de prótesis y estética en este momento son muy parecidos. Prácticamente hacen las mismas restauraciones, el mismo laboratorio, ya el postgrado de prótesis está abierto a hacer todo de tipo de restauraciones, solo que ellos tienen que hacer otro tipo de prótesis que nosotros no hacemos que son las prótesis totales, esas si no las hacemos, es más para allá, y yo creo que ese sello y empuje del postgrado de estética es por el mismo hecho de la estética, o sea como son mujeres, son afines a la estética pero no saben que es una disciplina que, bueno mira que la busca mucha gente por el tema del modelaje, el diseño de sonrisa y pues yo digo es que por eso es que la buscan más las mujeres…Bueno yo lo asocio con el tema de ingeniería, de que la prótesis de por sí ha sido una profesión perseguida más por hombres que por mujeres por tradición, porque es un tema de que las prótesis requieren trabajo pues, requiere trabajo, hay que hacer muchas cosas y de repente no a todas las mujeres les gusta eso".

*[**E20**-0062-0065]: "Ay, es como que si tiene mucho trabajo y al final no, o sea si lo haces bien te queda bien pero digamos que los resultados no son así wow, bellísimo".*

*[**E21**-0245…0252]: "Mira, fíjate yo no te voy a hablar de complejidad del postgrado porque sin duda alguna el postgrado de prostodoncia es, a mi parecer, por la experiencia que tengo yo…significativamente más complejo que el postgrado de OOE…mucho más...pero la complejidad no significa que las mujeres no puedan hacer el postgrado de prostodoncia…lo que quiero decir es que quizás la orientación de las mujeres hacia el postgrado de OOE es lo que te dije hace un rato, yo creo que va más orientado a que la Odontología operatoria y estética es como que suena como más bonito, como más estético, como más tu sabes, como más delicado, o sea unas carillas, unas incrustaciones de porcelana, algo más limpio, algo más limpio, ese el término o el calificativo que yo le daría a esa especialidad, es algo más limpio porque en donde uno busca quizás restauraciones de acrílico, no involucra restauraciones removibles que pudieran tener ángulos en boca, es decir es algo mucho más limpio que la prostodoncia, sin duda. Más allá de quizás no sea más complejo que la prostodoncia pero si es mucho más limpio que la prostodoncia, pero si es mucho más limpio y va más orientado a eso, a ser hecho de una forma que visualmente sea placentera, que te brinde ese placer tú sabes de lo bonito, y que probablemente pase con los pacientes también que crean que bueno como es estético es más delicado, ¿no? Pero no por lo complejo…y que el tema con la mujer es que la prostodoncia como te digo es más, involucran procedimientos que quizás sean más desagradables…Ehhh (risa) hacer un rebase, rebajar un acrílico que esté en boca 10 años, ¿no?...Imagínate lo que puede pasar con una dentadura que tiene 10 años en boca que tengas que rebasar y tengas que rebajar, es algo desagradable, ¿no?, mucho. Entonces claro, si no te gusta eso, si no te gusta de verdad la prostodoncia, difícilmente puedas tener el estómago, no en todos los casos pero si se puede tornar problemático el ejercicio en algún momento, ¿no?, no es fácil. Pero no es tanto por la complejidad, sino con esto, porque hay colegas femeninas extremadamente capaces, conozco muchísimas, sino que es eso que coye que involucra una serie de*

procedimientos que son desagradables, ese es el mejor ejemplo, o una prótesis fija provisional que se cemente y tengas que contornear cuando tú tallas eso, bueno imagínate todo lo que pueda pasar allí, ¿no?".

*[**E25**-0253…0263]: "simple y llanamente es que la prostodoncia, así como la CBMF, que no es así la cirugía bucal, necesita y exige mucha dedicación, pero mucha, entonces bueno, la mujer cómo se reparte entre tantos roles que tiene que cumplir en la vida junto con el rol de especialista en prótesis que le quita muchas horas de dedicación por cada paciente, entonces no es sencillo para la mujer que tiene que cumplir precisamente todas estas cabezas de vida, también dedicarle el tiempo para desarrollar esta especialidad…aunque la estética siempre ha sido muy vista hacia la mujer, yo para que tú veas, allí si veo que los hombres estamos un poco más equilibrados, siendo que todavía prevalece la mujer…no así prostodoncia, prostodoncia se ve como más rustico, más amplio, ¿no?… la diferencia entre prostodoncia y OOE va en función del nombre del postgrado porque lo que tú dices es cierto, los pemsa y las actividades se parecen mucho pero cuando tú dices prostodoncia, ya la gente sabe que por denominación la prostodoncia implica mucho trabajo de prótesis, conoce laboratorio, ir para el laboratorio, metal, cuando se habla de estética entonces se habla más de lo delicadito, de lo pulidito, de lo bonito, de lo bien ubicadito, lo bien peinadito, entonces la palabra estética denota mucho ese tipo de sensación, vamos a llamarlo femenina, en cambio la palabra prostodoncia denota mucho la visión de algo un poco más rudo, más aspecto, más masculino, pero yo diría que más que todo es por la denominación, el nombre que se le ha puesto".*

Todos estos discursos revelan una separación desde el género entre ambas especialidades. Para tener una idea panorámica, las mujeres se identifican mejor con la odontología operatoria y estética, debido a estar íntimamente ligada con la estética, ser considerado un oficio más sencillo que por lo general no amerita la ejecución de muchos pasos, además de ser percibido como un oficio de procedimientos limpios, delicados y pulcros, dado su enfoque hacia la cariología. No obstante, sorpresivamente, entre los procedimientos terapéuticos que esta especialidad se plantea en su pensum, se encuentran los implantes dentales, tratamiento que no forma parte del pensum de prostodoncia y que es visto como masculino. Después de todo, esta especialidad no parece ser tan reducida como se piensa.

Por su parte, la prostodoncia es descrita como un área de la rehabilitación oral que a través de dispositivos protésicos, busca reparar artificialmente la falta de algo o su ausencia. De allí que es vista como radical, pues generalmente los cambios que se consiguen son completos, en función de la rehabilitación de más de una unidad

dentaria perdida o disminuida. No queriendo decir con esto que la prostodoncia no lleva a cabo tratamientos menos generalizados o localizados. No obstante, a ella se le adjudican casos grandes, que ameritan una rehabilitación macro, por tanto compleja. Aunque lo complejo no solo viene dado por el número de dientes, sino también por las condiciones estomatognáticas que muchas veces desafían el tratamiento.

En este sentido, la prostodoncia es percibida como más biomecánica, esto implica por un lado, que requeriría de mayor ingenio y análisis, al tener que evaluar aspectos como duración, frecuencia, posición y dirección de fuerzas. Y por el otro, que implicaría conocimiento de diversidad de materiales dentales, sus propiedades físicas y químicas, además de estar más involucrada con procedimientos manuales vistos como no tan delicados, como así si lo serían los realizados mayoritariamente por la odontología operatoria y estética. La prostodoncia por tanto es percibida como rustica, sucia y muchas veces desagradable. Por consiguiente, la segregación de mujeres y hombres entre estas especialidades se comprende y justifica bajo la dicotomía masculino-femenino. A continuación presentamos una tabla comparativa que resume de manera panorámica y didáctica esta realidad:

Cuadro 1

Dicotomías de género entre Prostodoncia y Odontología operatoria y estética

Prostodoncia	Odontología operatoria y estética
Física (biomecánica/objetividad)	Estética (belleza/subjetividad)
Funcional	Superfluo
Enfoque macro/complejo	Enfoque micro/menos complejo
Laborioso	Menos laborioso
Delega, direcciona	Por lo general no requiere
Indirecto/laboratorio	Directo/consultorio
Rústico/sucio	Delicado/limpio
Hemisferio izquierdo	Hemisferio izquierdo y derecho
Hombres	Mujeres (estética distinta)

Nota. Cuadro elaborado a partir de información recogida por la autora.

Por otro lado, la prostodoncia es calificada de laboriosa, de requerir mucho trabajo y tiempo de dedicación, aspecto que es calificado como un posible factor en contra de la selección de esta especialidad por las mujeres. Y precisamente, uno de los objetivos específicos planteados para la especialidad de prostodoncia consiste en "tener una noción bastante aproximada sobre el esfuerzo, *cualitativamente diferentes* de lo que significa haber optado por esta especialidad" (Universidad Central de Venezuela, 2020; p. 2), las cursivas son nuestras. Es decir, que en el seno de quienes forman, esta concepción es tal. La prostodoncia proclama a quienes pretendan hacer de ella un campo del conocimiento, mucho esfuerzo, un tipo de esfuerzo distinto, que no es parecido al necesario en cualquier otra especialidad. Pudiera ser este el sello que busca distinguir la prostodoncia de la odontología operatoria y estética.

Otro aspecto muy interesante de esta división entre un par de especialidades que se asemejan en su radio de acción, está en que al estar la prostodoncia fuertemente asociada con la biomecánica, a ella se le mira como de carácter funcional, no en los mismos términos que a la odontología operatoria y estética. Si bien ambas especialidades procuran el cuidado de un sistema estomatognático que cumpla principalmente con su fisiología, a la prostodoncia se le mira como aquella que tiene una utilidad inminentemente práctica, en otras palabras, como aquella especialidad que busca devolver las funciones perdidas, fundamentalmente la masticación. Entretanto, la odontología operatoria y estética se le considera como aquella que ofrece tratamientos superfluos, con un mayor ahínco en la estética. Esto significa que el nivel de acabado de las restauraciones en esta especialidad apunta a ser alto, y este interés es lo que la condena a ser vista como banal, o menos sustancial.

Aun cuando la estética es fuertemente apreciada por la sociedad, y en el caso que nos ocupa por las/os pacientes, (debido a su importancia desde el punto de vista psicosocial), esta es vista como tan solo un factor añadido, y no con el mismo rango de importancia con el que se persigue la restauración de las funciones orales. La estética que se busca en prostodoncia se inscribe en una estética estándar que se debe proveer, en tanto la estética que persigue odontología operatoria y estética se esfuerza en alcanzar resultados extraordinarios, un esfuerzo que es trivializado en tanto su

importancia es considerada menor a otros aspectos del tratamiento rehabilitador. Al aparearse la estética con lo femenino, se deja entrever por un lado que estos resultados extraordinarios son conseguidos de manera especial por las mujeres, y por el otro que, allí donde aparentemente las mujeres están bien dotadas, no existe mayor relevancia.

2-La falacia de que lo estético le pertenece a las mujeres. Ya pudimos notar el diferente matiz otorgado a la estética entre ambas especialidades, y cómo la odontología operatoria y estética se adhiere a las mujeres por el simple hecho de que se asocia con la belleza. No obstante, en el curso de las entrevistas, no solo se devela esa diferencia concebida entre ambas especialidades sino que además se expone una creencia a ciegas en la ciencia, aquella que nos ha dicho que hombres y mujeres somos diametralmente diferentes y por tanto, es normal que nos desempeñemos de mejor manera en unos campos que en otros. Lo más asombroso de los discursos es que se evidencia que sin importar el sexo, hombres y mujeres han demostrado ser capaces de hacer una prótesis o escoger adecuadamente el color de una carilla, pero estas narrativas entran en conflicto con los relatos que a modo de coro, expresaron acerca de lo que la ciencia les ha dicho, de las mujeres y los hombres:

*[**E1A**-0366-0372]: "A: por lo menos a la hora de selección del color, nosotras tenemos propiedades, cualidades que nos van a ayudar a la selección del color mejor. B: ¿Eso lo piensas tú, o se dice en el postgrado? A: No, está probado científicamente. Los conos y los bastones, cómo nosotros podemos percibir el color mejor…el hombre lo que puede hacer… ah ok, no eres bueno en eso entonces agarra y tienes una asistente y te ayuda en la selección del color del set…como para estar más seguros".*

*[**E7**-0300-0344]: "Pienso que como es más de detalles, o sea la parte estética tiene que ver mucho con el desarrollo de la parte izquierda del cerebro que tiene que ver con la parte artística…Además está la manera en que también se ha vendido, el marketing de la estética es algo más delicado, más bonito, es la sonrisa, viéndolo más de esa forma, pero no debería porque lo principal que buscamos es salud y función, que bueno que viene por añadidura la parte estética chévere pero al hacerlo de esa manera el marketing hace que los hombres se sientan más atraídos por otras especialidades como cirugía que por la parte estética. Porque siento que pueden*

verlo de esa manera, como algo muy delicado, como muy detallista, que tienen las manos muy torpes para ese tipo de procedimientos, pero creo es en realidad el marketing, cómo se ha vendido, el marketing que se la ha hecho…El lado izquierdo del cerebro desarrolla la parte artística del ser humano, entonces para uno trabajar en la parte de odontología operatoria y estética, todo lo que es desarrollar proporciones áureas, armonía, crear una proporción bonita de la boca, todo ese tipo de cosas que permiten que haya una sonrisa agradable, buscar belleza, eso hay que irlo desarrollando y uno lo va creando, obviamente hay personas que ya llegan con esa parte de su cerebro desarrollada y tiene más habilidades que otros. Sin embargo, eso se puede ir desarrollando con prácticas, haciendo encerados, se van mejorando ese tipo de cosas y estudiando obviamente. Entonces siento que esa parte artística que tiene la parte protésica, de repente llama más a la atención a las mujeres, porque tiene muchas veces más desarrollado ese lóbulo que los hombres, por eso mismo, porque bueno es algo que, las mujeres somos generalmente más detallistas y eso hace que las mujeres sean las que más se inclinen para ese ámbito. Sin embargo, los hombres tranquilamente pudieran hacer lo mismo, incluso hay hombres que obviamente hacen trabajos rehabilitadores, bajo un punto de vista estético, mucho más lindo que las mujeres".

*[**E12**-0115-0130]: "Se dice que nosotras tenemos mayor ventaja porque tenemos más bastones en los ojos, las células de los bastones recuerda que nos ayudan con el color y el valor. Pero hay hombres que llegan a perfeccionarse bastante. Pero si tenemos una para ganar…los hombres tienen que tener su asistente porque las células, que tenemos en los ojos que son conos y bastones, las mujeres tenemos más bastones, los bastones son los que te dan el valor, lo que es el brillo, la intensidad, todas esas cosas, en cambio con los conos, tú ves solo que si amarillo, azul, rojo, me entiendes, entonces esa es la parte que tú dices, ay vi a fulanita, ah sí andaba vestida de rosado te dice tu esposo, por ejemplo, en cambio tú, no cargaba una blusa con pepitas moradas y el pantalón era fucsia. En cuanto a eso del color si hay una diferencia entre hombre y mujeres, comprobado científicamente".*

*[**E13**-0040-0075]: "la mayoría de las personas que colocan cerámica en la parte de técnica dental son mujeres, porque hay más percepción con respecto al ojo humano, los bastoncillos, o sea muchas cosas con respecto al color…Acuérdate que las mujeres tenemos, con respecto a la selección del color, las mujeres seleccionamos muchísimo mejor el color que los hombres, porque las mujeres tenemos más bastoncillos en nuestro que los hombres, que es lo más difícil por lo menos en nuestra área, hacer la prótesis del color que parezca, que sea lo más idéntico posible a lo que estamos viendo de sus dientes naturales, obviamente para que no se vea la diferencia, entonces las mujeres tenemos como más facilidad que los hombres…la mayoría de las personas que colocan cerámica en la parte de técnica dental son mujeres, porque hay más percepción con respecto al ojo humano, los bastoncillos, o sea muchas cosas con respecto al color y hay partes de la odontología por lo menos las estructuras metálicas, el metal, la parte de ortopedia lo hacen más que todo los caballeros por lo grotesco pues porque yo que hice el curso a mi esa parte ni de*

doblar alambre ni de la parte de metal me gustó porque la veía que era como más para hombre, o sea era como más sucia la cosa, en el sentido del metal, te machabas toda, entonces por eso es la tendencia me imagino yo que los técnicos dentales son caballeros pero hay también técnicos dentales damas".

*[**E14**-0200-0222]: "hay científicamente unas diferencias, pero es básicamente todo en relación a la percepción del color, que se suponen que las mujeres tienen una mejor percepción del color que el hombre y es la única diferencia…No, no (risa) Igual por lo general, la selección del color, muy rara vez se hace de forma única de forma individual, por lo general uno le pide apoyo, le pide opinión a cualquier compañera de trabajo, al paciente, en distintas condiciones de luz, diferentes espacios para hacer una selección del color, si o sea una selección de color hecha visualmente a la antigua, si no se tiene una aparatología automatizada de selección sino bueno, se le pide, confiando en la gente…es algo como que, es algo que, que científicamente sabes que la mujer tiene mejor percepción del color pero tampoco es que es algo estadísticamente significativo, o sea es algo que lo puede hacer un hombre sin necesidad de tener una mujer a juro en su consultorio, o sea no va a quedar mal el color porque no haya mujer risa, o sea puede que le sea más fácil que a un hombre, es como una ventaja ocular (risa)…y bueno durante el postgrado ves muchas casos tanto de hombres como de mujeres que estudiamos ahí pues, y a veces te parece que es mejor el trabajo de una mujer que el de un hombre o viceversa, que es mejor el trabajo que hizo fulano que fulana…es como un mito, o sea por ejemplo había gente que hacia un tallado de diente espectacular, o veías al de otro muchacho y quizás era mejor o igual, entonces no creo que tenga que estar como atado estrictamente la calidad del trabajo de alguien al sexo".*

*[**E16**-0180-0185]: "Los hombres pueden tener tanta habilidad como la mujer, o sea capaz puede ser que la mujer siempre se preocupa un poco más de buscar la perfección de las cosas, de los resultados y el acabado que los hombres".*

*[**E18**-0154-0171]: "pero es que eso está más que estudiado, con el tema de la producción de conos y bastones que hace que genéticamente la mujer siempre sea mejor y por eso ellas pueden ver mejor el color, no sé si tenga que ver con eso, porque al final a la hora de hacer una restauración definitiva pero el color no te ayuda con el tallado, ni te ayuda con la preparación ni con el análisis de los casos…te puedo decir que lo ven mejor las mujeres porque creo que todos los casos, creo que me toma el color son mujeres. Son las que lo seleccionan. Bueno, a veces yo hago que el mismo laboratorio seleccione el color. Por lo menos hay una doctora con la que yo trabajo que cuando va a seleccionar el color, entonces ella es mujer y yo prefiero que ella tome su color para evitar equivocación y el otro laboratorio es un hombre pero él toma el color no de forma con las guías sino que él toma fotografías con esos espectrofotómetros, tiene los lentes especiales polarizados y ya tiene una guía y con él toma el color y con eso él puede hacer el mapa del color directamente con una fotografía pues, no lo toma directamente el pues sino que con estas herramientas pues…Yo trabajo con dos laboratorios, hay un laboratorio que la*

laboratorista es mujer y ella está cerca allí del consultorio entonces cuando yo hago un caso con ella, simplemente le digo, mira tengo un caso para que vengas a tomar el color y ella sube y lo toma. Muy rara vez escojo color sinceramente. Rara vez. Casos muy sencillos, una resina, es cuando lo escojo".

*[**E21**-0404-0416]: "A: Mira, esa pregunta que me haces de verdad no te la puedo responder porque no tengo los argumentos para respondértelo, no sé qué acceso tuviste tú a la bibliografía, me estás diciendo que hay estudios que han comprobado eso, no, que hay una diferencia. B: De hecho lo comentan, que las mujeres tenemos bastoncitos en los ojos y por eso tenemos una habilidad especial para seleccionar el color. A: Bueno fíjate no recuerdo haber discutido eso con ninguno de los profesores del postgrado, yo para responderte tendría que hablar con algunos de los profesores amigos que dan ese tema del color, a ver si ellos han leído algo de eso, yo particularmente de verdad que no lo he leído. Yo utilizo la tecnología, pero antes cuando no había, por lo general me apoyaba de mi socio, o del técnico, que cuando no era yo, tomábamos el color juntos, con una luz en la mañana, al mediodía, luz natural, pero siempre apoyándome en alguien, en alguien más, y casualmente no hemos trabajado en la parte restauradora con ninguna colega, ni en el consultorio ni en el laboratorio, pero por supuesto si me he apoyado en alguien porque obviamente la opinión es importante, inclusive hasta de los mismos pacientes también, pero eso lo dejamos un poco atrás, la verdad. Claro, inconvenientes pueden presentarse y por supuesto ha habido, pero por lo general siempre se escoge un color satisfactorio. Pero te digo para tú lograr, sobre todo cuando tienes retos importantes, que tienes que hacer un central igual que el otro, o sea lo que llaman un central match, o sea hacer un central que quizás está ausente e igualarlo, esos son retos que los bastoncitos de las chicas no nos pueden ayudar, eso es la tecnología que puede ayudar ahí".*

*[**E25**-0053…0093]: "por ejemplo, recuerdo bien, cuando me enseñaron a visualizar la cavidad bucal con el espejo bucal, las mujeres nos llevaban una ventaja porque las mujeres aprenden eso desde muy jóvenes a maquillarse frente a un espejo, y sabían cómo moverse en el espejo, nosotros cometíamos muchos errores porque entonces tú te movías y tu veías que la mano dentro del espejo no se movía igual, también la ventaja de la percepción del color, el detalle, entonces nosotros sabíamos que estábamos en desventaja porque teníamos que dedicarnos un poco más a la apariencia…la mujer de por sí está comprobado que las mujeres tienen más bastones en el globo ocular, en la retina, hay mayor cantidad de colores, mayor definición de colores, estructuralmente como seres humanos están precisamente organizadas de forma distinta, además de que tienen un entrenamiento durante mucho más tiempo que nosotros, en eso del maquillaje, el color, de la vestimenta, nosotros somos en ese sentido más básicos, más de pocos colores, mas rojo, azul, blanco, entonces por supuesto ustedes son más armónicas, mas, te repito, distintamente estructuradas, entonces nosotros vimos que también teníamos que echarle pichón…nosotros teníamos problema como hombre en seleccionar los colores y ya las mujeres decían pero bueno hiciste eso, pero para mí el color es este, cuando nos poníamos de*

acuerdo que estaban iniciando los espectrofotómetros, nosotros decíamos que era otro color, bueno tanto por la armonización como por la propia definición del color…si lo podemos hacer siempre y cuando tú entrenes. De hecho eso, ehh, nosotros como seres humanos hombres logramos el entrenamiento, sabiendo que la definición del color sigue siendo una debilidad de nosotros pero bueno nos acostumbramos y por lo menos utilice esa desventaja y la trate de convertir en ventaja, en uno dedicarse más a ciertos aspectos, a no dejar que el color yo lo definiera como mujer, sino que yo como hombre entendiera más el proceso desde el punto de vista teórico, entendiera el color desde el punto de vista de que yo tenía una falla, el por qué sucede eso y bueno nada eso lo convertí después en una ventaja o en una propiedad o en una fortaleza".

*[**E26**-0091-0114]: "Oye, lo que pasa es que la palabra estética tiene, o sea es tan amplia, porque de repente para mi lo que es estética para ti no, entonces hay hombres que a mi manera de ver hacen cosas espectaculares en cuanto a la estética, y hay mujeres que también, entonces yo digo que, que bueno que es relativo pues, obviamente la mujer tiene una visión estética totalmente distinta a la del hombre, entonces todo va a depender del ojo que mire a esa estética, y que la califique y la valore. Ahorita hay muchos, muchos odontólogos que se dedican a la parte estética, que son espectaculares, incluso técnicos dentales que son artistas pueden la parte estética, y son masculinos, y la visión es de que la mujer tiene una mejor parte estética que el hombre pero yo creo que esos roles están ahí también hoy día como que parejos pues. Las mujeres tenemos una estética diferente porque nuestra esencia es distinta, ¿no?, pero como te digo básicamente depende del ojo que vea esa estética, porque yo puedo ver una cosa linda y de repente a mi esposo no le gusta eso pues, hablando de estructuras dentarias, depende del ojo que la vea…Bueno era lo que hablábamos, el de estética, siempre la mujer se ha dicho que es más delicada que el hombre pero yo de verdad que hoy día no lo veo tanto así, anteriormente tal vez, veo muchos hombres inclinados a la parte estética, que están haciendo cosas muy bonitas en la parte estética también e incluso mejor".*

Si bien se expone la idea de que los hombres también son capaces de desarrollar habilidades y perspectivas en estética, planteando la idea de que estas diferencias no son más que un mito, también se dan otras nociones como la de que las mujeres tenemos una estética distinta a la del hombre. Por estética distinta pudiésemos entender quizá a una estética esencial dada por nuestra constitución biológica, o incluso por aquella que viene dada por el ejercicio de esta desde la infancia. En otras palabras, un sentido estético superior, nato, experimentado y acumulado. Estas aseveraciones vienen argumentadas bajo un discurso científico, en el que se apela incluso al cerebro para distinguir la manera peculiar en que las mujeres procesan lo

bello, o incluso cómo su percepción visual es diferente a la del hombre, lo que la hace inherentemente el sexo de la belleza.

Todas estas creencias y el modo que en se mira la estética han sido justificadas desde la biología, "las mujeres cerebralmente estamos codificadas para valorar lo estético de manera diferente que el hombre", aseveran las investigaciones. Incluso pudimos asistir a algunos discursos arriba en el que se reproducen estos mitos, de que las mujeres tienen mejor desarrollado un hemisferio cerebral que otro. Existen creencias que a partir de investigaciones "científicas", que hoy día se les ha desmontado su validez, aún continúan circulando como verdades que persisten sin quebranto. Algunas de estas creencias formulan la idea de que el hemisferio izquierdo se encarga de la lógica, lo analítico y racional, mientras en el hemisferio derecho descansan las emociones, la intuición y la sensibilidad. Es la teoría dominante que no tiene asidero científico. Así por ejemplo, "el neurólogo John Hughlings Jackson propuso que el lado derecho era el de la percepción mientras que el neurólogo francés Jules Bernard Luis dijo que las emociones estaban localizadas en el hemisferio derecho, mucho más primitivo, mientras que el intelecto estaba en el hemisferio izquierdo, que era el civilizado" (Alonso, 2016).

Desde estas proposiciones, se habla de que quienes son más analíticos y metódicos poseerían un cerebro izquierdo. Como es predecible, según estas teorías, los hombres tendrían predominantemente un cerebro zurdo y las mujeres uno derecho. En otras palabras, estamos hablando de cerebros masculinos y femeninos, o cerebros superiores e inferiores, para ser precisas. Si bien existen personas con tendencia más metódica y analítica, y otras más sensibles y creativas, "el mito del cerebro izquierdo y el cerebro derecho no es una buena base para explicar esas diferencias individuales" (Alonso, 2016). El hecho de que las mujeres sean vistas como las esteticistas por excelencia no obedece a una diferencia sustancial entre el cerebro de hombres y mujeres. "Hay grandes diferencias entre el lado izquierdo y el derecho del cerebro, pero la gente realmente no se refiere a esto cuando menciona estos términos en público"… "Algunas personas tienen una capacidad de representación visual muy buena. Otras tienen una buena capacidad de representación auditiva. Hay muchas

variaciones en el mundo de la forma como recogemos y procesamos la información" (Scott, 2016 citada por BBC) y esto no opera de forma lineal, como se cree.

"La creencia en estos mitos trae como consecuencia que, hombres y mujeres no puedan dedicarse a algunas carreras, a algunos proyectos vitales porque no tienen el cerebro adecuado" (Alonso, 2016), pues se les ha dicho que al poseer determinado tipo de cerebro, no podrían ser capaces de desempeñarse en algún oficio, o peor aún que, su fracaso sea achacado al cerebro. En esta distinción de cerebros, claramente las mujeres estaríamos en desventaja. Pero como diría este autor "nada hay que respalde este criterio, nuestro cerebro es sorprendentemente plástico y su capacidad de aprender es su mayor virtud", lo que aporta luces desde las interacciones sociales y la cultura.

Sin embargo, muy poco es sabido en el colectivo –e incluso, a nivel académico– que "es muy raro que una parte del cerebro sea la única responsable de una cosa, que no sea el nivel muy básico del procesamiento sensorial. Casi todas las estructuras en el cerebro son impresionantes multitareas y se involucran en una amplia gama de procesos diferentes"[137] (Rippon, 2019, p. 297)…por tanto, "si hay afirmaciones de que un grupo de personas tiene una parte particular del cerebro que es más grande que la de otro grupo, no necesariamente nos dice nada útil sobre las habilidades particulares del primer grupo"[138] (ob. Cit., 2019, p. 298):

> En realidad, ante casi cualquier tarea, grandes partes del cerebro muestran actividad. Para determinar cuáles son las zonas más específicas o con un cambio en su nivel basal de actividad más aparente lo que se hace es restar de la imagen del cerebro realizando esa tarea, la imagen del cerebro en reposo y a continuación se establecen, de forma arbitraria, niveles umbral. Es decir, si una zona no ha duplicado o triplicado su actividad podemos decidir no representarla aunque sí estaba activa. Por eso las ilustraciones de neuroimagen pueden dar una imagen irrealmente parcelada, más segregada entre ambos hemisferios, y con menos zonas implicadas de lo que sucede en realidad. Por lo que sabemos cualquier función cognitiva compleja pone en marcha una red con múltiples regiones, distribuida en ambos hemisferios y funcionando de forma coordinada. En realidad, podríamos considerar al encéfalo como una orquesta sinfónica neuronal, donde según los momentos puede haber zonas o incluso neuronas individuales que tienen mayor protagonismo, pero ni hay elementos silentes —

el mito del 10%— ni podemos decir que una parte de la orquesta domina sobre otra, el mito de la dominancia hemisférica.

Si bien "experimentos conductuales han demostrado que los hombres y las mujeres califican la belleza de los estímulos visuales y decorativos en diferentes formas"[139] (Cela-Conde, Ayalab, Munara, Maestu, Nadala, Capo, del Río, López-Ibord, Ortiz, Mirassoe y Marty, 2009; p. 3848), la mayoría olvida la implicación de la cultura y que nuestros cerebros no son estáticos de nacimiento, son en cambio, neuroplásticos, moldeables y cambiantes. Estos estudios abogan por la idea de que: "las mujeres usan sus cerebros de manera diferente que los hombres. Los hombres y las mujeres simplemente están conectados de manera diferente en la forma en que reciben y procesan la información. Las mujeres no solo ven el bosque, sino también los árboles, las hojas, los diferentes colores y venas en las hojas, la maleza y los insectos debajo de los pies: los muchos matices y detalles que componen el conjunto"[140] (Gray King y King, 2003). Esto es lo que nos haría ver como biológicamente detallistas, minuciosas y tendientes a lo creativo que involucra a la belleza.

Si bien desde la neurociencia se pueden hallar diferencias de activación neural entre ambos hemisferios de hombres y mujeres, y aquí nos referimos no solo a la idea que se tiene de que las mujeres percibimos la estética de manera categórica mientras los hombres lo hacen de manera topográfica (Cela-Conde y otras/os, 2009), sino a la idea colectiva recogida en las narraciones arriba, de que las mujeres percibimos mejor el color, es decir, tenemos una mejor percepción visual cromática, no se puede concluir que mujeres u hombres son mejores o peores en esta actividad. Si existe evidencia de que las mujeres utilizamos ambos hemisferios cerebrales para una valoración estética y el hombre en cambio, sugiere una actividad lateralizada hacia el hemisferio derecho, no es descabellado que desde esa tribuna surjan creencias que las mujeres utilizamos todo el cerebro dada la capacidad especial que tenemos para apreciar la belleza, generando la impresión de que estamos programadas para ello:

> Las diferencias en las respuestas podrían vincularse a la forma en que el hombre y la mujer procesan la información espacial. El hombre tiende más a mirar sólo al estímulo como a un todo, mientras que la mujer presta más atención a los pequeños detalles. Cuando el hombre se expone a imágenes de belleza, activa la región del cerebro responsable de la localización de objetos en términos absolutos (¨x¨ e ¨y¨ coordinados topográficamente, con una mayor información respecto a las distancias). Las imágenes consideradas hermosas por la mujer producen el mismo efecto, aunque también activan regiones asociadas con localizaciones específicas: adelante, atrás, arriba, abajo, adentro y afuera (Álvarez del Blanco, 2018).

Siguiendo aquella investigación, las mujeres son categóricas y los hombres topográficos, se concluye. Aun cuando el estudio revela que las mujeres utilizamos ambos hemisferios, por tanto empleamos ambas estrategias, los investigadores parcializan los resultados. Adicionalmente, es interesante la manera en cómo la activación de uno u otro hemisferio resulta en una interpretación que encaja con las nociones femeninas y masculinas ya preestablecidas. Las mujeres vemos todos los detalles del bosque, los hombres ven el bosque como un todo. Una interpretación hecha a la medida de los estereotipos.

Un aspecto interesante que señalan estos autores es que "las diferentes estrategias utilizadas por hombres y mujeres para evaluar la preferencia estética pueden reflejar diferencias en las estrategias asociadas con la división del trabajo entre nuestros ancestros de homínidos cazadores-recolectores masculinos y femeninos"[141] (Cela-Conde y otras/os, 2009; p. 3847). Si bien los autores se enfocan en la teoría de selección sexual, para nosotras cobra sentido que mientras la mujer siga subordinada a la misma idea de feminidad, desarrollará tales cualidades y serán tomadas como esenciales, cableadas, biológicas, genéticas y universales.

Con respecto a la selección del color, es sabido que la capacidad de distinguir el color es importante en odontología clínica, y especialmente en procedimientos de alta estética. Los estudios de la percepción espaciovisual han sido trasladados al campo de la odontología, favoreciendo a las mujeres como las mejor dotadas para la detección y diferenciación de color. Miranda (2012, p. 229) refiere: "se sabe que los hombres y las mujeres difieren en su capacidad para distinguir los tonos, y tradicionalmente las

mujeres han sido consideradas mejores en la selección de tonos que los hombres"[142] . Lo mismo es reportado en muchos otros estudios donde "tradicionalmente se ha creído que las mujeres son más capaces de combinar colores que los hombres. Debido a este factor, las mujeres deberían tender a estar de acuerdo entre sí con más frecuencia que los hombres con respecto al color dental"[143] (Donahue, Goodkind, Schwabacher y Aeppli, 1991; p. 669).

De allí que se sugiere que "la variación en la percepción del tono debido al género del observador se puede minimizar utilizando observadores adicionales y / o mejorando la capacidad de igualación del tono"[144] (Pecho, Ghinea, Perez, Della Bona, 2017; p. 1). Tal como lo narraba nuestro grupo de estudio en sus discursos. Autores como Vanston y Strother (2017, p. 617) reconocen que las diferencias entre hombres y mujeres en este aspecto son mínimas, pero aun así argumentan que "las diferencias de sexo en el procesamiento visual humano, no importa cuán pequeño o sutil, respalda la idea de que las mujeres y los hombres realmente ven el mundo de manera diferente"[145], sin hacer verificación alguna de los estudios que formaron parte de su recopilación bibliográfica, en cambio estos expresan: "Buscamos no evaluar críticamente los informes científicos de las diferencias sexuales en la visión humana, sino más bien mostrar que, si algún resultado individual reportado aquí es válido, las diferencias sexuales en el sistema visual humano son innegables"[146] (ob. Cit, p. 621). Con esta ligereza se realizan afirmaciones científicas que vienen presuntamente a esclarecer dudas, sin ningún interés en comprobar validez, falsear resultados, detectar sesgos, o incluso superposición de los datos, tarea muy necesaria con toda investigación que pretenda hablar de diferencias. Hoy día sabemos que muchas de esas investigaciones no son reproducibles, por cuanto no comprobables.

La consecuencia de aquello la podemos evidenciar en el caso de la odontología, al comprobar cómo la percepción del color marca una brecha entre hombres y mujeres, solo porque así la *ciencia* lo ha afirmado. Los discursos revelan casi automáticamente que las mujeres son mejores que los hombres en la selección del color en los tratamientos restauradores, al punto que muchas veces los hombres sienten la necesidad de tener a una mujer durante esta etapa para una supuesta mejor selección

del color. Aunque, cuando estas no están presentes, al hombre no le queda otra opción que llevar a cabo esta tarea sin acompañamiento de mujeres. Paradójicamente, los hombres reportan que los resultados no varían entre un tratamiento con o sin acompañamiento de mujeres, incluso puede darse el caso que el acompañamiento sea dado por compañeros masculinos, lo que significa que la presencia de mujeres en esta etapa opera como mero placebo.

Después de todo, también existen estudios que refieren que "los hombres y los observadores con más experiencia clínica tienen más éxito en discriminar los tonos"[147] (Miranda, 2012; p. 228), incluso otros estudios reportan que no hay diferencias significativas entre ambos grupos, pero no han tenido el impacto de aquellas que aseveran que si las hay, mostrando a las mujeres como las mejores en esta habilidad. Aunque menos difundidos, estos estudios que contradicen la norma, asoman la idea de que mientras más experticia, experiencia o exposición a una actividad, mayor será la destreza o habilidad percibida. Por tanto, mayor o menor activación neural en el cerebro o un supuesto mejor desempeño de las mujeres en estas áreas, no nos habla de otra cosa sino de nuestras experiencias o inexperiencias y de cómo nuestro mundo está "*generizado*" y esa si sería la verdadera programación a la que estaríamos sujetas/os. El siguiente es un ejemplo que revela esta relatividad:

> Nadie puede decir si en un estudiante domina el cerebro izquierdo o el derecho porque no es así, la información fluye entre ambos hemisferios a través del cuerpo calloso en frecuentes viajes de ida y vuelta, y el cerebro recluta más o menos zonas, incluso en el hemisferio opuesto, según la necesidad de procesamiento. Un ejemplo llamativo son los ajedrecistas. A la hora de identificar piezas y sus tipos de movimiento un jugador principiante usa unas regiones cerebrales ventrales en el hemisferio izquierdo pero un gran maestro recluta zonas similares también en el hemisferio derecho, estableciendo un procesado en paralelo para la enorme habilidad que demuestra en el juego (Alonso, 2016).

Si bien hombres y mujeres somos diferentes, es hora de vernos más diferentes dentro del mismo grupo que entre los grupos. Lo anteriormente expuesto nos permite suponer que una persona es potencial, no solo porque su condición genética lo codifique sino porque existen factores epigenéticos que también influyen en la

explotación o no de ese potencial. La afirmación de que el talento es nato se pone en tela de juicio. Desde esta investigación se evidencia la idea errónea de los esencialismos, y la idea generalizada de que sin mucho conocimiento, experiencia o herramientas, una persona dotada para una determinada tarea es capaz de llevar a cabo una obra de arte. Odontología es un ejemplo de la necesidad de explotar las habilidades, ejercitarlas, de la mano del adiestramiento y de las herramientas adecuadas.

La *ciencia* se ha hecho las mismas preguntas durante años. Su enfoque ha apuntado a interrogar sobre las diferencias entre los sexos, pocas veces sobre sus similitudes, y esto ha generado un daño social importante. Pese a las diferencias –que no se niegan–, hombres y mujeres tienen potencialidades que serán explotadas o no, de acuerdo a su mundo de vida. Al final, ambos grupos han demostrado éxito en áreas donde la *ciencia* les ha hecho creer que fracasarían. La prostodoncia y la odontología operatoria y estética son campos en los que, de no existir segregación por género, se explotaría mejor los potenciales de las/os profesionales.

Las profesiones auxiliares no son la excepción

No podemos dejar de lado las profesiones auxiliares, pues rastrear las improntas patriarcales en odontología, nos conduce inevitablemente a valorar estos oficios, dada su marcada visión genérica de la que nuestro grupo de estudio hace referencia. Como se plasmó en el Capítulo III, se estimó que su inclusión no desviaba la orientación del trabajo, por el contrario, se valoró la fuerza con la que la categoría emergió entre los discursos y su difícil omisión por el carácter nutritivo a lo que se venía investigando, y fue considerado como un hallazgo casual beneficioso. Pese a que el enfoque del presente trabajo se encuentra circunscrito en las especialidades odontológicas y aprovechando las bondades de lo cualitativo, las cuales permiten la flexibilidad metodológica consideramos pertinente incluir las ocupaciones auxiliares

odontológicas, dada la riqueza teórica explicativa de sesgo de género y de las jerarquías, que aporta a la realidad social que viven las mujeres en esta área.

Hemos visto hasta ahora, el ejercicio odontológico se fundamenta en una lógica distribución de funciones que opera a merced del sistema sexo-género, que no respeta ni la calificación anticipada de una "odontología femenina". Lo que quiere decir que aunque la odontología sea vista como tal –dando la impresión que las competencias que se adquieren son femeninas– en el interior de ella se da una segregación importante de sus actividades. No obstante, como dirían López Guallar y Borderías (2001; p. 33-34) desde otros oficios:

> La expresión de competencia común e igual es en buena medida equívoca, porque ello no significa tareas comunes, ni implica salario igual, pues, por ejemplo, en la hilatura con selfactina hombres y mujeres se localizaban en tipos de máquina, producto o empresa diferenciados, en realidad los hombres trabajaban el oro y la plata, y las mujeres las telas y pañuelos. Por lo común eran además trabajos cuyo salario venía determinado a destajo. Tampoco podía hablarse de trabajo igual en la venta en mercados, pues hombres y mujeres estaban al cargo de establecimientos de carácter distinto.

A través de esta perspectiva generalizadora se miran y clasifican los trabajos y salarios, y se incurre en el error de afirmar que mujeres y hombres tienen las mismas competencias e ingresos. En este breve apartado veremos por ejemplo, cómo la mecánica dental es vista como un oficio masculino pero que también puede diferenciarse en actividades más masculinas o propiamente masculinas, y actividades femeninas, según precisamente los tipos de máquina, producto, material o técnica empleados. Por tanto, no podríamos hablar de un trabajo igual, pues hombres y mujeres estarían a cargo de tareas de carácter distinto.

La higiene, la asistencia y la mecánica dental se definen como oficios auxiliares de la profesión odontológica. En líneas generales, la higiene dental comprende actividades dirigidas a la promoción de la salud, a través de estrategias preventivas, mientras la asistencia dental consiste en actividades dirigidas al auxilio clínico de la/el odontóloga/o, a la desinfección y esterilización y a labores administrativas. Sin embargo, en países como Venezuela, "la mayoría de los higienistas buco-dentales

realizan tareas como personal meramente auxiliar contratado en clínicas dentales privadas, las cuales se hallan muy alejadas y por debajo de las funciones para las que están capacitados" (Castro Fernández y Szware, 2005; p. 256). Por tanto, la imagen de la higiene dental se reduce muchas veces, a la asistencia dental.

Esta realidad actual en Venezuela, no se distingue de los inicios de la higiene dental, cuando esta comienza como un oficio auxiliar llevado a cabo por mujeres, siendo común que tales mujeres eran esposas de los hombres odontólogos:

> Los talentos de limpieza y orden de las mujeres fueron cada vez más necesarios después del cambio de siglo, ya que los consultorios dentales se separaron del hogar familiar. Con una oficina separada, era menos fácil para las esposas y sirvientes de los dentistas mantener la oficina para ellos. Los asistentes dentales podrían proporcionar los servicios de limpieza que las esposas de los dentistas habían realizado previamente. Los altos estándares de limpieza y asepsia exigidos a principios del siglo XX hicieron que este trabajo de limpieza fuera aún más esencial[148] (Adams, 2000; p. 112).

Con el tiempo, la figura femenina en esta área se fue normalizando hasta ser muy bien aceptadas dado que estas eran vistas como las perfectas asistentes o las ideales para encargarse de "los muchos pequeños detalles que una mujer inteligente y táctil puede realizar tan bien, dejando al dentista libre para realizar los procedimientos operativos importantes"[149] (Schumacher, 1920; p. 365). Pero además, según Castaño Séiquer, Doldán Lema y Ábalos Labruzzi (2005, p. 251) la incorporación de auxiliares al ejercicio odontológico viene marcada por la carencia de oferta preventivo asistencial en determinados países y en ciertos momentos. Así por ejemplo, surge la figura de "la enfermera dental" con gran capacidad de actuación y amplias atribuciones profesionales.

Por supuesto, la gran demanda asistencial también favoreció el visto bueno de estas profesiones auxiliares. "Esto es, la profesión odontológica, sobre todo en los países más desarrollados, toma conciencia de que el ejercicio tradicional sin ningún tipo de desmonopolización o delegación de funciones no permite satisfacer la demanda asistencial existente y por otro lado conlleva a un gran desgaste en el

profesional y no implica una optimización de resultados" (Castaño Séiquer, Doldán Lema y Ábalos Labruzzi, 2005; p. 251).

Sin embargo, al estar la odontología en manos de hombres, son ellos quienes crean el campo de la higiene dental y establecen quien la debe ejercer. "La capacidad de las mujeres para manejar 'pequeños' detalles fue un complemento perfecto para el dentista, permitiéndole hacer su trabajo 'importante'. Además, las mujeres eran valoradas como asistentes porque se las veía poseídas por una destreza en la organización y ajuste de las cosas que el hombre no posee" [150] (Adams, 2000; p. 112). De esta manera se da una clara division sexual del trabajo, en donde las mujeres ejercen funciones accesorias, como en casi todos los oficios.

La higiene y la asistencia dental vienen a ser oficios accesorios o secundarios ejercidos por las mujeres, que le permitirían al hombre realizar aquellas actividades de real envergadura. El objetivo por el cual surge fue precisamente para liberar a los hombres de actividades que consumen tiempo y que no les aportaban lustre, como los procedimientos periodontales no quirúrgicos, particularmente las limpiezas dentales. Desde entonces, la higiene y la asistencia dental les han pertenecido a las mujeres. Esta realidad poco ha cambiado desde que el oficio surgió, pues muy poco se ha hecho para el desafío de las estructuras de base que perpetúan los estereotipos de género. En cambio, se ha cultivado y avanzado en la idea de que este es un espacio destinado para las mujeres:

*[**E11**-0014-0020]: "donde ellos entrenaban a las asistentes y las llamaban polivalentes, polivalentes porque tenían conocimiento en odontología, en medicina como enfermería y auxiliar de bioanálisis, cosa que si se presentara una emergencia a nivel odontológico, la asistente tuviese conocimientos de cómo aplicar los primeros auxilios como enfermera y a tomar muestra como una auxiliar de bioanálisis…Es más predominio de mujeres que de hombres porque es más la parte de sutileza es como decir la enfermería, tú ves que hay más enfermeras que enfermeros por lo delicado".*

*[**E13**-0030-0035]: "Acuérdate que la higienista dental es más que todo estar pendiente del odontólogo y sin embargo también de hacer algunas actividades. Entonces es como más a lo femenino, el detalle, la cosa, de asistir…En el curso de higienista dental, yo lo estudié con mi mejor amigo, pero allí habían muy pocos*

hombres, creo que habían 5 en el momento que estudié higiene dental, 5 como de 40 personas, no eran muchos los que estudiaban".

*[**E15**-0342-0351]: "Pienso que la higiene es un trabajo como, pienso yo que un poco más delicado, más de organización, los técnicos por lo general son personas cero organizadas, mientras que la higienista, desde mi punto de vista, creo que son personas un poco más con tacto, son más ordenadas, son personas que por lo general siempre tienen orden, tienen disposición a recibir un comando de orden, el hombre por lo general no es de, de, comando, de orden".*

*[**E25**-0268-0276]: "porque la parte de higienista dental es más visto con los roles de que la mujer está en la cocina, la parte de lavar instrumentos, entonces es un oficio más pasivo, estar ayudando, recibir al paciente, colocar el babero, ese tipo de labores un poco pasivas que parece ser que no agrada mucho, entonces como como hombre yo me voy a dedicar a eso, si lo que quiero es algo más de acción, más dinámico, más propio del género".*

*[**E27**-0142-0149]: "El hombre en esta área me parece que no debe sentirse bien, tú sabes que un hombre en esta área donde abundan las mujeres, o sea siempre ha sido así, se le estigmatiza de gay. Y pienso que por eso no, entran allí, y los que entran no sentirán cómodos, a menos que si lo sean. La gente no espera encontrar un hombre como higienista, sino a una muchacha, normalmente joven y bonita.*

La higiene dental es concebida como un oficio de mujeres, de la misma manera que la enfermería, ambas asociadas a funciones domésticas y del cuidado de otros, con una visión simplista. Esto no ha permitido que este oficio adquiera el reconocimiento público como una profesión, no solo por su carácter auxiliar –que ya veremos también la mecánica dental es categorizada como tal–, sino especialmente por el tipo de trabajo realizado.

La etiqueta femenina de la que goza este oficio es tal que así como en el caso de las especialidades odontopediatría y odontología operatoria y estética, la higiene dental también goza del pronombre femenino con exclusividad de uso. Así como "la enfermera", también se estila decir "la higienista dental o la asistente dental". "El uso del pronombre femenino para describir a la enfermera conlleva la suposición de que las enfermeras deben ser mujeres. A medida que se sigue utilizando un lenguaje sesgado de género, continúa disminuyendo el género minoritario a la profesión"[151] (Darr, 2016; p. 8). Evidentemente, esto mismo sucede en campos como la higiene dental. Para muestra los siguientes extractos tomados de textos, los cuales muestran la

persistencia de un lenguaje sesgado que proveen la imagen invisibilizada del hombre en estas áreas:

> Se recomienda que el profesional y *la asistenta* dental utilicen mascarillas desechables para la atención de todos los pacientes y particularmente con los de alto riesgo (Otero Martínez, Otero Injoque y Chávez Tuñón, 2008; p. 224) …Una manera básica y fundamental para obtener barreras de protección y antisepsia en nuestro lugar de trabajo es el prolijo lavado regular de las manos que debemos efectuar tanto nosotros como ***las asistentas*** antes de iniciar cualquier trabajo en boca e inmediatamente después de finalizarlo (Otero Martínez, Otero Injoque y Chávez Tuñón, 2008; p. 223). *[Las negrillas son nuestras]*.

Ambos campos auxiliares, higiene dental y enfermería coinciden ente sí, donde "los estudiantes de enfermería masculina con frecuencia experimentan soledad y aislamiento, lo que asocian con ser hombres en un entorno predominantemente femenino, y expresan un deseo de interactuar más a menudo con modelos masculinos"[152] (Darr, 2016; p. 8). Un problema real en estas áreas es que al haber nula presencia masculina, no hay referentes o modelos a seguir que respalden una incursión normalizada del hombre en estas ocupaciones. Otra referencia de esta concepción la aporta Darr (2016, p. 3) cuando afirma que "en 1915, la primera definición legal de práctica de higiene dental registrada en Connecticut decía: Cualquier dentista registrado o con licencia puede emplear a asistentes femeninas que se conocerán como higienistas dentales".[153] Se evidencia la clara noción femenina de estos oficios desde su origen, desde las más tempranas definiciones, de la misma manera que la enfermería, donde la mujer era concebida como naturalmente una enfermera o una enfermera de nacimiento, fundamentalmente porque las mujeres en algún punto de sus vidas se encargan de la salud de otros, es decir, toda mujer es una enfermera (Nightingale, 1861; p. 30).

En la higiene dental, el predominio de mujeres en esta área se proyecta como mundial. "En Europa, más del 96.5% de los higienistas dentales son mujeres...el sesgo de género en la profesión de higiene dental tiene un efecto en el acceso igualitario a la educación y en la igualdad de oportunidades laborales para los

higienistas dentales dentro de la Unión Europea (UE) y más allá"[154] (Luciak-Donsberger, 2003: p. 195). Así mismo en Estados Unidos:

> En el año académico 2000-2001, el 97.3% de los 12,629 estudiantes de higiene dental eran femeninos. Los números de 2005-2006 indican que el 97.1% de los 13,938 estudiantes eran mujeres. La Oficina de Estadísticas Laborales de EE. UU en 2007 informó que el 99% de los trabajadores dentales los higienistas eran mujeres. Las estadísticas recientes muestran que el 4.2% de los estudiantes de higiene dental en 2012-2013 eran hombres y en 2014-2015, 3.7% de los estudiantes graduados en higiene dental eran masculinos. Estos números indican muy poca diversidad de género en la higiene dental profesión y en los últimos 15 años, los estudiantes varones en la profesión solo han aumentado en alrededor del 1.5%. Existen números muy similares dentro de la profesión de enfermería, donde los hombres representan una porción muy pequeña en el campo de la enfermería. Ha tomado 30 años para el número de enfermeros varones para aumentar de 2.7% a 5% de la población de enfermería[155] (Edward Darr, 2016, p. 2).

Se presenta una doble problemática, en primer lugar, el acogimiento de esta profesión auxiliar como netamente femenina, obedeciendo a la lógica de los esencialismos, y en segundo lugar, la difícil estancia del hombre en este tipo de oficios. Cuando hablamos de difícil estancia nos referimos al hecho de que así como las mujeres son desestimadas para el ejercicio de innumerables tareas consideradas como masculinas, el hombre es sometido a un trato parecido (aunque nunca igual) cuando de "tareas femeninas" se trata. Esto es que, el hombre no es bien visto en funciones dirigidas a la organización, limpieza y planificación, es decir, en actividades vinculadas con aquellas domésticas. Las mujeres han sido las que clásicamente han ejercido esos cargos.

Paradójicamente, cuando un hombre quiere hacer de la enfermería o de la higiene dental su profesión, se le cuestiona sus capacidades, en tanto el hombre es visto como desordenado y rustico…no queriendo decir ello que el hombre no tiene habilidades, sino más bien que sus habilidades están llamadas hacia el enfoque de grandes cosas o como "algo más de acción". Estas tareas que requieren de cualidades de "menor relevancia" no son las apropiadas para ellos. Por tanto, son vistos como ineficaces, generándose una barrera de género donde el hombre difícilmente siente pertenecer al

oficio. Además, es precisamente en estos oficios como el de "secretaria", "enfermera", "maestra", "higienista y asistenta dental" donde se da un mayor desprecio del hombre en cuanto a hombre heterosexual, pues no se trata nada más de desempeñarse en funciones de mujeres, sino que también son los trabajos de menor categoría de entre todos. Ambas situaciones son evadidas por la mayoría de los hombres, que en tanto hombres, buscan ejercer la visión hegemónica de masculinidad en la elección de una carrera digna.

De esta manera, la minoría de hombres que tiene el anhelo de ejercer la higiene dental tropieza con la discriminación de género, derivado de los estereotipos y roles de género que establecen quien o cual grupo es mejor para determinada actividad. Algunas de las dificultades que los hombres encuentran al incursionar en esta profesión es ser etiquetados de gais o afeminados, aspectos que hemos discutido en otras secciones: "un estereotipo sexual común que existe es que los higienistas dentales masculinos y los enfermeros son afeminados u homosexuales"[156] (Darr, 2016; p. 5) esto conduce a los hombres a tener que justificar la selección de esta carrera. Además, otra dificultad por la que tropiezan es la de hallar un trabajo, pues culturalmente se espera a una mujer y no a un hombre al mando de aquellas actividades.

Contratar a un hombre en este cargo puede significar una amenaza para el negocio, pues por una parte, los dentistas masculinos en si mismos no conciben la idea de trabajar con higienistas masculinos, o bien la sociedad tiene la imagen de "el hombre es rustico y con manos pesadas" y difícilmente pueda llevar a cabo tareas que requieren la sutileza de la que se habla en odontología. "Como higienista masculino, asumen automáticamente que eres una persona con manos pesadas. Este es un tema familiar discutido en la literatura por higienistas masculinos y enfermeros masculinos...Muchas personas suponen automáticamente que un higienista masculino será más rudo al tratarlos"[157] (Darr, 2016; p. 29). Esto si bien, es una percepción general, se acentúa aún más en la población infantil, con la consecuente incomodidad al preferir la figura femenina:

> A algunos higienistas dentales masculinos se les han dado respuestas que indican que los pacientes esperan un higienista dental femenino o que el dentista no puede manejar compartir espacio con otro hombre. Los pacientes mayores varones incluso han mencionado que cuando visitan al dentista esperan ver a una mujer muy joven como su higienista. Un higienista mencionó que algunos niños pequeños se sienten menos cómodos con un hombre y recuerda cambiar a los pacientes con una mujer para evitar que el niño llore[158] (Darr, 2016; p. 4).

Aparte de aquellos dotes de limpieza y orden, a las mujeres se nos ve como las excepcionales para las relaciones interpersonales, tenemos un don para calmar y tranquilizar el ánimo de pacientes, especialmente a infantes, dado que somos cálidas y empáticas por naturaleza. Todo ello demuestra la afinidad de servir y agradar a otros, como vocación inherentemente femenina:

> Quizás la característica más intrigante que se esperaba que tuviera el asistente dental era la capacidad de adivinar las necesidades y los deseos del dentista sin que él tuviera que expresarlos (ver Webster 1912; Garvin 1912; McLaughlin 1912b; Hover 1920). Esta capacidad de anticipar las necesidades del dentista fue considerada como uno de los requisitos más importantes de un asistente dental. En parte, esta habilidad requería conocimientos técnicos para que el asistente pudiera anticipar exactamente lo que el dentista necesitaba en cada punto durante una operación. Sin embargo, en la literatura dental, esta capacidad de anticipar las necesidades de los dentistas no se describió tanto como una habilidad aprendida, sino más bien como una habilidad innata que los asistentes ideales poseían incluso antes de ser entrenados (Webster 1912; RCDS 1919). Es decir, idealmente, se esperaba que los asistentes Tener la intuición y la devoción femeninas para servir a los demás de manera tan aguda que podrían anticipar y satisfacer todas las necesidades del dentista. Así, aquí también, las nociones ideales de feminidad y las relaciones de las mujeres con los hombres se incorporaron en el papel de asistente dental[159] (Adams, 2000; p. 117).

Todo aquello contribuyó a la imagen ideológica de la higiene dental como un oficio femenino, subordinado al comando del dentista, donde se da una concepción legal de la higiene dental supervisada por la odontología, por tanto un discurso de poder que denota obediencia de aparte de la higienista-asistenta hacia el profesional de la odontología. “En todo el mundo, la higiene dental lucha por eliminar esa

redacción del discurso legislativo"[160] (Luciak-Donsberger, 2003; p. 200). Los hombres que dieron un voto de confianza a las mujeres para introducirse en esta área, lo hicieron apelando a su honestidad o lealtad. La lealtad de permanecer atada a las tareas que se le han sido asignadas, sin aspirar nada más. "Esto significa que las mujeres, debido a la honestidad que se les atribuye, no transgredirían las regulaciones impuestas por la odontología"[161] (ob. Cit. 199). Finalmente, la docilidad ha sido también un atributo femenino dibujado en el imaginario colectivo. Sin embargo, hoy las higienistas ya no están conformes con que se les sean llamadas por su nombre, mientras las/os dentistas por su apellido antecedido por el tan ansiado título "Doctor".

Ahora bien, en cuanto a la mecánica dental, la cual es otra ocupación auxiliar de la odontología, esta es considerada mayoritariamente ejercida por hombres, aunque en los últimos años la presencia femenina ha venido quebrantando aquella visión. Sin embargo, ese quebrantamiento obedece a una misma lógica androcéntrica, donde en un espacio masculino, las mujeres tienden a inclinarse por aquellas actividades que mejor definen su "naturaleza". Al inicio de esta discusión hacíamos referencia a la forma peculiar de división del trabajo, en donde la mujer es creída como competente, incluso en los oficios de dominio masculino que se han venido presuntamente feminizando, pero al escudriñar en el contenido y prácticas de tales ocupaciones, encontramos más división de la que se cree.

De esta manera, la mecánica dental, aunque creída como un oficio más masculino, concibe la idea de que las mujeres tienden a inclinarse más hacia la cerámica y la porcelana como materiales, y pulidos y encerados como técnicas. Mientras los hombres se interesan mayormente por el yeso, el acrílico y el metal como materiales, y los colados y soldaduras como técnicas. A continuación veamos los siguientes discursos:

*[**E11**-0482-0488]: "...la parte de mecánica es más que todo para la parte de prótesis, porque lo que más hace un mecánico dental es prótesis, lo que es corona, puentes, prótesis totales, parciales, férulas, eso es más que todo lo que hace el mecánico dental. De hecho hay más hombres técnicos o mecánicos dentales que mujeres, igualmente hay más protesistas hombres que mujeres".*

*[**E12**-0141-0142]: "los hombres son más de estructuras metálicas y esas cosas, soldaduras".*

*[**E21**-0315…0325]: "Fíjate, cuando estudiaba mecánica dental había más hombres que mujeres, entonces claro las técnicas eran un poco más rudimentarias y el procedimiento de obtención de la estructura metálica para una prótesis fija, e involucraba un soplete, oxigeno, gas y no tanto como te digo, no era que el machismo estaba o tenía un rol importante ni nada de eso, sino que simplemente era un procedimiento que quizás era para las mujeres, bueno mujeres y hombres pero lo que te quiero decir es que pensar en un soplete, una bombona de gas y oxígeno…los procedimientos que involucraban colado y esas cosas, las muchachitas, las estudiantes…nosotros las ayudábamos, ellas no se atrevían a hacer eso, claro en ese época imagínate cuando la tecnología no era como la de ahora, porque ahora bueno ya los colados se hacen por centrifugación, unas centrífugas ya eléctricas donde ya no agarras un soplete si no es necesario, sabes, y porque los trabajos de yeso, de un martillo, de cortar la mufla, eran procedimientos que necesitabas ahí fuerza también…pero lo general para la colocación de porcelana, el procedimiento como tal es muy limpio, de hecho es tan limpio, que el área de porcelana debe estar aislada el resto del laboratorio para que no se contaminen, así se debe trabajar la porcelana, entonces las mismas características del manejo de ese material y de la colocación del material es más llamativo para las mujeres y de hecho la gran mayoría de los técnicos como tú dices y es así, las muchos técnicos van más hacia la colocación de porcelana, los hornos de inyección, todo lo que tenga que ver con procedimientos más limpios y que involucran a la estética porque bueno probablemente la motricidad fina sea mejor en algunos casos, probablemente tengan otra visión de lo que es la estética pero yo creo que va más orientado con lo que es la limpieza del trabajo como tal…Mientras el trabajo sucio lo hace es uno, bien extraño el trabajo sucio lo hacen los hombres imagínate. El trabajo sucio es yeso, el yeso es, eh bueno tú vas a un laboratorio dental, la zona que en teoría, claro porque hay laboratorios de laboratorios, pero la zona en teoría que es la más descuidada del laboratorio, donde se produce más basura, donde se producen más desechos es el área de lo que es yeso y acrílico porque es el área donde se desprende más material, donde hay más desechos de yeso, de resinas acrílicas, donde tienes que tener más cuidado si quieres que el laboratorio funcione bien porque es la zona que puede contaminar a las otras áreas, pero es por eso por los desechos sólidos que se pueden generar allí, no. Que no pasa así con la porcelana, o al menos no en gran cantidad no. Las mujeres lo evaden pero en el proceso de aprendizaje y formación tienen que hacerlo en algún momento, pero por lo general cuando se dedica a lo que es la práctica privada se van es por el área más limpia…entonces tienen que pasar por todas las áreas pero cuando aprenden la profesión se van por el área más limpia, difícilmente ves una muchacha haciendo un colado, pegando un metal, muy difícil".*

*[**E25**-0248…0278]: "aunque en la mecánica dental, últimamente hay una incursión importante de mujeres pero durante la mayor parte de mi carrera siempre he visto que ha sido dominado más que todo por hombres…además de que es muy sucio, es*

eso pues, es más de estar haciendo trabajos manuales, trabajos rudos, que si el revestimiento, que si el pulido, el yeso, el metal, en líneas generales, inclusive en el acrílico no, también es muy sucio, entonces se ve así como que bueno yo soy hombre que importa que me ensucie, que importa que este todo el día sucio, entonces la mujer como se va a ver sucia, yo he visto técnicos dentales mujeres que en lo que se ensucian ahí mismo entran al baño a arreglarse y todo eso por ellas no se permiten estar así, en cambio el hombre si se lo permite, que le importa estar todo el día sucio. Además que por la parte de delicadeza, del detalle, de la anatomía, de la distinción del color, las mujeres técnicos son más de la cerámica. Generalmente también los técnicos propietarios de los laboratorios son hombres, y de los consultorios odontológicos, aunque últimamente se ha visto más mujeres pero para mí sigue siendo dominado por los hombres".

*[**E26**-0055…0068]: "pareciera que el tipo de trabajo de técnico es como más, más uhm, más laborioso, manualmente pues que el de higienista, este porque bueno porque tienen que hacer colados, tienen que romper el yeso y esas cosas y a lo mejor por eso se ve como un trabajo más masculino, más brusco que higienista que bueno, es bastante básico, es bastante sencillo pero no lo veo otra razón porque ambas cosas la pueden hacer los dos sexos…o sé por qué habría más mujeres higienistas que hombres, de hecho todavía, o sea es raro que tú veas un masculino pues…las mujeres tienden a escoger la parte de la cerámica, o acrílico, fabricación de provisionales, y esas cosas que no son tan cómo te digo yo, tan rusticas porque qué pasa con el técnico dental, el técnico dental utiliza muchos materiales que te dañan tus manos pues, te genera polvillo, a lo mejor hasta el pelo sufre pues, la piel y todo eso ves, entonces probablemente eso influye pues. De hecho si ciertamente la mayor cantidad de técnicos que tú ves, que usan las redes, que son femeninas se dedican más a la cerámica, o a la fabricación de encerados o a la fabricación de provisionales muy estéticos, pero no a la parte más ruda de los colados, de los metales, o de los acrílicos ya más trabajados que ameritan trabajar con yesos y mufla y esas cosas y mucho calor, y eso que es como mas como de hombre pues".*

Es más que evidente la relación estrecha de la mecánica dental con la prostodoncia, de ahí que pudiéramos inferir que al surgir de la prostodoncia, y más allá, la odontología como oficio técnico, la conexión con el género masculino es clara. A juzgar por la nomenclatura además, hay una clara connotación masculina del oficio, sea cual fuere el término: técnico o mecánico, los cuales por definición denotan a aquellos oficios dedicados al arreglo y manejo de máquinas. En otras partes del mundo, al profesional de la mecánica dental se le denomina como "protésico dental". Quizás sea una forma más neutral de titular a estas/os profesionales "cuyo ámbito de actuaciones se extiende al diseño, preparación, elaboración, fabricación y

reparación de prótesis dentales, mediante la utilización de los productos, materiales, técnicas y procedimientos conforme a las indicaciones y prescripciones de los médicos estomatólogos u odontólogos" (Castro Fernández y Waneskahian, 2005; p. 261). Sin embargo, sabemos que de igual modo, todos ellos son términos casados con lo masculino.

Aun cuando se trata de un campo auxiliar, no se percibe una connotación peyorativa o subordinada del oficio, al menos no de la misma manera que la higiene dental, dado el gran vínculo con la prostodoncia. Aunque lo mecánico sugiere más habilidad manual que intelectual (RAE, 2020), y por tanto, puede ser visto como un oficio irreflexivo, automático y por tanto, de menor categoría. El trecho que separa la odontología de la mecánica dental, aunque evidente, no va en detrimento de esta área, que incluso en el pasado, una vez la odontología hecha profesión digna, dentistas preferían dedicarse a la mecánica dental que a la odontología. Eran más técnicos que dentistas pues fabricaban aparatos para otros dentistas. "A lo largo del siglo XIX…surgieron muchos de los primeros técnicos dentales. Muchos de estos hombres eran de oficios anteriores, inventores, maquinistas, plateros, barberos, fontaneros y comerciantes de todo tipo. Algunos eran dentistas que dejaron la odontología para entrar en lo que percibían como un esfuerzo más lucrativo"[162] (Cassettari, 1976; p. 22).

No obstante, originalmente la apertura de este oficio permitió estimar lo meramente manual de la odontología como poco científico. Por consiguiente, "el contratar trabajadores dentales auxiliares sirvió otro propósito: permitió a los dentistas disociarse de los aspectos de menor estatus de su trabajo"[163] (Adams, 2000; p. 110). El trabajo de laboratorio dental considerado como la columna vertebral de la práctica de la prostodoncia y "venerado por los primeros dentistas, ahora era visto como más adecuado para un oficio manual acientífico que la aprendida, científica y caballerosa profesión odontológica. Los dentistas, por lo tanto, comenzaron a realizar menos estos trabajos y en su lugar contrataron "hombres mecánicos" para hacer el trabajo por ellos"[164] (ob. Cit, p.110).

Aunque evidentemente se trata de un área subordinada, no se percibe una marcada subestimación más que la clase de hombre quienes ejercerían esta ocupación. “Los dentistas contrataron a comerciantes de clase trabajadora para llevar a cabo el trabajo mecánico dental: hombres que podrían distinguirse de los dentistas por su falta de educación formal y su falta de "caballerosidad"[165] (Adams, 2000; p. 111). Los dentistas valoraron la mecánica dental porque aumentaron su eficiencia y los liberaron de realizar trabajos de menor categoría que parecían más adecuados para los comerciantes que para los profesionales”[166.] Los hombres de la clase trabajadora fueron contratados para realizar tareas que eran "meramente mecánicas y [no] requerían conocimientos o habilidades más allá de las de un mecánico"[167] (Adams, 2000; p. 115).

Es decir que, el oficio se hace de menor categoría no por sus objetivos, por el tipo de trabajo, que era lo suficientemente noble, y del que devino la odontología, sino por quienes la ejercerían. Como era de esperarse las mujeres no eran bien vistas en el campo de la mecánica dental, porque las tareas de este oficio han sido conjugadas con la definición masculina del trabajo. “Si bien las mujeres eran apreciadas como asistentes dentales, se creía que no eran del todo adecuadas para el trabajo de laboratorio dental. Para este tipo de trabajo, se recomendó que los dentistas contrataran hombres”[168] (Burns 1907; McLean 1907, citado por Adams, 2000, p. 114). Por todo lo que pudimos evidenciar en los discursos, el hombre se identifica con tareas duras, que ameritan el uso de la fuerza, siendo indiferentes a su aspecto, en cuanto pulcritud se refiere. Las mujeres en cambio sí se detienen a considerar cómo un oficio puede deteriorar su salud física y su imagen femenina. Las mujeres no se permiten estar por debajo del estándar de belleza y pulcritud, por lo que evaden la incursión en estas asignaciones.

Ultimadamente, no podemos hablar de iguales competencias entre hombres y mujeres en estos campos auxiliares, ni que la higiene dental estaría al mismo nivel de subordinación que la mecánica dental. Un campo auxiliar de dominio masculino no se igualará en su visión secundaria, al campo femenino, del mismo modo que un hombre

pobre ejercerá poder sobre una mujer de su mismo estatus social, porque lo femenino es una categoría construida para disminuir.

Las mujeres y la Cirugía buco-maxilofacial, Una relación antagónica.

Nos hemos paseado por una diversidad de disciplinas derivadas de la odontología y hemos podido rastrear las improntas patriarcales en la profesión odontológica, que como toda ocupación de origen masculino, ha reproducido su misógina estirpe por todas y cada una de sus especialidades. Ahora bien, el campo de la cirugía buco-maxilofacial, aquel entendido como "la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa de la prevención, estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología de la cavidad bucal y de la cara, así como de las estructuras cervicales, relacionadas directa o indirectamente con las mismas" (Gay Escoda, Berini Aytés y Sánchez Garcés, 2004; p. 2), presenta la singularidad de ser la especialidad que con mayor fuerza se evidencian tales improntas.

La cirugía oral y maxilofacial es una carrera atractiva que se considera intelectualmente interesante y que repercute en la vida de los pacientes. En consecuencia, se cita como la principal elección de carrera entre los estudiantes de odontología de pregrado, en particular para los estudiantes varones[169] (Dar-Odeh, Elsayed, Nourwali, Ryalat, Al-Shayyab y AbuHammad, 2019; p. 1504). "La cirugía se posiciona discursivamente como diferente de otras especialidades, con una cultura distinta"[170] (Hill, Bowman, Stalmeijer y Hart, 2014; p. 885) y ello coincide con que es el campo odontológico donde a diferencia de los otros, concentra el mayor número de varones, muchas veces de manera exclusiva y además el que ostenta un prestigio elevado en comparación con las otras especialidades odontológicas, donde como vimos en segmentos atrás, se equipara al nivel del médico.

Es precisamente esta conexión con la medicina que la hace acreedora de esta posición frente al resto de las áreas del conocimiento odontológico, debido a que "incorpora contenidos y actividades de la Medicina y de la Odontología, y resulta difícil definir los campos de actividad respectivos, y más aún establecer fronteras

entre ellos precisando el contenido de las enseñanzas teóricas y prácticas de una y otra" (Gay Escoda, Berini Aytés, Sánchez Garcés, 2004; p. 2). Sin embargo, no es intención en este apartado continuar con aquella discusión, sino más bien traer aquí, ese concepto elevado y supremo de la cirugía buco-maxilofacial en la odontología, en tanto deviene de una raíz patriarcal de la medicina y que nos permitirá comprender esa relación antagónica del mundo quirúrgico con las mujeres.

Ahora bien, la presente categoría universal la hemos construido valiéndonos de una gama de discursos que por saturación, nos permiten cualificar a la cirugía buco-maxilofacial como una especialidad masculina. Se destaca el predominio de hombres en ella, la deserción y abstención de las mujeres en este oficio y su acoplamiento con la identidad de lo masculino. Todas estas son aristas que iremos hilando mediante las diversas narrativas, pero desplegadas en diferentes conjuntos de discursos para una mayor comprensión y argumentación de la presente unidad de significado.

De manera que para iniciar la discusión, es preciso que consideremos a la cirugía buco-maxilofacial como la especialidad odontológica en la que las mujeres han tenido una menor incursión de entre todas. Aunque puede darse el caso que las mujeres se destaquen en número en alguna cohorte, esto no es más que un fenómeno extraordinario que sucede contadas veces en esta área particular de la odontología. Esto último, al menos, ha permitido que la especialidad pueda ser vista como un área donde ambos grupos, mujeres y hombres puedan desenvolverse, y donde aunque muy lentamente, las mujeres comienzan a verse reflejadas en otras mujeres, como ejemplos a seguir. Como lo refieren Cortés–Flores, Fuentes-Orozco, López-Ramírez, Velázquez-Ramírez, Farías-Llamasa, Olivares-Becerra y González-Ojeda (2005, p. 342): "Tradicionalmente la cirugía ha sido históricamente una especialidad «de hombres», pero afortunadamente con el tiempo esta percepción ha ido cambiando".

Paradójicamente, en una profesión donde las mujeres constituyen la mayoría de quienes se matriculan año a año, todavía una rama de ella permanece marcada como territorio masculino, coincidiendo esta realidad con la de otros países como Estados Unidos, donde recientemente la Presidenta del Colegio Americano de Cirujanos Orales y Maxilofaciales afirmó que "si bien casi la mitad de los estudiantes que

ingresan a la escuela de odontología en la actualidad son mujeres, todavía solo un puñado está solicitando su capacitación como cirujanas orales y maxilofaciales"[171] (Drew, 2018; p. 7). Esta misma realidad la expresa nuestro grupo de estudio, siendo esto un factor importantísimo en la percepción de esta especialidad como área de dominio de varones:

*[**E4**-0603-0616]: "Y es que es una cosa que a mi me extraña demasiado porque normalmente en odontología somos puras mujeres, y esa es una cosa que está como demasiado cerrada y demasiado reservada pa´ los hombres. No sé si es que es la forma de ellos tener como su…su…Su espacio será. Que no lo confundan con el resto de la odontología. Yo creo que por ahí va la cosa".*

*[**E9**-0098-0107]: "…yo creo que siempre al hombre le ha gustado la parte de la cirugía pero es cómo se enfoca la cirugía porque es el estigma de la cirugía maxilofacial o cirugía bucal, que eso es de hombre, es una carrera mucho más difícil, muy complicada para la mujer porque son horas y horas y guardias, ¿no? A diferencia de la odontopediatría que tiene el estigma de ser mucho más relajado, mucho más tranquilo y pienso yo que, es todo lo contrario, ¿no?".*

*[**E10**-0229-0233]: "Porque te lo pongo como ejemplo la cirugía, si tú te pones a buscar, es una carrera prácticamente donde la mayoría si te digo que el 75-80% son hombres en nuestro país…Si terminan desertando más mujeres que hombres, eso lo vi yo mismo…y lo viví también…y si, si existe una mayor tendencia de mujeres que se retiran".*

*[**E11**-0249-0254]: "porque, y de hecho lo decían, tú haces una historia de cuantos cirujanos maxilofaciales hay, de mujeres y hombres y la gran mayoría son hombres, no mujeres, claro ahorita mucho ha cambiado pero según la historia y muchos docentes lo dicen, esto es para hombres no para mujeres, porque son machistas…los hombres tienden como a decir, un ego, yo me gradué de cirujano, yo, como hombre…había más predominio de hombres que de mujeres…".*

*[**E19**-0117-0123]: "bueno yo cuando empecé el postgrado desde hacía muchísimos años, allí no habían entrado mujeres, yo ingresé en el 2012, 2013, el internado yo lo hice en el 2013…Cuando yo entré había una sola mujer…la deserción recae más sobre las mujeres por la parte familiar que te comenté y pienso que también la parte sentimental".*

*[**E22**-0134-0142]: "en este caso donde estaba yo y dos compañeros más también hombres, eh, ingresó una mujer años después de que yo ingresé al postgrado, una sola mujer, entraron dos y se ha ido un poco mezclando más, a medida que ha pasado los años también…Y promedio de hombres: 12 hombres y 3 mujeres se han*

graduado en este postgrado nuevo que te estoy hablando, o sea que el postgrado ya con la sede en el Hospital Universitario está desde el 2009, entonces te estoy hablando del 2009 para acá".

*[**E23**-0621-0631]: "Todas las aspirantes al tener una semana ahí ellas se retiraban todas, pero es que no era para ellas, no era para ellas. A la semana, o a los dos o tres días. No hubo ensañamiento para la mujer. No, para todos igual. Entonces probablemente por ahí viene el problema, y todos se tratan igual y probablemente cultural, no sé, la mujer con la tendencia un poco más frágil, a lo mejor lo que para uno es normal entonces se siente vulnerada, pero no, no, no, de haber ensañamiento por el sexo no, para todos, era para todos".*

En primer lugar, queremos develar de los discursos, la perspicacia que genera el hecho de que si la odontología es un espacio minado de mujeres, la cirugía buco-maxilofacial permanece como terreno delimitado para varones. La frase *"Es la forma de ellos tener su espacio. Que no lo confundan con el resto de la odontología"* nos muestra que pareciera ser un asunto de dominio de territorios, donde si bien la odontología es calificada de femenina, ello no aplica para este campo. Y que tal como la medicina como profesión masculina, titularse de cirujano, no solo implica el alcance de una meta académica sino la reafirmación de la virilidad, de lo masculino, en tanto, ser cirujano denota el logro de un objetivo duro, más duro que cualquier otro en la odontología. De allí la frase "*es como un ego, yo me gradué de cirujano, yo, como hombre",* porque es el único lugar dentro de la odontología, profundamente marcado por el género masculino.

Pese a la progresiva incorporación de las mujeres en odontología, esta área permaneció por mucho tiempo como un espacio exclusivo de hombres. No es sino hasta hace poco que las mujeres comienzan a introducirse muy lentamente en la cirugía buco-maxilofacial, siendo que todavía al día de hoy son comunes las cohortes con la participación de una sola mujer rodeada de hombres. Las experiencias de nuestro grupo de estudio nos informan acerca de esta realidad, cuando estiman que a lo largo de una década, solo tres mujeres han adquirido el título de cirujanas buco-maxilofaciales, en contraste con una estimación de doce hombres, lo cual

representaría el 80% del total de especialistas. Insistimos que aunque se han estado gestando cambios numéricos, el dominio masculino persiste sin mucha variación:

> La diversidad de género en la especialidad de cirugía oral y maxilofacial es inadecuada cuando se habla de igualdad en este momento. Específicamente, la Asociación Estadounidense de Cirujanos Orales y Maxilofaciales ha calculado que las mujeres practicantes constituyen solo el 8% de nuestra especialidad. Claramente, se necesitan más avances para lograr una mayor diversidad de género[172] (Drew, 2018; p. 1).

Pero para lograr avances en diversidad de género en una disciplina que pese a la incorporación masiva y generalizada de las mujeres en las profesiones, ha puesto resistencia a la normalización de la presencia de ellas en su interior, no basta con las referencias de estudios cuantitativos que demuestran esta realidad. La permanencia de este escenario es el producto de una serie de variables que en sinergia, resultan en la ausencia de mujeres y el predominio de hombres, no porque las mujeres no deseen transitar este campo, sino porque son ellas quienes se topan con dificultades que solo ellas, como mujeres, han estado condenadas a enfrentar.

Como pudimos ver, por un lado efectivamente algunas mujeres han buscado incursionar en esta área quirúrgica, solo que existe una tendencia hacia el retiro de ellas de la especialidad, por el otro, el gran arsenal de temores que rodean a las mujeres en torno a este campo, tanto en la vida escolar como profesional, no permiten que ellas pasen de ser un grupo fluctuante –donde siempre la presencia de nosotras es vista como extraordinaria o excepción a la regla– a uno persistente y estable, tal como el conformado por los hombres. Nuestro grupo de estudio hace referencia a la mayor tendencia a la deserción de la especialidad por parte de las mujeres, lo cual coincide con lo referido por Liang, Dornan y Nestel (2019, p. 541) quienes afirman que "las mujeres están infrarrepresentadas en cirugía y abandonan la formación en mayor proporción que los hombres"[173]. Efectivamente, este reto al que hicimos referencia lo enfrentan tanto hombres como mujeres, por lo que los hombres no están exentos de abandonarla. Sin embargo, aquella mayor inclinación de las mujeres a abdicar, sugiere que más allá del reto que implica llevar a cabo un estudio, las mujeres

encuentran en su tránsito por la especialidad razones específicas que los hombres no estarían sometidos a enfrentar o sobrellevar.

Los fragmentos discursivos no solo narran la deserción mayor de las mujeres sino que ineludiblemente comienzan a darnos indicios de esas razones específicas por las que ocurre tal deserción. Entre ellas, se alude a la incapacidad de las mujeres de resistir los caminos tortuosos que supone una vida académica hospitalaria, a la incompatibilidad con la vida familiar, pero además al rechazo que muchas veces las mujeres deben soportar por parte de los varones. Esto converge con ideas recientes de Davis (2019, p. 1) quien expresa que "una vieja red de hombres, exclusión de eventos, escepticismo por parte de los pacientes e incompatibilidad con la vida familiar están entre los factores que le provee de combustible a la escasez de mujeres en cirugía"[174], o en un listado más ampliado se puede deber a "modelos a seguir insuficientes, apoyo institucional insuficiente, discriminación y acoso de género, privación del sueño, interacciones adversas con las personas mayores, embarazo y parto"[175] (Liang, Dornan y Nestel 2019; p. 541). Es por ello que…

> …se han propuesto varias teorías para explicar esta discrepancia. ¿Las mujeres tienen una falta de resistencia física, lo que no les permite soportar las presiones de una residencia quirúrgica? ¿Existe una incapacidad para satisfacer las demandas de un "hogar feliz" y una familia y una carrera en cirugía? ¿O es simplemente una falta de modelos a seguir en el campo de la cirugía oral y maxilofacial, lo que provoca una lenta progresión de la discriminación de género en este campo? Lo más probable es que existan diversas razones para esta aparente falta de interés de las mujeres por especializarse en cirugía oral y maxilofacial[176] (Risser y Laskin, 1996; p. 752-753).

Por todo ello, podemos decir que las mujeres no solo desertan sino que peor aún, se abstienen tan siquiera de aspirar su ingreso en esta área. De allí, que es mucho más común que los hombres persigan esta disciplina. Por lo que, la mayoría de las veces, el número reducido de mujeres obedece más al hecho de que ellas eligen privarse de las áreas quirúrgicas, que a la tendiente declinación de estas tras su ingreso. La auto-privación o auto-marginación de las mujeres es proporcional a la libertad de los hombres para seleccionarla, pues ellos no enfrentan los dilemas que las mujeres si

están sujetas a sopesar y encarar, partiendo de la idea de que el género no representa un problema para los hombres en esta área y por tanto, es un desafío menos para ellos.

Esto último nos lleva a considerar el sesgo de género presente en esta especialidad que de manera similar al resto de las disciplinas odontológicas, juega un papel decisivo en cirugía buco-maxilofacial, obedeciendo a los principios que rigen el sistema sexo-género con sus estereotipos y roles, que no son más que concepciones socio-históricas compartidas y por las que las conductas y actividades de mujeres y hombres permanecen atadas, en tanto son clasificadas y juzgadas. Por tanto, la cirugía buco-maxilofacial como campo quirúrgico es concebida como la actividad masculina de la odontología por excelencia, donde se da una absoluta congruencia entre el estereotipo de género masculino y las actividades inherentes de esta ocupación. Esto lo podemos rastrear mediante los siguientes fragmentos discursivos, los cuales sustentan la idea de la cirugía asociada estrechamente con el género masculino, que hemos venido rastreando hasta ahora en la presente categoría:

*[**E3**-0209-0227]: "Cirugía es una especialidad como para hombres porque decían que tenían más aguante que las mujeres, que las mujeres eran más delicadas, y yo creo que eso es el propósito de cada quien, fíjate conmigo se graduó (una amiga)…es cirujana y ella es mujer. Ella dice el postgrado es duro, no es nada fácil, pero ella aguantó porque era lo que ella quería, obviamente, eso ella desde el pregrado ella anhelaba y vivía metida en el hospital, yo no, a mí me gustaba la cirugía, más yo nunca tuve esa ambición de verme directamente, vivir esa parte hospitalaria. ¿Y tú crees que los hombres tienen más aguante para cirugía? ¿Que tienen más sangre fría? Posiblemente, aunque hay mujeres que…que se les pega…son como más fríos, más calculadores en ese sentido. Nosotras somos como sentimentales. Ellos guapean un poquito más porque les toca. Yo tengo amigas igual que ellos, o sea ya después te pasas el chip o sea, estando en un hospital, como que te tornas un poquito frio y no te afectan tanto esas cosas…en el sentido de que los hombres son más rústicos, no les importa si, en ese postgrado no les importa si eres hombre o mujer igualito te van a tratar a la patada. Ella me dice que es fuerte en el sentido de la adaptación de trabajar con puros hombres…".*

*[**E6**-0191-0197]: "Y es que de hecho tú ves, y los comentarios que dicen que maxilofacial es una carrera para hombres porque por todo lo…lo que se necesita fuerza para la parte de la cirugía, porque es un trabajo fuerte además, mucho trabajo…".*

*[**E24**-0364-0382]: "El cirujano es, no tiene paciencia…los maxilofaciales no tienen paciencia, olvídate de la psicología, nada de eso de psicología, de vamos respira, no. Eh, ya tú eres grande, por favor abre la boca, entonces párate si no quieres. Entonces el que tiene una personalidad no paciente, ay yo me voy por aquí por cirugía porque aquí esto es sangre, sangre, sangre y no tengo que estar hablando con el paciente, o ah no yo soy paciente, me gusta la parte psicológica, entonces me voy a ir por odontopediatría".*

*[|**E27**-0164-0170]: "Y bueno la cirugía predomina hombres porque se cree que es una especialidad que se necesita fuerza, resistencia, resistencia física, hay que guapear, hay que tener guáramo y los hombres como son más, como decir, insensibles, aguantan más, para todo lo que se vive en un hospital".*

*[**E10**-0233…0241]: "es predominio de hombres porque dicen –ah no cirugía, necesitamos más fuerza…pero es algo que al final de cuentas ya ahorita como cirujano y que he visto y que he salido del país y he visto el ambiente en otros países, es totalmente diferente, yo digo que son prácticas viejas o lo que se pensaba anteriormente y se ha mantenido ya como costumbre y eso es lo que ocurre…Ha cambiado mucho porque ya se graduó una mujer, ahorita en el hospital hay 3 mujeres…ya se graduó otra cirujano, otra mujer, en nuestro hospital, en nuestro programa y se graduaron sin ningún problema, pero si les costó un poquito más, no hay que mentir y hay que ser sinceros, si les cuesta un poquito más, en un principio pero es cuestión de adaptación…es una carrera que amerita también no solo técnica, pero amerita también tener fuerza en las manos, lamentablemente es algo que lo amerita, ehhh y puede ser algo que pueeeede, jugar un poco en contra pero, lo he visto yo mismo y de verdad no, no ha existido tanta diferencia, lo que pasa es que les cuesta es al principio, una vez que pasan esa etapa de adaptación, ya".*

Nótese cómo el grupo de participantes refiere que la cirugía buco-maxilofacial es un campo *como para hombres*, porque automáticamente vinculan la profesión con características afiliadas con el género masculino, que siguiendo definiciones de la Real Academia Española, implican: fortaleza o vigor para resistir pesos, impulsos, trabajos, etc. (aguante); tolerar, aguantar o sufrir, combatir las pasiones y los deseos, pervivir en las dificultades (resistencia); vigor, robustez y capacidad para mover algo o a alguien que tenga peso o haga resistencia; como para levantar una piedra, tirar una barra, etc., (fuerza); que calculan, que realizan o impulsan determinados actos para obtener un provecho (calculadores); que no producen calor, que muestran indiferencia

(fríos); que da, cuesta o causa mucho trabajo (trabajoso); e intranquilidad por algo que molesta o que no acaba de llegar (impaciencia).

Vemos cómo la resistencia y en especial la resistencia física se sitúa en el imaginario colectivo como de vital importancia para la cirugía buco-maxilofacial, entendida como la capacidad física requerida para soportar y realizar esfuerzos por cierto tiempo o el poder de tolerar una dificultad o estrés; reciedumbre, esfuerzo, solidez, consistencia, aplomo, firmeza y dureza. Además de la *sangre fría,* entendida como "tranquilidad de ánimo y dominio de sí mismo que permite no dejarse llevar por la emoción y no perder los nervios en una situación que mueve a alguna emoción" (Oxford, 2020), por lo que el término *sangre fría* denota compostura, serenidad, impavidez, sosiego y calma; adjetivos que se les atribuyen a los varones, como temerarios e insensibles y que se asocian con el área quirúrgica, por ser esta vista como cruenta y sanguinaria. Esto presupone que lo quirúrgico acarrea peligros que requieren ser abordados por quienes tienen serenidad de ánimo para afrontarlos, y esta cualidad ha sido asignada al género masculino. La frase "*los hombres guapean un poquito más"* denota que son ellos quienes "ostentan ánimo y bizarría en los peligros o resisten con valor golpes físicos o morales sin manifestarlo expresamente" (RAE, 2020), o al menos que lo hacen mejor que las mujeres.

Los discursos proporcionan una imagen del cirujano buco-maxilofacial que coincide con el estereotipo masculino: fuerte, resistente, frío, estoico y temerario, y precisamente "la masculinidad se asocia con correr riesgo, con someterse a situaciones peligrosas y violentas" (Hardy y Jiménez, 2001; p. 84), pues "en el campo laboral, existe una división social del trabajo entre el hombre y la mujer en que generalmente el varón asume las actividades más peligrosas, violentas y que requieren de mayor capacidad física" (Keijzer, 1995; Langer y Lozano, 1998; citadas por estas autoras) y esto es un estereotipo adherido a las actividades quirúrgicas:

> …las dentistas pueden inclinarse a calificar las intervenciones quirúrgicas como "complicadas y riesgosas". Los dentistas hombres parecen estar dispuestos a correr los mismos riesgos con mayor confianza en sí mismos, mientras que las dentistas parecen sobrevalorar su incertidumbre personal al subestimar sus capacidades técnicas reales. Aunque el tratamiento dental en general está cada

> vez más dominado por mujeres, la cirugía sigue estando dominada por dentistas masculinos. Esto puede verse a través de las diferencias de género observadas con respecto a la percepción del riesgo[177]…(Geibel y Mayer, 2016; p. 3).

Todo ello es contrario a las construcciones patriarcales de la mujer, las cuales nos han descrito como sentimentales, delicadas, sin capacidad de aguante, frágiles y susceptibles, pues "para algunos, el cuerpo de una mujer transmite delicadeza y falta de resistencia"[178] (Cassell, 1998; p. 146-147). Es interesante además analizar el último discurso, en el que se considera que a las mujeres les cuesta más el ejercicio de la cirugía, pero que luego de un proceso de adaptación, ellas logran equipararse con sus compañeros masculinos "como cualquier persona". Aquí vale la pena resaltar dos aspectos interesantes, primero, la evidencia de que las mujeres son tan capaces como los hombres de realizar cualquier actividad igual o mejor al hombre, y segundo, que es necesario insistir con lo que hemos venido argumentando en relación al modelamiento que reciben hombres y mujeres para concebirse como seres masculinos y femeninos.

La diferencia de fuerza física entre hombres y mujeres va más allá de lo biológico. Si la mujer no tiene fuerza en sus manos como si la tiene el hombre, se debe tomar en cuenta no solo lo biológico –que no se niega– sino el poco desarrollo físico que como mujeres, estamos culturalmente llamadas a perseguir. Las mujeres están llamadas para otras cosas y esto juega un papel crucial no solo en nuestras elecciones, conductas y actividades, sino en nuestras potencialidades, que como vemos, tenemos unas más desarrolladas que otras en función de la cultura que nos arropa. Por lo que si algún oficio requiere del uso de la fuerza, lo femenino como género des-enmarcado de esta cualidad, no se visualiza con claridad porque duda de sus capacidades, por no ser estos, considerados naturales:

> En las especialidades quirúrgicas abundan las solicitudes del género masculino, siendo menores las del femenino, por lo que la relación hombre-mujer es en gran medida a favor del hombre. La resistencia física usualmente mayor en el hombre, es también un argumento común del que se echa mano para favorecerlo, restándole oportunidades a la mujer, que también puede mostrar la misma resistencia física con mayor grado de responsabilidad. La cirugía no

> requiere de fuerza física, sino de toma de decisiones, capacidad intelectual y habilidades motoras (Cortés–Flores y otras/os, 2005; p. 343).

Vemos cómo se hace referencia a la resistencia o la fuerza como una norma o como una característica generalizada en los varones. Sin embargo, "es obvio que incluso si la mayoría de los hombres son más fuertes que la mayoría de las mujeres, muchos tienen la misma capacidad física y algunas mujeres son más fuertes que algunos hombres"[179] (Weiss, 1987; p. 84). Además, es evidente que la diferencia anatómica entre hombres y mujeres se convierte en diferencia conductual, es decir, debido a que son los hombres quienes poseen mayor fuerza/resistencia, son ellos los designados para arrostrar o encarar sin cobardía los peligros, y por ende, los oficios más riesgosos.

Erróneamente, como ya hemos dicho anteriormente, se nos ha enseñado que los hombres, por tener un cerebro más grande que las mujeres, poseen mayor intelecto que ellas, por ende, este sistema causa-efecto de la ciencia androcéntrica, por supuesto, ha colaborado en la reproducción de estos sesgos científicos. En otras palabras, la ciencia se ha interesado en demostrar que por el hecho de que los hombres son más grandes y fuertes, naturalmente estarían más dotados para enfrentar los peligros que las mujeres. Entonces estas diferencias anatómicas (que son fluctuantes) se elevan y se trasladan al plano del comportamiento, las capacidades y los talentos.

Las mujeres, incluso, se asumen como menos arriesgadas que los hombres, y esto cobra sentido, pues como hemos venido discutiendo a lo largo de este capítulo, a las mujeres y hombres se les ha dicho cómo deben vestir, con qué juguetes jugar, cómo deben hablar, qué actitudes deben asumir, etc. En este sentido, imaginemos que desde que nacemos se nos dice que todo lo sentimental y lo delicado tiene que ver con nosotras, y todo lo que amerita fuerza y valentía es de varones, ¿Cuál es la consecuencia de este modelamiento que viene dado mediante la interacción social? Pues que así se asuma y se crea como lo natural, por tanto hombres y mujeres desarrollamos habilidades y actitudes que el género nos va conformando y configurando tan pronto como nacemos.

Si las niñas quieren trepar un árbol, se les advierte de los peligros y consecuencias, por ejemplo estéticas, que pudieran padecer y lo que significa para una mujer, lucir cicatrices tan indeseadas en un cuerpo femenino, pero que en uno masculino por el contrario, son símbolo de hazañas y valentía plausibles. A las niñas se les desalienta a llevar a cabo cierto tipo de actividades por los riesgos que como féminas deben evitar y que no son bien vistos en las mujeres, como quietas y dependientes que deben ser. Es claro que, esta formación genérica tiene repercusión psicosocial en la percepción de la competencia de riesgo entre hombres y mujeres, que se traslada en cirugía:

> Como profesión dominada por los hombres, no es sorprendente que muchos de los comportamientos extremos asociados con los cirujanos reflejen definiciones rígidas de masculinidad. La masculinidad tradicional se asocia con ser poderoso, fuerte y en control; se alaba la autosuficiencia, la proeza sexual y el éxito económico y se desaprueba la demostración de debilidad o vulnerabilidad. Estas mismas características se manifiestan en los estereotipos y jerarquías de la cirugía. Los estudiantes de medicina ven a los cirujanos como "seguros de sí mismos", "intimidantes" y "groseros" y la cultura quirúrgica como "competitiva"[180] (Logghe, Rouse, Beekley y Aggarwal, 2018; p. 493).

Las capacidades de las mujeres son reducidas a las que ellas culturalmente han sido sometidas a aprender y desarrollar, y por tanto asumidas como naturales. De ahí la creencia de que naturalmente, las mujeres no somos valientes ni arriesgadas. Lo contrario, somos dependientes y como tales delegamos las actividades físicas y riesgosas a los hombres, incluso las más simples de ejecutar. De esta creencia se deriva que la cirugía sea un área en que las mujeres experimentan aprehensión, en tanto los hombres se perciben como entusiasmados y acuciosos, pues supone ser un oficio donde mejor se identifican como varones. Esta es parte de la caracterización del cirujano y "esas características típicas pueden ser particularmente importantes para algunos estudiantes que tienden a evaluar las especialidades de acuerdo con la percepción de sus propias habilidades, casi como un proceso de autoselección"[181] (Lacerda Bellodi, 2004; p. 15). Como lo refieren Liang, Dornan y Nestel (2019, p. 542), desde la perspectiva de Pierre Bourdieu:

> El habitus a menudo se confunde con la capacidad natural; sin embargo, está culturalmente desarrollado. Esto significa que existe un sesgo inconsciente hacia otros con capacidad percibida, que es una preferencia por otros con antecedentes culturales similares. Los individuos con un habitus diferente deben realizar un trabajo adicional para ser considerados tan capaces como aquellos cuyo trasfondo cultural significa que ya tienen el habitus requerido[182].

Si tomamos como referencia lo expresado en uno de los discursos en el que se afirma que tras un momento de exposición en ese *habitus* dado en un *campo* masculino, las mujeres adoptan tales *actitudes masculinas* para adaptarse a ese *habitus* ajeno a ellas, es decir, pasan a ser frías y calculadoras como los hombres, podemos visibilizar esa noción de naturalización de las actitudes y comportamiento según el género, pues se asume que *sangre fría y valentía* son atributos naturales de los varones, que solo les pertenece a ellos como grupo. No obstante, la referida adopción de tales actitudes por las mujeres contradice la misma idea de lo natural, pues denota una capacidad para desarrollar lo que se supone es propio de los varones. Esa referida capacidad que puede llegar a tener las mujeres de *pasarse el chip* nos plantea la capacidad de agencia que tienen las personas en la interacción dinámica de lo biológico con lo social, que llevado a la teoría bourdiana, sería que de acuerdo con lo que encontremos en el medio o *campo,* adoptaremos ese *habitus* para subsistir.

Las mujeres por tanto, para sobrevivir en ese campo masculino, se masculinizan. Es notorio que hay campos en donde las mujeres deben ejercer su feminidad para validarse y otros, donde por el contrario, deben evadirla, adoptando actitudes masculinas para ser validadas, y ello evidencia el sesgo de género. Como hemos visto a lo largo de este trabajo, hay una tensión entre el género y las profesiones y sus identidades de género. La frase "e*s fuerte trabajar con puros hombres"* es una muestra de ello, pues es complicado para un grupo minoritario adentrarse a una cultura en que se ven desfavorecidas. Como lo refieren Hill, Solomon, Dornan y Stalmeijer (2015, p. 1216) no es fácil para las minorías operar "dentro de un discurso imperante que excluye una gran parte de sus identidades"[183.] En un habitus ajeno al compartido o socializado por las mujeres es "menos probable que las mujeres tengan la oportunidad de demostrar su valía en una ocupación masculina y tengan que

trabajar más duro para demostrar que tienen lo que se necesita"[184] (Peters y Ryan, 2014; p. 2). En consonancia con este planteo, Nye (1997, p. 77) afirma:

> …cuando un campo especializado ha sido históricamente dominado por hombres y está estructurado por los protocolos de la cultura del honor, un hombre y una mujer que entran en él por primera vez lo experimentan de manera diferente. El hombre puede proceder inmediatamente a las tareas que tiene entre manos, basado en su conocimiento y experiencia, mientras que la mujer es consciente de forma reflexiva de estar en una situación social. Para él, lo social es "natural" en el sentido de que tiene un género masculino y refleja sus experiencias anteriores. La mujer, sin embargo, debe trabajar a través de una gama suplementaria de opciones sobre identidad y comportamiento apropiado porque…en este proceso, las mujeres internalizan las contradicciones culturales del género en un proceso constante y continuo de mediar demandas culturales opuestas[185].

Si se toma en cuenta que "las personas basan su comprensión de lo que se necesita para desempeñarse bien en una ocupación en particular en las personas que ven trabajando en ese campo"[186] (Peters y Ryan, 2014; p. 2), las mujeres que encuentran la cirugía atrayente, hallan muy pocas o ninguna referencia de mujeres cirujanas donde reflejarse y proyectarse a sí mismas y no se sienten capaces o naturalmente dotadas para llevar a cabo con éxito una ocupación que culturalmente demanda características asociadas con lo masculino. Según estos autores, estas creencias acarrean "consecuencias negativas para las mujeres en ocupaciones dominadas por hombres, ya que los observadores asumen que las mujeres carecen de los atributos necesarios para hacer bien un trabajo"[187]. "Esto resalta el poder de las trayectorias paradigmáticas para dar forma a lo que los estudiantes creen que es posible y cómo la falta de trayectorias alternativas puede restringir la imaginación y, lo más importante, las opciones profesionales"[188] (Hill y Vaughan, 2013; p. 552).

Esto es que, las mujeres, en tanto construidas desde la feminidad, si no vemos nuestro género reflejado en un campo, no visualizamos aquellos atributos que estamos llamadas a poseer, por tanto las mujeres no se imaginan en este espacio porque pueden pensar que carecen de los atributos necesarios para ello. Esto hace que hombres y mujeres sean muy "sensibles a estas trayectorias paradigmáticas pues

necesitan saber «lo que cuenta» para establecer una legitimidad creciente y acceder a la participación dentro de una comunidad"[189] (Hill y Vaughan, 2013; p. 548). Por tanto, tal como lo expresa Davis (2019, p. 1) "existe una cultura que básicamente desanima a las mujeres a perseguir esta carrera"…"Fuertemente creo que tú no puedes ser lo que tú no ves"[190]. Pero además de lo que ves o lo que no ves, también existen otros aspectos que disuaden a las mujeres de la cirugía, y favorecen a los varones. También es importante lo que oímos o no, lo que hacemos o no y lo que imaginamos o no. Según Hill y Vaughan (2013; p. 547) son cuatro procesos clave (ver, oír, hacer e imaginar) los que facilitan la formación de trayectorias paradigmáticas, en las que las/os estudiantes basan sus decisiones profesionales. En su estudio estas autoras encontraron que:

> Las alumnas no pudieron ver ni identificarse con otras mujeres en la cirugía. Se enteraron de los desafíos para ser cirujana, carecían de experiencias de participación y lucharon por imaginar un futuro en el que serían cirujanas exitosos. Así, a partir de trayectorias paradigmáticas construidas a partir de la exposición a la cirugía, se auto-seleccionaron fuera de las carreras quirúrgicas. Por el contrario, los estudiantes varones tuvieron experiencias de participación "práctica" y no fueron marginados por trayectorias paradigmáticas[191] (Hill y Vaughan, 2013; p. 547).

De manera que la auto-privación de las mujeres en la carrera quirúrgica es un fenómeno complejo, que comienza con la dominancia de discursos de masculinidad en esta área, contrastando con aquellos de la feminidad que incluyen empatía, comunicación, colaboración, que no se evidencian con claridad en la cirugía. "Discursivamente, la cirugía se construye como fuertemente masculina: su cultura es masculina, en la que se valoran las cualidades masculinas"[192] (Hill y Giles, 2014; p. 152) y ello juega un factor contraproducente para las mujeres, en tanto se miran como lo ajeno, lo otro.

Aquello coincide con lo investigado por Ashton-James, Tybur, Grießer y Costa (2019; p. 2) quien afirma que "los estereotipos de género (que las mujeres tienen más calidez que competencia y los hombres son más competentes que cálidos) pueden tener «efectos secundarios» en los juicios de cirujanas y cirujanos"[193]. Esto no solo

impide que las mujeres se sientan identificadas con el campo quirúrgico sino que además, la sociedad tampoco las concibe en estos terrenos tradicionalmente masculinos. Tanto así que "en ocasiones, la confianza que se le tiene a un cirujano hombre es mayor que a la mujer, por pensar que posee mayor capacidad física y mental" (Cortés–Flores y otras/os, 2005; p. 344). "En particular, estos estereotipos influirán en si un aprendiz interpreta los desafíos normales asociados con la formación ocupacional como un desafío a superar o como una señal de que no tiene lo que se necesita para ser cirujano"[194] (Peters y Ryan, 2014; p. 3). De allí que:

> La teoría feminista sostiene que instituciones como la cirugía, que han sido creadas por hombres y tradicionalmente dominadas por hombres, se definen por la ausencia de roles integrados para las mujeres. Los roles femeninos no pueden simplemente agregarse a las estructuras institucionales existentes. Frente a la ausencia de un rol congruente con el género, las mujeres deben elegir entre identificarse como mujeres y permanecer fuera de las estructuras tradicionales de la cirugía, o identificarse como cirujanas en un estilo tradicionalmente masculino[195] (Liang, Dornan y Nestel, 2019; p. 542).

Esto nos remite a la discusión de la existencia de un currículo oculto, que habla de lecciones y valores que se aprenden y comparten, y es tan formativo como el currículo explícito y que favorece la visión masculina de la cirugía buco-maxilofacial, que hemos estado rastreando. El currículo oculto trata de mensajes, creencias y comportamientos que se deben cumplir, que se omiten en la formalidad de los programas, pero que están allí, se filtran, "a menudo son sutiles, pero no obstante visibles, a veces poderosas, con prejuicios de género y riesgo de discriminación…y las lecciones se recuerdan durante mucho tiempo debido al refuerzo diario constante"[196] (Brown, Egan y Lewis, 2019; p. 237). Parafraseando a Howieson y Cloke (2019, p. 283) nos plantea que en el ámbito quirúrgico, parte del plan de estudios oculto de estas áreas, son las políticas de larga data que están profundamente arraigadas en la cultura hospitalaria y sus entornos de aprendizaje y que la gente simplemente se olvida de cuestionarlas, porque muchas de sus lecciones y mensajes son difíciles de percibir o medir:

> …El currículo oculto consiste en mensajes académicos, sociales y culturales implícitos o no expresados que se comunican a los alumnos mientras se encuentran en un entorno de aprendizaje. Se describe como 'oculto' porque por lo general no es reconocido o no examinado por los alumnos, capacitadores y la comunidad en general. Debido a que los valores y lecciones reforzados por el currículo oculto son a menudo el statu quo aceptado, se puede suponer que estos valores 'ocultos' las prácticas y los mensajes no necesitan cambiar, incluso si contribuyen a comportamientos y resultados indeseables[197] (Howieson y Cloke, 2019; p. 283).

Vale la pena traer aquí el siguiente discurso, el cual reflexiona sobre la existencia de este currículo oculto que aventaja a los varones y promueve la categorización masculina de la especialidad, mostrando los requisitos extra que desde el género, deben aprender a manejar las mujeres para transitarla y que no se mencionan:

*[**E23-**0327…0389]: "Es que generalmente cuando uno hace equipo porque para operar uno requiere operar es con hombres cirujanos…al final de cuentas cuando uno arma el equipo para tener el caso un poco más grande generalmente uno como que se busca, es como que un entorno más empático, cuando son puros hombres, es como aquella cosa cultural de la pandilla, de aquella que te llevas bien, que vas a resolver aquella cosa, igual eso pasa entre las mujeres, igual aquellas se sienten cómodas entre ellas, esa empatía es mayor entre personas de mismo sexo para realizar una labor, ves…Tiene que manejar el código que nosotros manejamos como hombres, y cuando hablamos del código que utilizamos como hombres me refiero a hablar las mismas cosas, es que todo es muy cualitativo, incluso sería una gran bendición que empiecen a entrar más mujeres dentro de la rama porque la mujer al final de cuentas va a tener que utilizar los mismos códigos que nosotros utilizamos, son cosas muy íntimas que uno hace al momento de operar…hay que adaptarse a esos códigos…hay que utilizar los mismos códigos independientemente en el grupo donde tú eres, igual si una mujer va a estar con un grupo de hombres tiene que utilizar los códigos que uno utiliza, o sea como ir matizando aquella cosa, y son cosas que están ahí, que están ahí, que no mencionamos pero están ahí, son así… siempre en el grupo fuimos puros hombres, solo una y ella si tenía rasgos un poco masculinos, no estoy hablando de que era homosexual pero si se la llevaba bien con nosotros, hablaba como nosotros, es que tenía que hacerlo, tenía que hacerlo".*

Estas líneas discursivas narran que *"Si una mujer va a ingresar en un grupo de hombres tiene que utilizar así no quiera los códigos del hombre"* para poder tener éxito, pues no solo se trata de una formación académica, sino también una formación cultural y de género. Esto demuestra que "los significados, el comportamiento, los

valores y el simbolismo asociados con el *habitus* femenino tradicional encajan mal con los del cirujano de hierro"[198] (Cassell, 1998; p. 101) y por tanto, la masculinidad pone en juego sus controles para reprimir aquella feminidad, recompensando el manejo de las emociones, por ejemplo, o tolerando actitudes o juegos sexistas que son tradicionales entre hombres, donde "las narrativas homosociales masculinas implícitamente hacen que las mujeres sean diferentes y no estén familiarizadas con el mundo de los hombres y no puedan acceder al mundo y al idioma de los *hombres"*[199] (Fahlgren, 2013; p. 25).

Como vemos "la imaginería sexual masculina impregna las metáforas organizativas y el lenguaje"[200] (Acker, 1990; p. 152) en la cirugía buco-maxilofacial como campo masculino. Según este autor, en las diversas actividades laborales, "se permite, incluso se alienta la expresión simbólica de la sexualidad masculina como un medio de control y dentro de los límites de la situación laboral para crear cohesión o aliviar el estrés"[201]. De alli que:

> La pequeña cantidad de investigación cualitativa en esta área muestra que las mujeres fingen disfrutar de las bromas sexualizadas en el quirófano para darles credibilidad en un mundo dominado por los hombres, lo que podría violar sus normas personales; las mujeres tienen que demostrar rasgos masculinos para convertirse en legítimas cirujanas y los aprendices que optan por irse son menos tolerantes con la prioridad que se le da a la prestación de servicios sobre la educación, considerándola un incumplimiento del contrato informal del que depende la educación clínica[202] (Liang, Dornan y Nestel, 2019; p. 541).

Todo ello forma parte del currículo oculto, lo que nadie menciona, que parece irrelevante pero no es así. La frase *"son cosas que están ahí que no mencionamos pero están ahí"* ilustra lo que deben realizar las mujeres para ser reconocidas en un espacio de hombres, las mujeres deben mostrarse lo más cercanamente posible al estereotipo del cirujano, mostrar las cosas correctas, parecerse a los hombres. Ello demuestra que el currículo oculto hace más accesibles a los estudiantes varones que a las mujeres, y a algunos hombres más que a otros. Nótese: *La mujer al final de cuentas va a tener que utilizar los mismos códigos que nosotros utilizamos, son cosas muy íntimas que uno hace al momento de operar…hay que adaptarse a esos*

códigos" son unas líneas que revelan que se espera de ellas que se adapten al entorno masculino que es parte de lo prescrito implícitamente en el currículo, de ellas se espera la masculinidad para poder negociar su legitimidad en el mundo quirúrgico como mujer-cirujano.

Ello quiere decir que la percepción femenina en el área de cirugía es vista como signo de incompetencia y por tanto debe ser evitada, por lo que las mujeres deben trabajar nuevas formas de relación en un *habitus* que de lo contrario, sería hostil para ellas, como lo refiere Kondo (1990, p. 299) "Una mujer en cualquier momento dado puede sentirse más cómoda, más aceptada y más integrada en el lugar de trabajo cuando representa ciertos significados de género familiares y culturalmente apropiados"[203]. "Algunas mujeres también absorben el espíritu del cirujano de hierro muy bien. De "mininas" se transforman en pseudohombres"[204] (Cassell, 1998; p. 139-140). Además, la frase "para operar uno requiere operar con hombres cirujanos…es como aquella cosa cultural de la pandilla" nos habla de una cultura que como animales en manada, los hombres persiguen esta especialidad porque su género se ve representado en la manada, o como lo refiere Cassell, como el club de hombres, en donde una mujer, especialmente si es la única, debe aprender a adaptarse pues "No es una candidata corriente: representa a su sexo" (Cassell, 1998; p. 109).

No podemos dejar de mencionar cómo se justifica esta cohesión de varones como homo-socialización masculina cuando una vez más se apela exclusivamente a la biología para argumentar que como animales estamos llamados a realizar actividades por grupo, hembras con hembras, machos con machos, dejando a un lado que la cultura juega un papel crucial en las interacciones humanas. De allí que a las mujeres se nos mira como lo otro, como las que no reunimos los requisitos mínimos necesarios para abordar con éxito una profesión como la quirúrgica. Los requisitos mínimos los prescribe la masculinidad, en donde la empatía, la debilidad o menor resistencia y la menstruación son aspectos que se asumen como no favorables en las mujeres en un área como la quirúrgica, y que en consonancia con lo que hemos venido hilvanando, argumentan la noción de la cirugía buco-maxilofacial como inherentemente masculina:

*[**E3**-0228-0242]: "además de todo también los tratos, aparte que cuando yo me gradúo, nada más había una sola mujer y era más que todo los hombres y el trato con los hombres, ellos no tienen filtro y ellos decían, yo me acuerdo que cuando yo iba, ellos decían –no nos importa si es hombre o mujer, igualito el mismo trato de ti para él, o sea los mismos gritos, no sé qué. Sabes que nosotras también somos hormonales (risa) entonces eso podría influenciar…Cuándo dices que las mujeres son hormonales… ¿a qué te refieres? Obviamente producimos más hormonas que los hombres y somos temperamentales y sensibles".*

*[**E8**-0346-0370]: "Y bueno si fue fuerte, yo tenía tres días en el hospital teniendo la menstruación, eso para una mujer no es fácil y en el hospital no había agua. Había era tobito y no teníamos baño, o sea teníamos baño para hacer pis, lavarse las manos pero no teníamos una ducha, o sea un baño de residentes, ¿me entiendes? Si, las condiciones físicas no están dadas y mucho menos para la mujer…lo que pasa es que en realidad no había baño porque no teníamos un cuarto…Una vez…dije: tengo 3 días con la menstruación y no he ido a mi casa, ¿será que me puedes dejar ir a ducharme?".*

*[**E10**-0286…0296]: "es cuestión de lo que tienen que pasar durante la carrera, es algo que cuesta, cuesta mucho para una mujer pasar por todo lo que uno pasa durante la carrera en la parte de cirugía, son horas, días de estar metido en el hospital, dos, tres días, a lo mejor sin salir, o que te tengas que bañar en el mismo hospital que no hay agua ni hay ducha, si no que tienes que buscar otros medios, o solamente enjuagarte rápido con agua y dale, echar pa´lante, vamos a decir, es algo que cuesta mucho para una mujer…aparte de la higiene y esa cuestión si pega más a la mujer. Obviamente porque se necesita más tiempo, necesitan más control de eso que un hombre, ¿ves? se adapta más rápido a esos cambios por la misma naturaleza y eso lamentablemente es así…Uno era el cansancio, el cansancio que uno siente es algo que nunca, es un cansancio que nunca has sentido, este, el cansancio es algo que tienes que fortalecer, otro, tu ciclo circadiano, tus horas de dormir y de parte y dormir, es algo que tienes que fortalecer muchísimo allá porque tú no tienes hora, puedes estar en una guardia donde no duermes, 24 horas, 30 horas sin dormir, ni siquiera 5 minutos, como puedes tener una que duermas una hora y ahí te tocan y tienes que tener esa capacidad que si te llaman tienes que pararte, que paso que emergencia está ocurriendo, entonces creo que pudo ser la parte que hubo que fortalecer más y obviamente la parte del estudio, tú no tienes horario de estudio…entonces acostumbrarte a ese ciclo es lo que hay que fortalecer. ¿Y esos fueron las debilidades de ella? Sí, sí. Eso fue lo que le costó más a ella. Si, el cansancio y el estudio".*

*[**E11**-0243…0258]: "Por el hecho de ser mujer, tú sabes que, por ejemplo las mujeres somos más susceptibles en los periodos propios de uno, que tú tienes un libido demasiado bajo en esos días, entonces, en todo te ves afectada, claro, hay mujeres de mujeres que son más fuertes en la parte hormonal que otras…Tú tienes*

que olvidarte en cierto modo del dolor del paciente, porque está comprometido en cierto modo su vida y su estabilidad...entonces tú tienes que obviar, sobre todo cuando tratas a niños, eso te hace daño y no te deja avanzar, no te deja como, como curar, hacerle el tratamiento óptimo porque tú por ejemplo en los niños, tú piensas sobre todo cuando eres madre, entonces tú...tienes que ser fría...tienes que obviar esa parte, centralizarse y después seguir trabajando, entonces tienes que ser fría, fría, y a nivel de todo, pero claro tienes que tener calidad humana porque estás atendiendo a pacientes, pero tienes que obviar esta parte, tú tienes que suprimir el dolor que tú puedas sentir sobre esa persona porque muchas veces, el dolor no te deja pensar, no te deja actuar…Las mujeres somos más susceptibles...La mujer tiende a cansarse más que el hombre, se agotan más en la parte de las guardias…La mujer…tiene la debilidad de que no tiene aguante a nivel hospitalario porque el cansancio es fuerte, el agotamiento pega mucho más en las mujeres que en los hombres. Yo digo que es de acuerdo al ciclo biológico de las mujeres, acuérdate que cuando la mujer está en su proceso menstrual, los niveles de estrógenos bajan, y eso viene cansancio de todo tipo tanto mental, físico, espiritual, pero los cambios hormonales en las mujeres pegan y eso conlleva a cansancio, agotamiento, y eso aunado al trajín, al trasnocho y al sometimiento de situaciones extremas porque tú vives en un constante heridas punzo-penetrantes, machetazos y heridas por armas de fuego…La situación de las mujeres en CBMF con la menstruación era horrible, horrible, porque nosotros no teníamos un cubículo, baño…Por ejemplo me tocó una vez que mira llegó una emergencia que mira que yo me llené desde los zapatos, las medias y el mono por más de que tuviese mono quirúrgico que yo solo le pedí permiso para ir para mi casa a bañarme y a cambiarme y cuando no la complicidad de mis residentes amigos que yo les decía, mira voy para mi casa a buscar comida, ¿qué quieres que te traiga?, entonces voy para la casa a cambiarme…Y nadie piensa en el caso específico de la mujer. No, no, porque generalmente el postgrado estaba diseñado a nivel de historia exclusivamente para hombres no para mujeres y todavía, tú haces una encuesta así somera de todos los profesores que son CBMF y que opinión tienen de que una mujer entre al postgrado te van a decir –bueno mira, tienes que tener mucha vocación y estar preparada para soportar, entonces es como decir muy machista".

*[**E22**-0153…0161]: "es un poco más difícil a veces en las mujeres cuando hacemos guardias por ejemplo, a veces nos tocaba dos días de guardia seguidos, no tenemos un baño privado, entonces pues, algunas veces yo lo veía difícil para las mujeres poder asearse, un hombre que pase dos días sin bañarse pues no pasa tanto pero las mujeres es otra cosa, ¿no?, o sea, si tienes la menstruación por ejemplo, ¿no?…o sea básicamente es por la situación país que vivíamos y vivimos, las condiciones en los hospitales no eran las más adecuadas entonces no contábamos por ejemplo con una ducha, allí es donde yo veía el problema para las mujeres, para poder asearse, incluso para mí, pero uno puede orinar mucho más fácil que las mujeres y podías resolver mucho más fácil y sin tanto problema, o sea las mujeres si, pues me imaginaba y veía que se les dificultaba más, tenían que pasar más trabajo que uno…Entonces pues de que se fueran residentes, no, pero muchas internas si no,*

no...no...pues no lo veían con buenos ojos y se iban, buscaban unas mejores condiciones que si existen en otros postgrados".

*[**E23**-0567-0575]: "imagínate esto, imagínate 3 días de guardia, donde de repente no hay agua y tienes la menstruación, ¿cómo hacen?, uno por ser hombre quizás te vas por detrás de una puerta y orinas, la mujer no, ¿cómo tú le exiges a una mujer?, ¿verdad?, ¿cómo le exiges 3 días sin bañarse?*

*[**E27**-0170…0186]: "Lo que pasa es que las mujeres tienen, o sea ellas pueden serlo, solo que se les dificulta por un lado, el aguante que hay que tener, es una especialidad que cansa mucho, cansa a los hombres, imagina a la mujer…que imagino de la mujer…pues que la menor capacidad de aguante, de fuerza, por decirlo así, la cuestión hormonal cuando la menstruación, que las cansa creo yo…Bueno fíjate lo que pasa es que claro como las mujeres son así como más cariñosas, mas melosas, entrar a un sitio donde hay un montón de hombres, y todo es tan, tú sabes, no sé, sobrio, catedrático, serio, es como si hay un choque y pues las mujeres tienen que como que dejar, como desligarse de esa personalidad y ser más, o sea menos melosa y ser más seca".*

Tal como hemos discutido en otros segmentos, de los discursos se desprende la idea de que dada la constitución anatómica y fisiológica de las mujeres, estas se cansan más que los varones y son más susceptibles a las emociones, emociones que no son bien vistas en un área masculina como la cirugía. El último discurso manifiesta la idea de que cuando las mujeres entran en este campo, se produce un choque, que nos es más que un choque entre la masculinidad y la feminidad, develando que para esquivar esta colisión, son las mujeres las que deben suprimir aquello que el colectivo piensa que ellas son. La empatía por ejemplo, es un atributo tan necesario en las ciencias de la salud. Sin embargo, el estereotipo del cirujano es tan definido en lo masculino que demostrar empatía no es alentado.

No se trata de no mostrar calidad humana, lo cual si se encuentra en el discurso, pero ello no es lo mismo a la empatía femenina, la cual supone un exceso de ella, y es adversa a lo que se quiere, es contraproducente. A este punto se asume el estereotipo de la mujer cálida, que pudiera ser visto como positivo pero por el contrario, supone una desventaja natural de las mujeres dada su conexión inmediata mujer-madre que la hace vulnerable y mucho más sensible a las dificultades que se enfrentan en una vida hospitalaria. Del cirujano no se espera amabilidad, mucho diálogo o simpatía. Si ello se demuestra pronto vendrían los juicios "no parece o no actúa como un cirujano".

Como lo refiere Hughes (2015; p. 7) si eres empática eres vista como demasiado amable, demasiado cariñosa, demasiado compasiva, demasiado considerada, demasiado comunicativa (a veces, demasiado bonita)"[205] para ser cirujana.

Aquí surge una paradoja porque si las mujeres demuestran ser empáticas, ese atributo afiliado con lo femenino es estigmatizado, pero cuando la mujer se masculiniza pasa a ser una bruja: "Fría, impersonal, de mal humor…perra arpía castradora…ese parece ser el descriptor más común. Hace que el estereotipo de un cirujano masculino parezca cálido y confuso en comparación"[206]…(Hughes, 2015; p. 8). "El comportamiento de las mujeres y los hombres tiende a ser percibido de manera diferente (por ejemplo, estridente / malicioso versus carismático)"[207] (McNally, 2015). Para Hughes ese es el título que acompaña a cualquier mujer en autoridad, sobre todo con un papel poderoso o crítico[208] (Hughes, 2015; p.8). Entretanto:

> El estereotipo del cirujano es un (generalmente) hombre blanco con una arrogancia infundida de testosterona, confiado y descarado, carismático, autoritario. Arrogante. Volátil, incluso intimidante y abusivo. Agresivo. Corta primero, pregunta después, porque cortar es curar, y la mejor cura es el acero duro y frío. A veces mal, nunca con dudas…bien con las manos, pero sin tiempo para explicaciones; **la compasión y la comunicación son para mariquitas.** Hay algunas características positivas…desde el punto de vista de un estudiante de medicina: "decisivo, bien organizado, práctico, trabajador", pero luego te vuelves "cascarrabias, dominante, arrogante, hostil, impersonal, egocéntrico, pobre comunicador"[209] (Hughes, 2015; p.8) (*las negrillas son nuestras*).

En otras palabras, la empatía no es bienvenida porque es una cualidad femenina. El varón que la proyecte, corre el riesgo de ser etiquetado de *marico* o afeminado, y ya hemos apuntado que todo lo relativo a la feminidad es apartado por los varones. Pero ¿acaso un cirujano brillante no puede ser atento y empático? Ello es muestra clara de la fuerza de la *dicotomización* imperante que divorcia el sentimiento de la razón, siendo ambos rasgos humanos.

Por otro lado, en adición a la empatía como desventaja natural de las mujeres, también las narrativas hacen referencia al cansancio que deviene de una constitución

física y anatómica menos fuerte que la de los varones, pero además a la fisiología hormonal de las mujeres, dada por la menstruación, la cual es un periodo del ciclo mensual de ellas, el cual ha sido construido desde una perspectiva enfermiza y debilitante (como se hizo referencia en categorías anteriores) que hace ver a las mujeres emocionales, desequilibradas y débiles. No obstante, en esta oportunidad, se destaca el sangrado menstrual per se, como un factor natural de las mujeres, que las hace menos adecuadas o acomodadas al campo quirúrgico-hospitalario en países como Venezuela. La menstruación es mayormente vista como un real problema para las mujeres debido a las condiciones de los espacios físicos de las áreas quirúrgicas, donde la infraestructura de los hospitales no toma en cuenta a las mujeres como capital humano que merece óptimas condiciones para hacer vida de estudiante y profesional.

Los discursos narran la odisea que las mujeres viven durante sus periodos menstruales en un ámbito quirúrgico-hospitalario como el de la cirugía maxilofacial. Entre discurso y discurso, se plantea lo difícil que es para las mujeres llevar una adecuada higiene durante sus ciclos menstruales, y ello hace que "el hombre se adapte más rápido dada su naturaleza" a un espacio físico en precarias condiciones como las de los hospitales del país. No obstante, vale acotar que el hecho de que los hombres se adapten mejor a unas condiciones que las mujeres, no precisamente nos habla de la naturaleza entre hombres y mujeres, sino más bien de lo que la cultura históricamente ha promovido. La falta de agua en los baños debería representar un problema sanitario para ambos grupos, pero no es así porque como lo refieren algunos fragmentos discursivos, los hombres pueden resolver esa situación: "*uno por ser hombre quizás te vas por detrás de una puerta y orinas", "uno puede orinar mucho más fácil que las mujeres y podías resolver mucho más fácil y sin tanto problema".*

Esta facilidad que tienen los varones de tomar cualquier lugar como urinario, no habla de una diferencia natural, donde los varones por su anatomía, ejercen como una ventaja, sino más bien cultural, en el que se ha normalizado que los varones pueden expeler su orina sin ninguna restricción fuera de los sanitarios, como lugares

destinados como norma para tal fin, y esta es una discusión que nos remite al género, pues al ser las mujeres quienes menos hacen vida quirúrgica-hospitalaria y dada la forma en cómo surge la medicina y la cirugía, pues los hospitales están pensados bajo una lógica masculina que desestima las necesidades de las mujeres. No es solo un asunto de presupuesto, pues es una realidad que ya tiene una historia de años, en la que sistemáticamente no se ha priorizado la inversión en sanitarios y áreas descanso. Es preferible la inversión en otros asuntos u áreas, que atender una problemática que no representaría una gran preocupación para la mayoría de quienes habitan en las áreas hospitalarias, y en el caso que nos ocupa de la cirugía buco-maxilofacial. La ausencia de agua, de ducha o de un espacio para descanso no se prioriza porque la lógica masculina de las estructuras de los postgrados y hospitales, implícitamente no reconoce a las mujeres, solo a los varones que como tales, están llamados para resistir los ambientes hostiles y ser indiferentes a las adversidades.

El no poder contar con una ducha y que las mujeres tengan que recurrir a *tobitos* de agua para realizar su higiene genital durante sus periodos, no solo pone en riesgo la salud de las mujeres sino que niegan sus especificidades. La idea de que los varones se adaptan más rápido que las mujeres por la misma naturaleza, es consecuencia de la exclusión de las mujeres y el seguimiento de una cultura *masculinista*. Si las mujeres estuviesen incluidas, no tendría por qué debatirse, exigirse o considerarse estos asuntos. Si las mujeres estuviesen incluidas, estas no tendrían por qué pedir permisos o negociar su salida a su casa para asearse. En otras palabras, nadie tendría por qué resaltar diferencias entre hombres y mujeres que generan interpretaciones sesgadas entre las capacidades de adaptación de hombres y mujeres. Si tomamos en cuenta que "las políticas educativas, las actitudes de los profesores, el plan de estudios, el plan de estudios oculto, la cultura escolar, **la disposición del aula**, etc., profundizan la discriminación y desigualdad de género en la educación"[210] (Acar-Erdol y Dilek Gözütok, 2018; p. 119), es evidente que esta sistemática desestimación de estos asuntos, discrimina a las mujeres.

Esta es una realidad que no solo ocurre en Venezuela, sino en países como México, al respecto (Cortés–Flores y otras/os, 2005; p. 344) refieren que "como

mujer, se requiere de un área especial para descanso y aseo durante las horas de trabajo hospitalario en el entrenamiento quirúrgico. Muchas instituciones de nuestro país no cuentan con las facilidades para que las mujeres tengan áreas específicas para descanso". En otros, han referido que "en muchos hospitales, el espacio es escaso y se puede esperar que las mujeres compartan la sala de llamadas de los hombres, aunque estos pueden estar ubicados en el vestuario de hombres, donde los hombres se cambian de ropa"[211] (Cassell, 1998; p. 110).

Por lo que no son realidades aisladas de otras latitudes, sino que refleja una historicidad patriarcal de la medicina y además de la lentitud con la que los asuntos de las mujeres han sido abordados, especialmente en el terreno latinoamericano. Como dijimos, esta disposición de los hospitales y sus áreas quirúrgicas obedece a una estructura de los postgrados pensada desde el género masculino, y como pudimos notar entre las narrativas, en el caso particular de la odontología, las mujeres prefieren optar por otros postgrados, no por mejores condiciones de su infraestructura, sino que al implicar el postgrado de cirugía buco-maxilofacial, la permanencia de uno, dos y quizá tres días de guardias, lo hace el menos amigable para la especificidad fisiológica de las mujeres. Es por todo ello que, no cabe duda que la especialidad cirugía buco-maxilofacial es un campo que ha sido apareado con lo masculino. Ahora bien, para esta categoría universal también se consideró pertinente la inclusión de cuatro sub-categorías, dada la vasta información recogida que arrojó otras dimensiones interesantes vinculadas con la presente categoría:

1-Un programa diseñado desde la lógica masculina. Esta sub-categoría busca analizar a la cirugía buco-maxilofacial y su inserción en una estructura masculina de plan de estudios, remitiéndonos a una discusión pendiente acerca de la negación sistemática de la condición humana en la estructura de los postgrados en salud, donde casi todos están pensados para ser a dedicación exclusiva, obligando a las/os aspirantes a desentenderse de sus círculos sociales y familiares, pero especialmente a desentenderse de sí mismas/os, cuando debido al ajetreo propio de los estudios, se reprimen los espacios para el descanso, la socialización, el sueño e incluso la

alimentación, y todo ello se hace más que evidente en los postgrados quirúrgicos-hospitalarios. Estos representan aún más un esquema masculino del trabajo que podemos apreciar mediante los siguientes discursos:

*[**E3**-0161-0175]: "y yo decía, bueno de verdad, hay que tener mucha fortaleza mental estando…en un hospital porque aparte es 24/7 los 365 días del año, donde tú tenías que perder cumpleaños, durante 1 año, casi 2 no ibas a tener vacaciones, no ibas a tener una vida…De hecho, la gran mayoría de los cirujanos, amigos que han salido, todos con problemas de tensión, hipertensos, del corazón, de arritmias".*

*[**E6**-0197-0201]: "aparte por lo de lo sacrificado de las guardias que tienen que dedicarle mucho tiempo y obviamente si una mujer quiere tener familia y quiere tener un hogar se le hace un poco complicado pero bueno por eso se dice que no es una carrera para mujeres".*

*[**E8**-0292-0303]: "primeros meses fueron horribles…por el cambio de vida, mi vida dio un giro de 180 grados, de trabajar de 8-12 y de 2-6, pasé a estar metida casi venti, más de 24 horas dentro de un hospital, donde las horas de sueño se disminuyeron, de 8 horas, a 5, 4, o a veces ni siquiera dormía, donde mis horas de comida no eran a las 8, mediodía y 6 o 7 pm, o sea yo me levantaba, comía y luego yo no sabía en qué momento podía volver a comer, si todo iba bien como a las 2,3 de la tarde almorzaba pero si no le daba corrido hasta la noche. Y cuando estaba de guardia a veces ni comía en todo el día".*

*[**E11**-0191-0221]: "Lo que pasa es que mira, el estrés es normal porque tú no te das a vasto. Tú cuando llegas al postgrado, tú te olvidas que eres odontólogo, a ti te tratan como médico, y como médico tú tienes que saber todo, entonces tú tienes que llevarte al hospital tú laptop y tú bata, mientras no tengas pacientes tú dices -ay voy a dormir, mentira porque al día siguiente hay seminario, si no te toca a ti, igualito lo tienes que estudiar. Como había días que no te daba chance y tú hacías milagros para sacar ese material porque al día siguiente tenía seminario, y si te tocaba quirófano igualito tenías que estudiarte lo que iban a hacer en quirófano porque no les preguntaban a los residentes mayores sino a los R1, porque los residentes R1 eran los encargados de preparar al paciente, ayudar a sacarle todos los exámenes preoperatorios, si el paciente tenía otras afecciones y tenías que saber qué tipo de enfermedad tenía el paciente y todo eso te lo preguntaban, y todo eso en muy poco tiempo, más el colapso de las guardias, tú no duermes, tú no descansas, porque eran guardias de 24x24, entonces es el mal dormir, el mal comer, te daba, a mí me llegó a dar infecciones urinarias porque tú aguantabas las ganas de hacer pipí o de ir para el baño…y de hecho los R1 no tienen derecho de dormir ni de descansar, porque el eslogan es los R1 son los coletos de todas las especialidades".*

*[**E26**-0278-0307]: "Bueno mira, yo creo que es un área menos buscada por la mujer por varias razones, una es la especialidad que a mi manera de ver es la más exigente de todas, este, en cuanto a tiempo de estudio, siempre la cirugía en todas las Facultades a las que he ido siempre es el postgrado más largo, luego tienen una parte intrahospitalaria que es fuerte para una mujer porque es pasar guardias…pareciera que prevaleciera mucho la exigencia de la cirugía como tal, fíjate que ninguna de las otras ramas son intrahospitalarias, ninguna de las otras ramas tienen esa exigencia, entonces claro para una mujer eso es bastante cuesta arriba, bastante cuesta arriba, tanto así que tú ves que cirujanos mujeres contadas pues".*

*[**E27**-0195-0200]: "…Pero es difícil, cirugía no es fácil, son días sin dormir, o no dormir bien, no comes bien, porque es quizás es diferente cuando ya eres cirujano, pero como estudiante es muy fuerte, más la presión de estudiar, no tienes vida. Se sacrifica mucho".*

Las narrativas nos suministran un conglomerado de razones por las que se considera que las mujeres no buscan esta especialidad, pero más allá de ello, nos muestran una filosofía inhumana de la educación y del trabajo, que concuerda con aquella de la medicina, como profesión a la que se busca imitar hasta en su forma de concebir las relaciones entre residentes. Si los postgrados clínicos como ortodoncia, odontopediatria o endodoncia, también a dedicación exclusiva, son calificados de absorbentes, imaginemos el costo que tiene que pagar un hombre o una mujer para cursar el postgrado de cirugía buco-maxilofacial, el cual tiene una concepción extrema de trabajo y del estudio, que niega la vida de sus aspirantes.

Los discursos refieren que los postgrados quirúrgicos-intrahospitalarios se caracterizan por implicar sacrificios dado por las guardias nocturnas, porque son los postgrados más exigentes con mucho trabajo, donde los días son interminables y agotadores. Estas descripciones se corresponden con una lógica masculina del trabajo en tanto nos lleva a considerar nuevamente el estereotipo del cirujano, o como mejor lo describe Cassell, el cirujano de hierro:

> El espíritu incorporado de la cirugía implica la negación de las necesidades corporales del cirujano...El ritmo es acelerado, las horas son duras y las apuestas son terriblemente altas: hay vidas humanas en juego. El pasante está de guardia cada dos o tres noches; trabajar toda la noche no lo excusa de la

> necesidad de desempeñarse bien al día siguiente. Está expuesto a nuevas técnicas que debe dominar, a resultados estadísticos de diferentes tratamientos que debe memorizar, a reglas tácitas de comportamiento que debe obedecer[212] (Cassell, 1998; p. 103).

Se trata de un régimen agotador, donde muchas veces se ven cohibidas las más mínimas necesidades, el hambre, la sed, el sueño, el descanso, la recreación. Es un esquema de trabajo donde las/os residentes se deben adaptar a comer sobre la marcha, o posponen o pierden sus horas de comida. Como vimos, las horas de sueño disminuyen o muchas veces son inexistentes. Las siguientes líneas son reveladoras del ritmo inhumano de estos programas "*o sea yo me levantaba, comía y luego yo no sabía en qué momento podía volver a comer, si todo iba bien como a las 2,3 de la tarde almorzaba pero si no le daba corrido hasta la noche. Y cuando estaba de guardia a veces ni comía en todo el día".* Se ignora el detrimento de la salud de las/os residentes que acarrea una jornada sostenida de este ritmo de vida por cuatro a cinco años, donde se es indiferente a las necesidades del cuerpo e incluso indiferentes a la enfermedad porque se ignora el dolor o el malestar propio para poder dar cumplimiento cabal de las funciones en el campo quirúrgico.

En palabras de Cassell se difunde la visión de lo que se considera el "cirujano de hierro": poderoso, invulnerable, incansable, y este entrenamiento lo reciben apenas ingresan en el campo, donde los entrenados transmiten la mística, transfiriendo de una generación quirúrgica a la siguiente un espíritu profesional incorporado:

> El cirujano de hierro lucha con la muerte, extermina la enfermedad, declara la guerra a la suavidad, la pereza y el error. Es técnicamente brillante, clínicamente astuto, tecnológicamente sofisticado. Sus sentimientos, si los tiene, son privados; su vida interior, si tiene tiempo para uno, no está comprometida con su trabajo. Los sentimientos de sus pacientes también son privados. Sus personalidades, problemas, esperanzas, aspiraciones son irrelevantes. La tarea del cirujano de hierro es extirpar la enfermedad. El resto es para enfermeras o trabajadores sociales[213] (Cassell, 1998; p. 100-101).

"Estos retratos forman parte de un discurso social de lo que es un cirujano y, por extensión, informan quién está dispuesto o se siente capaz de practicar la cirugía y,

por lo tanto, la práctica de la cirugía en sí misma"[214] (Giles y Hill, 2015; p. 244). Aquella persona que aspira la cirugía buco-maxilofacial debe asumir un nuevo estilo de vida que niega la vida misma, pues "convertirse en cirujano implica incorporar actitudes distintivas hacia el tiempo, la comida, la fatiga, la enfermedad y la angustia corporal. Todos se imparten durante el entrenamiento; ninguno viene «naturalmente» o sin esfuerzo"[215] (Cassell, 1998; p. 104). "Una de las cosas que este programa inhumano está destinado a inculcar (y generalmente tiene éxito) es un superyó quirúrgico, una voz interior que obliga al cirujano a seguir trabajando, a pesar de la fatiga, hasta que todo lo que debería y podría hacerse se haya cumplido"[216] (Ob. Cit., 1998; p. 105). Como se puede notar, los programas en cirugía ejemplifican los trabajos de *sísifo*, como trabajos duros e interminables y que en lugar de representar una experiencia plenamente agradable, muchas veces puede ser vista como un castigo o como el precio que hay que pagar para alcanzar la ansiada meta.

Estos esquemas de trabajo repercuten seriamente en la salud, al punto que sus cursantes terminan desarrollando trastornos cardiovasculares como arritmias, hipertensión, entre otros. De la privación del sueño por ejemplo se sabe que:

> …es un peligro de seguridad reconocido…que afecta la función ejecutiva, la percepción visual-espacial y la habilidad psicomotora. La reducción del rendimiento tras la privación de sueño de 24 horas se ha equiparado al efecto de una concentración de alcohol en sangre del 0,1% con un deterioro significativo observado en la memoria visual y espacial de los sujetos, los tiempos de reacción, la concentración y la toma de decisiones; un hallazgo que reprendería a un médico por no ser apto para asumir un deber clínico[217] (Brown, Egan y Lewis, 2019; p. 237).

Aun así, estos postgrados contemplan esquemas de guardias de más de un día, en los que no solo se compromete la salud de quien se somete a estos largometrajes sino a la propia vida de quien deposita la confianza en sus manos para curarse. De manera que no solo estamos frente a una profesión que es absorbente en sí, sino que existen otros componentes agregados que la hacen aún más hostil, cuando esto pudiera ser diferente. La inserción en el mundo quirúrgico-intrahospitalario como residente significa adentrarse a una dinámica donde el tiempo es cotizado, cada minuto cuenta,

es la vida de pacientes que están en juego, dicen. Pero nadie se mira en ese espejo para aplicar esa misma perspectiva para sí. Ello quiere decir que la empatía está suprimida hasta para el cirujano mismo, empatía consigo mismo. Sabemos que en una especialidad de alto riesgo como la cirugía buco-maxilofacial, dado el trabajo de emergencia no programado y su asistencia en el sector público, se da una faena diaria que la hace ser inherentemente agotadora, pero ello puede mirarse desde una perspectiva más amigable. Como lo refieren Cortés–Flores y otras/os (2005; p. 344) "se requiere intentar hasta el punto de lo posible disminuir las horas de jornada laboral de residencias médicas permitiendo a los residentes tener tiempo para el descanso, el estudio y la vida personal y familiar". El siguiente discurso es revelador en cuanto a la noción del tiempo que se tiene en estas especialidades:

*[**E11**-0232-0242]: "Y tú por ejemplo no escribes, tú haces rayas porque mira, hay veces que no te da chance de hacer letra por letra sino más o menos una raya y la continuación, si, rápido, rápido, y no sólo por la emergencia sino porque muchas veces también, los residentes te dan un tiempo específico para que tú llenes la historia".*

No parece coincidencia que de manera generalizada, a las/os médicas/os se les critique su estilo de escritura, ello pudiera obedecer a esta percepción del tiempo en este campo, donde todo se debe realizar rápidamente, sin desperdicio de tiempo, y a ello le llaman trabajar de manera efectiva. Por toda esta visión del superyó, que todo lo hace, donde el tiempo es limitado, con una cultura de gestión apretada, ya vemos la otra parte del por qué la empatía está ausente. No hay tiempo para dialogar, para comunicarse, para expresarse. Demostrar empatía es una pérdida de tiempo en razón de todas las tareas que se deben ejecutar día tras día:

> Cuando los cirujanos conceptualizan su profesión como centrada principalmente en cortar y curar, cuando perciben hablar con los pacientes como un aspecto inevitable (pero no particularmente agradable) de evocar síntomas, diagnosticar enfermedades y comunicar la necesidad y los resultados de los procedimientos, entonces las personalidades y compasión jugarán un pequeño papel en su trabajo. Estos practicantes son cirujanos de hierro, especializados en acción, no en palabras; escisión, no empatía. La formación quirúrgica inculca el espíritu del cirujano de hierro. Y las presiones de tiempo

> refuerzan la falta de inclinación a comunicarse con los pacientes: los residentes deben realizar un número casi ilimitado de asignaciones todos los días. La tarea de hablar y escuchar a los pacientes, por tanto, ocupa un lugar muy bajo en la jerarquía de actividades valoradas por sus superiores[218] (Cassell, 1998; p. 136-137).

Como vemos no solo se trata de un plan de estudios con contenido explícito que deben aprender las/os aspirantes, sino también una serie de normas y estándares que asientan reglas tácitas de cómo debe ser un cirujano, y eso debe contemplarse como parte de un currículo oculto, que en el caso que nos ocupa, las normativas siguen siendo construidas en términos masculinos. Este currículo oculto se vive, no se discute. Es una experiencia vivida en la que el aspirante se transforma en ese que se le que dice que debe ser y esta transformación se asume, no se cuestiona. Entonces, estamos ante la presencia de una cultura educativa agobiante de la cirugía, que nadie cuestiona, pero además, ante la presencia de un programa que niega la vida, y a la especificidad de las mujeres.

La cirugía buco-maxilofacial no es un espacio que da cabida a las mujeres y sus especificidades, porque ellas son pensadas, juzgadas o valoradas desde la feminidad, la cual como ya sabemos, significa deficiencia por definición. A las mujeres les falta todo aquello que se encuentra en la masculinidad para ser verdaderas cirujanas. Pensadas desde la maternidad y lo doméstico, su libertad para dedicarse a la esfera de lo público es limitada, su intermitencia laboral en el intento de mediar entre el trabajo y el hogar supone un obstáculo para lograr una verdadera consolidación como profesionales. Su naturaleza les indica que no están llamadas para correr riesgos, asumir retos, ejercer la fuerza, maniobrar hábilmente en la técnica, resistir largas guardias y un amplio etcétera. Y como ya hemos apuntado, recordemos que "para funcionar en la cima de las jerarquías masculinas se requiere que las mujeres hagan irrelevante todo lo que las convierte en mujeres"[219] (Acker, 1990; p. 153).

Tómese en cuenta que el currículo oculto comparte valores y comportamientos vinculados con la imagen del cirujano de hierro, que a su vez invoca la imagen de la masculinidad, una imagen contundente y exitosa, la de una larga trayectoria producto de un ejercicio ininterrumpido y acumulativo. A diferencia de la imagen de la

cirujana, quien su éxito es relativo, suspendido y dividido entre el trabajo y el hogar. Ciertamente:

> El trabajador abstracto es en realidad un hombre, y es el cuerpo del hombre, su sexualidad, la responsabilidad mínima en la procreación y el control convencional de las emociones lo que impregna los procesos laborales y organizacionales. Los cuerpos de las mujeres —la sexualidad femenina, su capacidad para procrear y su embarazo, la lactancia y el cuidado de los niños, la menstruación y la "emocionalidad" mítica— son sospechosos, estigmatizados y utilizados como motivos de control y exclusión[220] (Acker, 1990; p. 152).

Y ello nos hace ver el sesgo de género en esta especialidad, donde la rigidez en la estructura del postgrado y sus residencias desfavorece a las mujeres. Precisamente esta concepción de los ámbitos quirúrgico-hospitalarios como trabajo abstracto, es lo que da la ilusión que está abierto para mujeres y hombres, pero la realidad es otra. Para muestra, el embarazo y la paternidad son etapas de vida que también viven los hombres pero de manera diferente, por ello este tipo de programas y sus estructuras organizacionales favorecen a los hombres pues lo común es que los apoyen en casa para que puedan dedicarse libremente a su trabajo. En otras palabras, "los residentes varones con frecuencia tienen a alguien que se ocupa de ellos; las mujeres residentes rara vez tienen una persona así. Un hombre que toma un receso es un modelo de excelencia; una mujer que toma un receso es esposa, madre o novia interna"[221] (Cassell, 1998; p. 111).

Si la cultura fuere distinta, y los hombres compartieran los compromisos vinculados con lo doméstico, esta sería una carrera donde lo difícil de llevar con la vida familiar no solo aplicaría para las mujeres sino también para los hombres. Esta realidad la hemos discutido en categorías anteriores, pues recordemos que en el colectivo subyace una idea de que una cirujana por definición no puede ser buena mamá y viceversa. Se percibe una marcada incompatibilidad de esta especialidad con la reproducción y la maternidad, pero no con la paternidad. La estructura y extensión de estos programas se constituye como un obstáculo y uno de los temores/razones por la que las mujeres se abstienen de visualizarse en ella. Sirvan los siguientes discursos

para reforzar la presente unidad de significado, la cual evidencia el diseño masculino del programa de cirugía buco-maxilofacial, cuya estructura no permite la realización familiar de las mujeres:

*[**E8**-0054-0064]: "al final de cuentas, siempre me gustó fue cirugía. ¿Por qué no me quería ir a cirugía en primer lugar? Por los temores que te implantan porque ni siquiera eran míos propios, que cirugía es carrera de hombres, si quieres tener familia no deberías hacer esto, tienes que tener consideración que la edad evolutiva de la mujer va disminuyendo con la edad, así que no te recomiendo que hagas cirugía y eso como que me hizo pensar pero después dije no".*

*[**E10**-0450-0471]: "…son 5 años que pierdes, generalmente uno entra al postgrado, el average de edad es entre unos 27 y 32 años aproximadamente, o sea si tienes 30, a los 35,36 para una mujer ya es una edad que ya ella se imaginaba, vamos a hablar claro porque yo también las conozco, conmigo iba a estudiar una interna, conmigo estudiaron mujeres que ya pensaban que a esa edad ya tenían que estar con su familia, uno no, uno puede tener un proyecto de vida que a los 40, 38 y ya uno puede comenzar a formar, entonces es diferente la percepción entre hombres y mujeres y es una de las razones también por la cual también podría ser la diferencia tan marcada el ingreso de hombres y mujeres…En cambio la mujer si piensa en muchos factores para decidir lanzarse a cirugía".*

*[**E11**-0142-0151]: "al hombre se le hace más fácil entre comillas a la hora de estar en el postgrado que la mujer porque generalmente si la mujer decide o hace currículum para entrar al postgrado lo tiene que hacer soltera, porque casada se le hace muy cuesta arriba y si tiene bebé es dedicarse porque vives dentro del hospital, tú te olvidas de tu entorno familiar, de tu entorno social y te quedas exclusivamente con tu entorno hospitalario".*

*[**E19**-0377-0382]: "en cuanto a la deserción siempre es por eso por la parte de proyecto de vida, que estoy haciendo yo acá…donde paso 24 horas al día pudiendo estar haciendo mi familia".*

Se evidencia la percepción de que la cirugía buco-maxilofacial demanda mucho tiempo, "que el trabajo durante la residencia es extremo y que el estilo de vida de los cirujanos no es compatible con una vida familiar y social plena" (Cortés–Flores y otras/os, 2005; p. 342). "El principal temor de la mujer es la decisión entre hijos o carrera, por lo que la «identidad de género» es la principal barrera mental para desarrollar sus objetivos" (ob. Cit., 2005; p. 344). Las mujeres tienen la difícil elección entre la conformación de una familia y la carrera como cirujanas porque no

hay un sistema de apoyo ni mucho menos un cambio en las concepciones de maternidad/paternidad, tal como lo discutimos en segmentos anteriores. El hombre no lidia con dilema alguno sobre la paternidad porque como bien ya sabemos, a la paternidad le concierne otro tipo de responsabilidades que desvinculan al hombre del cuidado diario de los hijos.

Sin embargo, levantar una familia en cuanto a la crianza de los hijos no es una elección específica de género y, en realidad, tanto hombres como mujeres pueden asumir y compartir estas responsabilidades para hacer la vida laboral más compatible con la vida familiar. "Las horas dedicadas al trabajo hospitalario en las residencias quirúrgicas son difícilmente compatibles con la vida de madre de familia y esposa, por supuesto que esto no es imposible y representa un gran mérito para las mujeres que lo consiguen" (Cortés–Flores y otras/os, 2005; p. 343) porque sabemos que si reciben algún apoyo, esto no se equipara con el recibido por ellos por parte de las mujeres. Comúnmente, los cirujanos cuentan con sus esposas desempleadas, quienes asumen todo el cuidado del hogar y los hijos. Esta realidad la constata Dar-Odeh (2019, p. 1507) quien en su estudio encontró que "el macho dominante tuvo una carrera exitosa y un cuidado adecuado para su familia. Sin embargo, las cirujanas tenían una familia exitosa, pero seguían frustradas con respecto a sus carreras profesionales"[222]. Por tanto,

> La maternidad es un desafío para las residentes de cirugía. Los obstáculos que surgen incluyen cargas de trabajo extenuantes durante el embarazo, recesos por maternidad breves e inflexibles y apoyo para el cuidado de los niños y la lactancia que no están alineados con el entorno laboral de residencia. El miedo al estigma negativo y las percepciones de prejuicio son fuentes de ansiedad durante el embarazo y después del regreso al trabajo. Estos hallazgos demuestran áreas en las que las intervenciones específicas pueden reducir la carga de maternidad para los residentes de cirugía[223] (Castillo-Ángeles, Smink, Changala, Kwakye, Doherty y Haider y Rangel, 2018, p. s180).

De modo que "hay poco espacio discursivo para ser una mujer exitosa y un cirujana exitosa. Aquellos que combinen estos dos roles deben ser innovadoras para redefinir lo que significa ser mujer o lo que significa ser cirujano"[224] (Hill, Solomon, Dornan y Stalmeijer 2015, p. 1207). De ahí que se considera que es más prudente

para las mujeres seleccionar especialidades que permitan más control de su vida privada. La decisión sobre una carrera o especialidad depende de la formación temprana, tardía o la no formación de una familia o un matrimonio. Muchas mujeres afines a la cirugía declinan de este campo porque sopesan en exceso todos estos factores que dificultan el noviazgo, el matrimonio y la crianza, porque sopesan la etapa de la vida más óptima para la reproducción, la cual coincide con el momento en que mayormente las/os profesionales de la odontología buscan especializarse:

> Para cuando se haya completado la capacitación en cirugía oral y maxilofacial, uno tendrá al menos 30 años, asumiendo que es un programa de 4 años, y no uno que dure 5 o 6 años, y que uno no tenga la intención de buscar un fellowship. Por lo tanto, la mayoría de las mujeres se acercarán al pico de su edad fértil. ..Si durante este período la mujer ahora desea quedarse embarazada, ¿qué ocurre con su carrera académica? ¿Puede tomar la baja por maternidad y seguir teniendo ingresos? ¿Qué tan pronto tiene que volver a trabajar? ¿Quién se hará cargo del niño si debe volver a trabajar a tiempo completo? ¿Qué pasará si quiere tener más hijos? ¿No sería la vida más manejable si estuviera en la práctica privada?... Las respuestas a tales preguntas radican en que las instituciones académicas encuentran formas de permitir que las cirujanas tengan hijos, formen una familia y aún logren los logros necesarios en la enseñanza, la investigación, el servicio y la práctica clínica[225] (Laskin, 2015; p. 579).

Un programa que se haga indiferente a esta realidad no es inclusivo, pues "en cualquier etapa de la carrera pudiera presentarse un embarazo, tanto en mujeres solteras como casadas, lo cual genera mayor discriminación y riesgo de deserción o de no aprobación de los cursos…" y como ya hemos venido señalando, "la posibilidad de embarazo puede limitar el ingreso a una especialidad quirúrgica o reducir la promoción ante la posible solicitud de licencias por embarazo y lactancia" (Cortés–Flores y otras/os, 2005; p. 343). Por todo lo anteriormente descrito, es que los programas quirúrgico-hospitalarios como la cirugía buco-maxilofacial son negadores de la vida. El descanso, el sueño, el hambre, la sed, la vida social, la recreación, el embarazo, la familia, son parte de la vida.

2-La jerarquía de las residencias como juego de poder naturalizado que desfavorece a las mujeres. Otro aspecto de la estructura de los postgrados quirúrgico-hospitalarios es el empleo de un sistema de jerarquías entre residencias, en el que se ejerce poder entre residentes con la intencionalidad de mantener orden y disciplina en las actividades asistenciales y académicas. Los siguientes discursos develan que esta jerarquía muchas veces se convierte en una forma de despotismo, en la que residentes superiores tratan con dureza a sus subordinados residentes inferiores, y se evidencia abuso de poder o autoridad, resultando en un ambiente hostil:

*[**E6**-0147-0159]: "Tú sabes que maxilofacial es totalmente opuesto al feminismo que existe en odontología, aquí es totalmente machismo, puro y total, entonces obviamente, sabes que aquí, sobre todo no sé, bueno yo creo que solo fue ahí, entonces está eso de que el R1 te quiere pisotear…Entonces, como te digo, una vez que yo presencié todo eso, el machismo, el ambiente no me gustaba, yo dije –no, me salgo de aquí y bueno ya veré que pasa…Yo pienso que el machismo va desde el que está más arriba de ti quiere como eh…eh…quiere jerarquizar que tiene mucho más poder que tú, porque está un año superior a ti…Bueno tú sabes que todo el ambiente hospitalario y el residente pues es como estar en un cuartel, siempre el rango más alto es el que tiene el mando y por ende quiere pisotear a los demás…de hecho pienso que es en ese hospitalario porque yo en los postgrados dentro de la universidad que fue ortodoncia, endodoncia y odontopediatría no vi ningún comportamiento que vi en el hospital…para nada vi esa jerarquización o que el R1 te quisiera mandar, no. Cada quien estaba en lo suyo, iba a estudiar".*

*[**E8**-0199-0218]: "Este, hay que tener aguante porque no es una prueba de conocimientos el vivir el internado. Es una prueba de aguante porque obviamente tenías la parte académica, tú te preparabas, no te iba a ir muy bien en las partes académicas porque buscaban la forma de hacerte estudiar más. ¿Ok? esa era la forma. Siempre había algo que uno no sabía y entonces te sentías mal e investigabas a punto, pero era el resistir porque en el internado, la otra parte es la parte asistencial y en la parte asistencial tú tienes que ayudar del R menor al R mayor, ¿pero qué hacía? Pasar las bandejas, asistir, lavar instrumental, pasar los pacientes, anotar las listas, ¿me entiendes? Es como el trabajo sucio y tú tienes que aguantar mucho (suspiro) bueno es que la cosa ha cambiado mucho y no quiero que se crea, o sea que por lo que yo te diga sea una verdad actual porque de verdad mucho ha cambiado, pero mi postgrado fue machista y allá trataban los R mayores que cayeran los R menores, ¿me entiendes? Y así iba. La jerarquía…es que yo…digo que es como un Síndrome de Estocolmo".*

*[**E10**-0945-0962]: "obviamente cada cabeza es un mundo, habrá quien si lo considere así, [machista] obviamente dentro de mí misma área, si lo consideran, a lo*

mejor, quien sabe, en mi opinión personal no lo es así. Es más tú has escuchado que traumatología o cirugía general es machista, y es el mismo sistema, ¿qué es la diferencia? que odontología no está preparada, la base, el pregrado no está preparado para ese programa, no nos preparan psicológicamente, no nos preparan incluso en algunas partes, académicamente no te preparan para todo eso que te llega, entonces obviamente ese concepto lo ven como machista porque la mayoría que si se mantienen e ingresan son hombres, pero entonces es un concepto que, como te digo, un mal concepto, pero no es la realidad, la realidad es que es la enseñanza, es el tipo de programa que existe, es el tipo de carrera en la cual uno se mete que es el mismo que existe en medicina".

*[**E11**-0222…0230]: "Todo es la resistencia. La jerarquía yo siempre la catalogué y todavía, que es como una academia, como una academia militar, tú haz lo mismo que te hicieron a ti y para que tú te formes duro, recio, no debería ser, porque el hecho de que, nada más con el simple hecho de estar haciendo un postgrado es estresante, porque ahí ves cosas de lo más remotas que pudieras ver, y ahí tú, lo más insólito ocurre en un hospital, de todo tipo, de todo tipo de paciente, de todas circunstancias, de todo dolor, de todo…Muchas veces lo hacen para que tú renuncies, pero muchas veces te ayuda ese trato para decir yo sí puedo y yo si aguanto y pase lo que pase yo me gradúo. Y tú ves, que se dice porque los especialistas después que se gradúan son tan déspotas, pero es lo que tú vives dentro de un hospital que tú te vuelves demasiado insensible… Es una cadena de mando, bueno de hecho…Es una cadena de mando y es a nivel no de CMF, a nivel de todos los postgrados, claro, hay áreas donde no son tan crueles como en otras áreas, cirugía maxilofacial entra dentro de las crueles…y es fuerte, para una mujer es demasiado fuerte, y que lamentablemente los residentes mayores, y no solamente en cirugía maxilofacial, sino en todas las especialidades hospitalarias, los residentes mayores, le hacen pagar el noviciado a los residentes que están entrando, entonces es una resistencia de lo que te gusta y lo que tienes soportar".*

*[**E26**-0278-0307]: "ya sabemos que la parte intrahospitalaria es muy exigente en el sentido de que van marcando mucho los niveles de jerarquía allí, entonces es que es R1 o el que es R2 o R3, el R1 es pisado por el R2 y el R2 por el R3 y así, ves, pero es en todos los postgrados hospitalarios, no solamente el de odontología, cirugía maxilofacial, eh los médicos y creo que eso lo asumen los odontólogos por lo que ven de los médicos porque odontología entró intrahospitalariamente posterior al postgrado de cirugía maxilofacial, este, o sea la odontología entro después de la medicina, entonces ellos vieron lo que hacían los médicos y los imitaron, entonces si hay como una mayor exigencia y si eres mujer pues más porque oye uno como que no está tan preparado como para que te hagan cosas denigrantes que de repente el hombre dice bueno no me importa, yo me aguanto, uno no, uno es como más sensible en ese sentido".*

*[**E23**-0548-0553]: "si, son más susceptibles, el más apto, el más apto continúa pero el que no está apto, el que no tiene las habilidades para continuar, es que no debe, es*

que ese filtro es necesario, ese canon es necesario…no sé por qué existe a nivel de tendencia a la victimización, ahora es todo bullying, anteriormente no se hablaba de bullying, ahora todo es bullying, no todos somos capaces de sobrellevar cualquier carga, si una persona no es capaz de sobrellevar una carga no es una víctima, sino que no tiene las competencias para desarrollarse o desenvolverse, yo lo veo desde ese punto de vista, yo no creo que las mujeres son víctimas que se sienten, la persona decide como sentirse si una persona no tiene una fortaleza emocional, si no tiene una buena base, cualquier problema en la vida le va a afectar y va a ser una depresión, entonces no depende de lo que hay externamente sino que va a depender es de la persona que no tiene las habilidades, entonces no te voy a responder que si la mujer se siente vulnerada y todo esto, no, eso depende de la capacidad que tenga la misma mujer de adecuarse al entorno. De hecho, a mí me parece que la victimización es una manera también de abuso porque ahora, porque te digo es tendencia, ahora todo el mundo le duele, ahora todo el mundo se enferma, para todo el mundo porque le alzan la voz y le dicen una cosa, cuando es que así es que se va formando el carácter, ujum".

Los discursos muestran que las relaciones jerárquicas de estos postgrados generan un ambiente hostil que se asemeja a la dinámica de un cuartel, en el que se ejerce una cadena de mando, donde el más alto rango pisotea, es decir, pisa repetidamente, maltrata de palabra, humilla y desgasta (RAE, 2020) a aquellos de menor rango. Esta forma de jerarquía o de ejercicio del poder es calificada como machista y déspota por nuestro grupo de estudio, porque es ejercida principalmente por varones que abusan de su poder otorgado por la ostentación de una escala superior.

Tomemos en cuenta la definición de Páramo Ortega (2006, p. 238) quien refiere que "machismo significa actuar en contra de la voluntad de otros, ejercer poder sobre otros" y que "la tortura deberá comprenderse como una variante del machismo, así mismo –aunque a otra escala– el despotismo es pariente cercano del machismo". A su vez, "cualquier despotismo significa: relación permanente, institucionalizada, de ejercicio abusivo de poder (provenga éste de donde provenga: Estado, o incluso de la institución matrimonial) sobre una persona o grupo de personas subordinadas" (Klener, 1990, citado en Paramo Ortega, 2006). En este sentido, se esgrime una concepción machista en las relaciones entre residentes de esta especialidad.

Esta percepción de prepotencia entre las residencias deviene de la cultura jerárquica de la medicina y ha sido fuertemente criticada pero aun así se mantiene en vigor, formando parte del currículo oculto de la medicina y los postgrados,

especialmente los quirúrgicos-hospitalarios. Howieson y Cloke (2019, p. 283) hace referencia que en medicina se reporta precisamente esta atmósfera jerárquica y competitiva y una instrucción por humillación[226]. Los argumentos que se gestionan para aprobar este sistema jerárquico, pese a las críticas en su contra, es la formación de un capital humano altamente calificado para enfrentar las pruebas más duras dada la naturaleza de las experiencias que se viven en un hospital, pero este aspecto es a su vez, lo que la cuestiona pues, como lo narran estas líneas: "*nada más con el simple hecho de estar haciendo un postgrado es estresante, porque ahí ves cosas de lo más remotas que pudieras ver…lo más insólito ocurre en un hospital, de todo tipo, de todo tipo de paciente, de todas circunstancias, de todo dolor, de todo"*, con ese solo hecho es suficiente carga estresora que ineludiblemente exige dar lo mejor de sí.

Entonces, por un lado, de los discursos se devela lo innecesario de un sistema que lejos de aportar una mejor y positiva experiencia como estudiante de cirugía, se convierte en un estrés adicional con el que el estudiantado debe lidiar, que muchas veces pasa a ser la motivación para renunciar al postgrado, pues como pudimos notar de los discursos, la jerarquía promueve la idea de derrumbar o malquistar al otro, y ello no siempre es tolerable. Por el otro lado, lo califican de necesario en tanto tal como los objetivos de una academia militar, a medida que se avanza de rango, "ello te otorga el derecho de hacer a otros, lo que a ti te han hecho", con la presunta intención de forjar una formación dura y recia que tanto se necesita en estos programas.

Paradójicamente, es un sistema de jerarquías que así como es condenado es aclamado como útil, porque se cree que con él se forma el carácter y la disciplina, a tal grado que se percibe una transformación déspota e insensible propia de los cirujanos, producto del despotismo practicado durante la residencia. Comparado con el síndrome de Estocolmo, los aspirantes parecen terminar mostrando una actitud comprensiva y benevolente ante el sistema de jerarquías y se identifican progresivamente con esta, quizá a medida que estos también hacen ejercicio del poder. Por ello, en principio se considera cruel, pero con el tiempo se califica de imperativo, recurriendo incluso al argumento biológico de la teoría evolutiva darwinista "la supervivencia es del más apto", donde quien continúa es porque tiene

la capacidad de aguante para encarar las vicisitudes que se presentan en el mundo quirúrgico-hospitalario. Entonces, esta jerarquía se estima como un filtro, es decir, un segundo filtro. Un filtro oculto, no formal, que es quizá más decisivo que cualquier prueba de admisión.

Esto también forma parte del currículo, pero no del explícito que plantea una serie de contenidos o temarios expresados en el diseño curricular, sino en el que no está escrito, por ello es que la frase "No es una prueba de conocimientos, es una prueba de aguante" devela que no solo se aprenden teorías, se practican ensayos, se reportan casos clínicos, se ofrece un servicio fuera o dentro de un horario habitual, sino que también está latente la práctica y adaptación a valores normalizados, que no son tangibles, no están en papel, que no figuran en reglamento alguno pero que tienen igualmente un impacto formativo social. En cuanto a la calificación machista de este programa, que muchos lo afirman, otros lo ponen en duda, de los discursos se desprende que las mujeres son más susceptibles a ese ambiente hostil dada su propensión a las emociones o debilidad emocional y ello conlleva a una concepción equivocada de esta jerarquía, tildándola erróneamente de machista, y en consecuencia, la especialidad.

Nótese: "S*i eres mujer pues más porque oye uno como que no está tan preparado como para que te hagan cosas denigrantes que de repente el hombre dice bueno no me importa, yo me aguanto, uno no, uno es como más sensible en ese sentido",* estas líneas discursivas coinciden y sustentan la idea saludable de que es la enseñanza, es el programa y el tipo de carrera afín a la medicina lo que no permite que las mujeres tengan éxito y ello sea confundido con machismo. Además sugiere que las mujeres en tanto mujeres, son vulnerables, entiéndase, emocionales, y ello las hace proclives a derrumbarse ante las adversidades y al ambiente frío y duro que estos programas sostienen, a diferencia de los hombres, donde del discurso se entiende que ellos exhiben más determinación, aguante y temple.

Aquellos discursos demuestran una vez más, la construcción cultural de la mujer como débil, subjetiva y emocional, lo que la hace ver menos adecuada para residir en espacios como el quirúrgico-hospitalario, y con base a estos fundamentos

biologicistas se invoca a una crítica a la etiqueta machista de estos programas, en el que se cree que el problema no está en el programa y su sistema, es decir, no hay un reconocimiento de que las mujeres son tratadas de manera desigual a los hombres, sino que es un sistema que aplica para todas/os por igual, pero que a las mujeres dada su biología, se les dificulta adaptarse como si lo harían holgadamente los varones.

Se percibe en el último discurso, que ha habido manifestaciones de las mujeres en contra de este sistema que las ha hecho padecer algún daño y tales manifestaciones son juzgadas como formas de victimización dado que a juicio de quien relata, aquel o aquella que deserta de la profesión, es debido a una ausencia de fortalezas emocionales para enfrentar situaciones difíciles o una constitución psicológica débil que hace a esas personas propensas a desfallecer y no aguantar. De modo que no se trata de lo externo nocivo que afecta al individuo, sino cómo el individuo desde su fortaleza interior reacciona y se adapta a ese estímulo o situación nociva. El discurso denuncia la nueva tendencia a la victimización, de la que se entiende, incurren especialmente las mujeres, al percibir que esa dureza de estos programas es específica o diferente para ellas, pero que en realidad, es la debilidad emocional de ellas lo que hace que estas la perciban de manera diferente a los varones.

No obstante, en un nuevo pool de discursos que mostraremos a continuación, lo expuesto anteriormente se pone en tela de juicio, dado que develan que efectivamente las mujeres son tratadas de manera diferente a los varones, y exponer esto representa un desafío pues como vemos "se puede negar prejuicios…o criticar a los denunciantes por ser hipersensibles o tratar de ignorar 'verdades inconvenientes'"[227] (Rippon, 2019; p. 912) lo que dificulta que la realidad sea vista y tratada tal y como es:

*[**E1**-A-0044…0045]: "Muchos colegas que estaban ahí. Por lo menos por la mujer, era como que había cierto maltrato, era lo que se escuchaba…el trato hacia la mujer era mucho más….eh….era…distinto, era como considerado un postgrado más machista, así que era mucho más estricto con las mujeres, lo que se decía pues. Ehh…no consideraban ciertas cosas como que, en sus días, tenían que tener higiene. Lo que me parece un poco absurdo, o sea no es que, tú puedes tener tu broma, pero si tienes que ir al baño, deberían entender digo yo, e ir…era….había una diferencia*

de trato mujer y hombre pues. Las mujeres no eran tratadas igual…las mujeres eran tratadas como si no tenían la misma capacidad que el hombre".

*[**E3**-0161-0175]: "decían, no que la cirugía es más para los hombres que a las mujeres, que en el hospital te tratan mal, peor a las mujeres que a los hombres, capaz fue por un poquito de eso y porque vi la convivencia en el hospital…".*

*[**E7**-0188-0198]: "Además que dentro del área, también es conocido que hay mayor cantidad de hombres que de mujeres, no sé por qué sea así…pero eso también hace que el área sea...Por cuentos sé que el área hospitalaria es bastante machista, para las mujeres no es fácil, tengo amigas que son maxilofaciales y bueno si fue cuesta arriba pero lo lograron. Entonces de repente no son las mismas experiencias para todo el mundo".*

*[**E8**-0227-0242]: "…entonces viven haciéndose jugadas sucias…como ponerle al teléfono sonidos de mujer o encerrarlos en un baño o cosas así, esos juegos pesados que tenían entre hombres, y la mujer que quedaba no lo toleraba porque obviamente no tolera ese tipo de juegos, además las presiones que te daban para que pudieras llegar al nivel".*

*[**E11**-0154-0159]: "…y eso lo hacen tanto los docentes y los mismos residentes, que te hacen que tú te sientas menor que ellos. Que tú no aguantes porque es de resistencia, y que por la parte también biológica te tienden a decir que tú eres débil por ser mujer en ese sentido".*

*[**E25**-0399-0406]: "(Risa), si total, total, lo he visto. Lo he vivido, he ido a dar clases a diferentes postgrados de maxilo en hospitales y todo, y he visto como tratan los profesores a las mujeres estudiantes e inclusive como los mismos graduados ya, CBMF hablan de sus colegas mujeres maxilofaciales entonces, a veces, no, puede haber el respeto pero no la consideración".*

Los discursos anteriores presentan un imaginario colectivo de la residencia de cirugía buco-maxilofacial e incluso algunas experiencias que sustentan dicho imaginario, de los que discurre la percepción de cierto maltrato a la mujer, un trato distinto, más estricto, en el que se ejercía presiones a ellas para que pudieran llegar al nivel esperado, en el que no consideraban su higiene durante los ciclos menstruales, eran tratadas como si no tenían la misma capacidad que el hombre, eran inducidas a sentirse inferiores que los varones conforme el argumento biológico de que las mujeres son débiles en comparación con los hombres y aquello podía provenir tanto de docentes y residentes. Además, de que al ser un espacio copado por varones, se

recrea un ambiente poco afín para las mujeres en tanto abundaban jugadas sucias y sexistas entre ellos, poco agradables para ellas.

De modo que estos relatos nos muestran otra perspectiva de la jerarquía de residencias, que si bien es justificada y utilizada para mantener el orden y la disciplina y formar el carácter, también es un instrumento del que se abusa y se incurre en maltrato, entendido como tratar con crueldad, dureza y desconsideración a una persona, menosprecio o diferencia de trato (RAE, 2020). Si bien el maltrato se ejerce tanto en varones como mujeres, estas últimas lo experimentan de manera diferente. Varias investigaciones lo afirman: "el maltrato ocurre con frecuencia entre los residentes de cirugía, especialmente las mujeres, y se asocia con agotamiento y pensamientos suicidas"[228] (Hu, Ellis, Hewitt, Yang, Ooi Cheung, Moskowitz, Potts, Buyske, Hoyt, Nasca y Bilimoria, 2019; p. 1741).

Esto se opone a la victimización anunciada anteriormente, y deja claro que son las mujeres y no los varones las que viven tales experiencias, perciben el maltrato, y son ellas quienes en definitiva, de manera exponencial padecen los embates del sexismo. Ello lo refiere Dar-Odeh (2019; p. 1504) en su reciente estudio, en el que encontró que "finalmente son las cirujanas, pero no los cirujanos masculinos, quienes percibieron el sexismo y los factores sociales como el matrimonio, los hijos y las actitudes de la sociedad como importantes obstáculos profesionales"[229] y aun cuando son percibidas y claramente identificables, la mayoría de las veces las mujeres han preferido callar para no ser tildadas de victimizadas, lo cual es una estampa negativa que deben evitar a toda costa si desean continuar el curso *llevadero* de sus estudios. Webster, Rice, Christian, Seemann, Baxter, Moulton y Cil (2016; p. 12) lo demostraron en su estudio, donde las mujeres…

> …se negaron y se distanciaron de las cuestiones de género debido a los poderosos imperativos de presentarse como "no marcadas" por el género en una profesión donde las normas profesionales están implícitamente relacionadas con el género. En tal entorno, identificarse como víctima de discriminación sirve para marcarse a uno mismo como diferente de la norma, lo que puede ser perjudicial profesionalmente. De hecho, las mujeres en profesiones históricamente masculinas a menudo descubren que hablar en contra de la

> discriminación puede tener el resultado contraproducente de enfatizar su feminidad y "alteridad", especialmente si se las etiqueta como demasiado sensibles o propensas a quejarse.[230]

En este sentido, "siempre que haya una minoría en un campo, seguramente habrá prejuicios y estereotipos que limitarán el progreso de ese grupo. Estas barreras pueden ser deliberadas o no intencionales y, en ocasiones, muy sutiles...La cirugía oral y maxilofacial no es una excepción"[231] (Risser y Laskin, 1996; p. 756). Como vimos, son variados los factores que se ponen en juego cuando las mujeres desertan de esta especialidad, pero una de las razones que muchos de los estudios no feministas no sondean, es el desgaste o atrición que las mujeres sobrellevan en las áreas quirúrgicas, entendiendo esto como "el proceso de reducir la fuerza o efectividad de algo mediante un ataque o presión sostenidos"[232] (Liang, Dornan y Nestel, 2019; p. 542), pues no toman en cuenta que "el entrenamiento quirúrgico «refuerza el concepto de superioridad masculina». La mayor parte del abuso hacia las mujeres es verbal, sutil, ubicuo y probablemente inconsciente"[233] (Conley, 1998 citado por Longo y Straehley, 2006; p. 3). De manera que, a veces es evidente, a veces no lo es. Lo cierto es que se perciben pinceladas machistas, donde los varones dejan claro su posición frente a la presencia de las mujeres en estas especialidades.

3-Una mirada más cercana de las experiencias machistas de las mujeres en la especialidad. Una vez mostrado el des-favorecimiento de la jerarquía de residencia hacia las mujeres, conviene ilustrar mejor cómo ha operado el machismo y la aversión a las mujeres en estas áreas, sirvan algunos discursos narrados desde las propias voces de las mujeres que lo han sufrido, iniciando con la informante clave, quien como tal, aporta información crucial para comprender la ausencia de las mujeres en esta área:

IC:"Ellos estaban intentando joderme…parecía que la cosa era en contra de mi…empezaron a burlarse en el sentido de que bolas que esta sepa, estaban tratando de meterme miedo…si ella está aquí tiene que actuar como un macho, no ponerse como una niña…que si quería seguir con eso tenía que comportarme como un macho no como una niña porque ahí las niñas no duraban…lo estaban haciendo a propósito…no entendemos como tú estás aquí, esto no está hecho para mujeres, las mujeres no aguantan esta pela…tú eres una de esas carajitas sifrinas, no entendemos

que haces aquí…La gente me imagino que por el puro físico habrán pensado que yo era una de esas, este, catiras cabeza hueca que no, que era bruta, no lo sé. Entonces claro, cuando se dan cuenta de que yo contesto, que yo estudio, y que yo sé mi cosa y que a mí me gusta, entonces como que más rabia les dio y pues, lo que estaban era insultándome y ofendiéndome como tratando de hacerme la vida imposible para que yo me fuera…No es lo mismo la presión que puede sentir cualquier persona en un postgrado o en cualquier especialidad, porque obviamente hay presión y los doctores quieren presionarte para sacar lo mejor de ti, pues no es lo mismo la presión que la ofensa y la falta de respeto y la humillación y la vaina porque es que fueron dos días de insultos, entonces yo dije – no, yo no puedo estar aquí ¿para qué?...pero ya yo le había perdido el interés porque yo sabía que no iba a mejorar la situación, que ellos como que, cada vez que yo contestaba algo, como que les daba más rabia, ¿me entiendes?…Yo creo que yo intenté ponerme un traje que no me corresponde, yo quiero tener familia, a mi esta presión de la familia me tiene loca, que no puedes tener ni siquiera una navidad y se lo dije, yo por eso decidí estudiar odontología en vez de medicina como para que entonces aquí también sea lo mismo, me da lástima y lo siento mucho porque me parece que esto es una carrera espectacular, pero Uds. así no están consiguiendo nada porque pues pudiendo explotar el potencial de mucha gente, lo que están haciendo es echándolos pa´ tras…¿Cuál era ese traje que querías usar? Al final ser cirujana, pero significaba renunciar a todo, incluso a la posibilidad de formar familia y aceptar maltrato y ofensas, no estaba dispuesta…si no me hubieran tratado tan mal y me hubieran pintado todo tan feo, estoy segura que si lo hubiera hecho".

*[**E8**-B-0034-0076]: "…El primer año siempre se trata como de resistir y siempre te van a hacer la vida imposible…o sea, de llenarte de actividades que hacer, saturarte. Ese es el trabajo de los R mayores contra los de primer año…pero como mujer si había alguien en particular que se nota que era personal contra mí. Ehhh, te hablaba de forma despectiva para darte órdenes o indicarte alguna actividad o algo. Eh, hubo una en particular que no me recuerdo el contexto, eh, pero me molesté tanto que me quedé parada y no le hablaba, me quedé totalmente callada y él me seguía gritando, gritando y yo más molesta me quedaba parada…y llegó un punto que empezó a gritarme que era una inútil, que era una inútil. No sé cuántas veces me lo repitió pero yo ahí parada resistiendo hasta que llegó un punto que tuve que bajar la guardia e ir a hacer lo que tenía que hacer. Obviamente este día estaba súper molesta, disgustada, lloré y al final del día, esta persona se me acerca a pedirme disculpa, yo lo que comenté es que sabía que era algo que se iba a repetir…Eh, en otra oportunidad yo había terminado mis actividades del día me estaba sentando con mis compañeros, él entra en la habitación donde nos encontrábamos, este, preocupado por sus actividades, sus casos, no sé qué tendría al momento pero estaba haciendo algo y entra y me observa a mi sentada donde estoy con mis demás compañeros que también estaban sentados y se dirige directamente a mí, que porque yo estoy sentada, que él estaba estresado haciendo mil cosas para que la R1 esté sentada, este, a mí en particular me molestó muchísimo porque vuelvo y repito estaban mis compañeros, cualquiera de ellos estaban también sentados, haciendo lo*

mismo que yo…lo que más me molestó es que justamente me acababa de sentar de terminar mis actividades diarias".

*[**E11**-0160-0173]: "De hecho, yo tuve un residente que me hizo la vida imposible y un docente también que me hizo la vida imposible en el sentido de tacharte y de decirte mira tú no sirves…dedícate a otro postgrado porque no sirves, cuando tú…te has desenvuelto muy bien, entonces es, es doloroso que te digan eso. Entonces, de hecho…yo estaba con un residente que me la tenía aplicada y de hecho él dijo que…este, yo era demasiado floja...entonces es una carrera de supervivencia, de quien aguanta más, o tú o yo… yo lo veía así como muy mal intencionado, como muy de malos sentimientos, aunque tú te tienes que olvidar de sentimientos en un postgrado…hay profesores que cuando dicen, unos que están jubilados y otros que no te lo dicen de frente, no, no se lo dicen a las estudiantes que el hacer postrado de cirugía maxilofacial no es para mujeres, sino exclusivamente para hombres".*

Estos discursos son reveladores del machismo y la aversión a las mujeres. "*Me hicieron la vida imposible*" es una frase constante. Estas narrativas exponen que en estas áreas tachan a las mujeres, les han dicho inútiles, que no sirven y les sugieren que se vayan a otro lugar. Se evidencia un trato cruel y desconsiderado hacia ellas, lo que proporciona otras versiones, otras razones por las que las mujeres desertan de las especialidades quirúrgico-hospitalarias como la cirugía buco-maxilofacial, y que muy pocas investigaciones mencionan. No es solo la menstruación, el matrimonio y la familia los principales obstáculos que las mujeres sopesan o enfrentan. Es evidente que si hay mujeres (aunque pocas) que suspenden la idea del matrimonio y la familia para dar cabida a sus vocaciones, pero desafortunadamente, un buen puñado de ellas terminan declinando dadas las experiencias tortuosas y hostiles que vivencian al inicio de estas carreras.

Lo que viven las mujeres en estos espacios coincide con experiencias de otras mujeres como Conley, quien narra que: "era la naturaleza aditiva de los desprecios diarios, que confirmaba para todas las mujeres nuestra ciudadanía de segunda clase de una manera regular, lo más ofensivo, robándonos la autoestima, la dignidad y el respeto»"[234] (Conley, 1998 citado por Longo y Straehley, 2006; p. 3). Aquellas líneas discursivas coinciden con definiciones de la Real Academia Española, revelando el hostigamiento (cuando se molesta o se burla de alguien insistentemente); el amedrentamiento (infundir miedo, atemorizar) por parte de los residentes, la

humillación (cuando se pasa por una situación en la que su dignidad sufra algún menoscabo); el asedio o presión (acribillar, atosigar y abrumar) como forma de acoso continuado que se ejerce sobre el adversario para impedir su reacción y lograr su derrota, sin darle tregua ni reposo, apremiándolo de forma insistente con molestias o requerimientos, basados en representaciones que traspasan los límites de lo justo o verdadero.

Se evidencia que era un trato distinto, más estricto, cruel y específico para estas mujeres y esto contrasta con la idea de que las experiencias denigrantes, que buscan deslustrar a alguien son para todas/os por igual. Estas experiencias particulares son una muestra de que si bien, existe una cultura hostil en los ambientes quirúrgico-hospitalarios, ella incide de manera distinta en las mujeres y no precisamente porque estas se lo estén imaginando o se estén victimizando, lo contrario, ella es una realidad que ha sido invisibilizada y desestimada, y que supone una obstaculización en la consecución de los propósitos y vocaciones de las mujeres. Es tan invisibilizada, que muchos lo presencian y no lo identifican como comportamiento misógino o machista. En cambio, lo perciben como el ejercicio del poder de manera abusiva o desproporcionada pero nada más que eso. El siguiente discurso lo muestra con claridad:

*[**E22**-0370-0390]: "No directamente, o sea nunca lo hicieron directamente pero si hubo un caso que le hicieron mucha presión a una residente de primer año y pues no tuvo ni un día allí por la presión psicológica, no se la hicieron por el género ni nada, sino a atacarla con una serie de tareas que la agotaron muy rápidamente y ella dijo si esto va a hacer así todos los días pues no, no puedo, o sea a buscar tobos de agua y este fin de semana vas a pintar el servicio, etc., etc., no. Literal. Literal si, así pasó. O sea no fue directamente pero fue demasiado, unos trabajos que en realidad no se corresponden, no, y de hecho un problema interno en el postgrado por eso porque se quejaron, porque renuncias y no te vas a quedar renunciando con la boca cerrada, no. Te vas renunciando y diciendo qué pasó. Fue residente. Era residente y quedó de primera, sacó creo que 20 en el examen, entonces ellos no le creían y le decían que eso fue una copia, cosas así".*

Este discurso no solo devela cómo pasa por desapercibido los micromachismos y la misoginia, sino también la falta de credibilidad que se tiene para con las mujeres. Se devela además el sufrimiento de las mujeres, ellas manifiestan que es una

situación dolorosa, que no se crean en ellas, que se les cuestione su autenticidad y su potencial. Tal como lo narra el siguiente discurso de la informante clave:

IC: "Presenté mi examen y…cuando fui a presentar el examen, yo recuerdo clarito que me pusieron a presentar de primerita, así como tú sabes, no hubiera riesgo de que yo me copiara ni de nada ni de nadie, que tampoco sé cómo coño, porque tampoco creo que me haya copiado en mi vida, pero bueno…Esteee, ajá, presento el examen. Yo bueno, recuerdo, que una pregunta, la verdad no recuerdo cuantas preguntas eran ahora mismo, pero recuerdo que de todas las preguntas recuerdo que hubo una que no respondí porque no estaba muy segura, y tú sabes no quería poner una locura y yo dije, bueno que sea lo que Dios quiera y ya. Entregué mi vaina y…me acuerdo que pasó un tiempo, no sé unos días, una semana, hasta que dieron los resultados. Después dan los resultados…empiezo a escuchar rumores de que me iban a anular el examen porque yo me había copiado. Y yo así como que – ¿Cómo me voy a copiar? Si primero estaba sentada al lado del escritorio del doctor, o sea (risa sarcástica) no entiendo…A todas estas, ya yo estaba súper indignada con la arrechera porque esa era la palabra, de que no creyeran, de que de verdad yo por mi propia cuenta, pudiera haber hecho eso".

Así como hay quienes no visualizan esta realidad, hay quienes si lo hacen con claridad. La literatura lo afirma, las experiencias de los mismos varones así lo confirma:

> Como cirujano, me mortifica que la profesión permita que mis colegas sean tratadas como ciudadanas de segunda clase. He visto a cirujanas ser intimidadas, acosadas y discriminadas por sus homólogos masculinos. He visto un sinnúmero de sus carreras desmoronarse frente a mis ojos. He visto sus lágrimas. Las he visto entrar en un profundo agujero de depresión y nunca volver. Y no he hecho nada al respecto…Yo, como muchos cirujanos varones, tenía miedo de hablar por temor a que eso destruyera mi reputación entre los cirujanos de alto nivel en el poder, que a menudo son hombres. Resulta que no estoy solo. "Los hombres son espectadores. Saben que algo anda mal. Saben que alguien se está aprovechando de la situación. Pero la formación médica es jerárquica y a la mayoría de los hombres les resulta difícil desafiar a alguien con más autoridad", dice Zeno Franco, profesor asociado del Medical College of Wisconsin[235] (Sathya, 2020; p. 1-2).

> Es interesante notar que los hombres no son insensibles al impacto de estar en un contexto quirúrgico machista. En particular, en un análisis realizado este año…encontramos que casi la mitad de los cirujanos varones que participaron en un estudio longitudinal creían que no estaban a la altura del estereotipo de

> cirujano macho. Entre los hombres que se veían a sí mismos como menos machos, la falta de similitud percibida predijo una mayor desvinculación profesional y un mayor deseo de dejar una carrera en cirugía un año después. Juntos, estos estudios proporcionan evidencia de que la naturaleza de los estereotipos masculinos asociados con los cirujanos desalienta a las mujeres y a un número considerable de hombres de seguir carreras en la especialidad[236] (Peters y Ryan, 2014; p. 3).

Entonces es evidente que las mujeres se abstienen y desertan de este campo, "probablemente debido a desalentadores procesos y condiciones estructurales discriminantes"[237] (Dalhoff, 2005); que pese a sus grandes esfuerzos y demostraciones de valía en la especialidad, las mujeres son desanimadas, en tanto se les cuestiona sus capacidades y talentos. Tal es el entorpecimiento de su ímpetu y el desaliento que ellas experimentan que terminan claudicando o cediendo a las presiones ejercidas sobre ellas, y no solo eso, lo pueden llegar a ser con un sentimiento de culpa. Basta con analizar el siguiente fragmento discursivo desde la experiencia de la informante clave, que traemos nuevamente para resaltar este aspecto:

IC: "Yo creo que yo intenté ponerme un traje que no me corresponde, yo quiero tener familia, a mi esta presión de la familia me tiene loca, que no puedes tener ni siquiera una navidad y se lo dije, yo por eso decidí estudiar odontología en vez de medicina como para que entonces aquí también sea lo mismo, me da lástima y lo siento mucho porque me parece que esto es una carrera espectacular, pero Uds. así no están consiguiendo nada porque pues pudiendo explotar el potencial de mucha gente, lo que están haciendo es echándolos pa´ trás…¿Cuál era ese traje que querías usar? Al final ser cirujana, pero significaba renunciar a todo, incluso a la posibilidad de formar familia y aceptar maltrato y ofensas, no estaba dispuesta…si no me hubieran tratado tan mal y me hubieran pintado todo tan feo, estoy segura que si lo hubiera hecho".

Este discurso es desgarrador, pues manifiesta que luego de haber comprendido su vocación hacia la cirugía buco-maxilofacial, esta informante –que incluso había pospuesto sus planes de matrimonio y formación de una familia para dar cabida a su formación como cirujana– termina por asumir que es ella quien intentó conseguir algo que no le pertenecía o ser alguien que no podría ser. Es una narrativa muy triste que evidencia que pese al empuje y motivación extraordinaria y a la obtención de una

calificación excepcional que le permite su ingreso en el área, desafortunadamente, dado el hostigamiento experimentado durante dos días consecutivos, ella reversa todas sus decisiones, concluyendo que ha cometido un error.

La frase "*yo creo que yo intenté ponerme un traje que no me corresponde*" denota que existe un arrepentimiento, un sentido de culpa, como si el haber intentado ingresar en esa área era una hazaña, era ser ambiciosa, y ahora estaría pagando el precio por haber violado una norma. Denota además una reflexión sobre una decisión que nunca debió haber tomado, sobre priorizar una vocación sobre la constitución de un matrimonio y una familia. Finalmente denota que la norma es correcta y que ella no debió desviar su camino. Esta deserción en el imaginario colectivo refuerza de manera triunfal que las mujeres no pueden hacer cirugía, pero que luego de escrudiñar un poco más en la realidad, se evidencia que esta creencia se alimenta no porque ellas no lo puedan hacer, sino porque tras su ingreso, ellas fueron sujetas a un sistema de alerta de género que las desalentó. Para muchas/os, esto no debería ser motivo contundente para desertar de una profesión, pero la realidad es que, "¿cómo pueden los cirujanos rendir al máximo si están luchando contra el abuso en el lugar de trabajo o si su capacidad para brindar atención se ve obstaculizada debido a la discriminación? Ningún ser humano, hombre o mujer, podría hacerlo"[238] (Sathya, 2020; p. 2).

Para el imaginario colectivo, probablemente ella fue débil. Sin embargo, ¿cómo subsistir en un espacio donde ella no podía verse como cirujana?, se sentía como una extraña, que no pertenecía allí. Se percibe un sentimiento de otredad, de no pertenecer, de aislamiento porque no hubo en aquel entorno copado de varones, ningún espacio de tiempo donde ella pudo sentirse a gusto, de identificarse con otras mujeres, o tan solo de establecer una relación amena con sus compañeros. Ella rápidamente entendió que el éxito es esa especialidad estaba vinculado al género. Por lo que, "el término «sexismo» es demasiado abstracto, demasiado incorpóreo, para describir un rechazo tan visceral del cuerpo equivocado en el lugar equivocado; quizás "misoginia" sea más precisa"[239] (Cassell, 1998; p. 41).

No se identificó con otras mujeres, porque estaban ausentes. Se sintió marginada porque no tuvo oportunidad para establecer empatía son sus compañeros y con la cirugía misma, y esta trágica experiencia la llevó a entender, lo que ya ella tenía claro, pero que se atrevió a desafiar: que ser mujer significaba tener hijos, lo cual era incompatible con ser una cirujana exitosa, pues "los elementos de la trayectoria de 'ser mujer' incluyen tener un familia y sacrificar el trabajo para hacerlo, lo que esencialmente crea un conflicto entre la trayectoria de una mujer y la de un cirujano"[240] (Hill y Vaughan, 2013; p. 552-553). Pese a su entusiasmo con respecto a la cirugía, y a "la ausencia de diferencias preexistentes entre hombres y mujeres, hay algo en el contexto quirúrgico que socava el compromiso de las mujeres"[241] (Peters y Ryan, 2014; p. 3). "La sensibilidad al rechazo claramente tiene un efecto profundo en quienes lo experimentan y parece activar un mecanismo de desconexión de autoprotección que resulta en la desconexión y el auto-silenciamiento"[242] (Rippon, 2019; p. 766). Imaginemos este escenario que Rippon plantea:

> Tienes la opción de perseguir una materia en la que tu confianza en tí misma se ha visto socavada desde una edad muy temprana, donde el mensaje estereotipado (y la realidad) es que es algo que los miembros de su grupo no hacen, debido a una falta de las habilidades 'esenciales' requeridas (incluso si sus puntajes de desempeño deberían sugerir lo contrario). Estás sensibilizado a los mensajes sobre el "clima frío" que le esperan. ¿Qué elegirías hacer? Aquellos que culpan a las chicas por no querer hacer ciencia tal vez podrían pensar en la ciencia misma[243] (Rippon, 2019; p. 651).

Por consiguiente, ¿se trata de un problema en las mujeres, o en el programa y estructura de las especialidades quirúrgicas? Como hemos podido notar, no se trata solo de poseer el intelecto, el talento y las capacidades para llevar a cabo una actividad, también es necesario garantizar un ambiente neutral, sin prejuicios, en el que hombres y mujeres puedan desenvolverse. Como lo refiere esta autora "Si usted y sus profesores creen que usted no puede, entonces existe una gran posibilidad de que no lo hará"[244] (Rippon, 2019; p. 643). Incluso, "puede que tengas los medios corticales y cognitivos para tener éxito en la ciencia, pero un clima frío y poco acogedor podría alejarte"[245] (Rippon, 2019; p. 720).

De ahí que, Peters y Ryan (2014, p. 3) afirman que “las mujeres expresan niveles más bajos de identificación con la cirugía y un mayor deseo de optar por salirse de la cirugía, y…estas diferencias pueden explicarse por su percepción de que no están a la altura del estereotipo machista del cirujano”.[246] De manera que si esta realidad “se mantiene de manera constante en todos los países, ¿se puede decir realmente que los estudiantes tienen una "opción" de carrera? ¿En qué medida las opciones profesionales disponibles están mediadas social y culturalmente por el género?”[247] (Hill y Giles, 2014; p. 151). Es interesante el análisis de Bordieu:

> Bourdieu propone el análisis de la “vocación” como un mecanismo de violencia simbólica que funciona allí donde la autoexclusión toma el relevo de la exclusión expresa. Así, la violencia simbólica se encarna en la idea de “vocación”, haciendo que muchas mujeres opten por salirse de los lugares de poder y alta competitividad y que -en los términos de las ideas de género hegemónicas- no son considerados lugares aptos o convenientes para las mujeres o que no se relacionan con las ideas de feminidad. Las que no se autoexcluyen o desarrollan una “vocación” no femenina, reciben una sanción social (Pozzio, 2012; p. 123).

Por otro lado, mediante aquellos discursos se revela que en estos espacios, las mujeres pueden ser sujetas de ofensas y etiquetas. Son tildadas de flojas, inútiles y sifrinas. Este último calificativo es interesante, puesto que devela no solo la humillación y la ofensa, sino también la aversión a la feminidad en un espacio masculino. Nótese la interpretación dada por la informante clave, “ellos habrán creído que porque yo era catira, yo era una cabeza hueca, bruta”. De manera que el término *sifrina* denota a alguien ignorante, carente de sustancia en la mente, vacía, nula. En otras palabras, mientras más femenina una mujer, o mientras mas muestras de feminidad exhiba una mujer, más se le cuestiona su inteligencia y capacidad física e intelectual. El aspecto físico funge como un medio para emitir prejuicios sobre las capacidades de las mujeres, y por ende, viene a ser un elemento en su contra. Por medio de las palabras, las mujeres son juzgadas, socavando su dignidad y amor propio. Por tanto, “una cultura omnipresente de la misoginia parece, pues, ser uno de

los obstáculos más persistentes; puede manifestarse de varias formas, desde sutiles a manifiestas"[248] (Longo y Straehley, 2006; p. 52).

> El análisis más esclarecedor de tal misoginia es, de nuevo, proporcionado por Bourdieu: "… El sentido de la distinción, la discretio (discriminación) que exige que unas cosas se junten y otras se mantengan separadas...responde con horror visceral, asesino, repugnancia absoluta, furia metafísica, a todo lo que...pasa la comprensión, es decir, la taxonomía encarnada, que, al desafiar los principios del orden social encarnado, especialmente los principios socialmente constituidos de la división sexual del trabajo / y la división del trabajo sexual, viola el orden mental, escandalosamente burlar el sentido común"[249] (1984: 474-475) (Cassell, 1998; p. 208-209).

La taxonomía encarnada a la que se refiere Bourdieu se hace evidente en cirugía, cuando las mujeres son bienvenidas en el mundo quirúrgico solo cuando estas, desde su feminidad, sirven a los propósitos del cirujano. Esto nos lleva a la última sub-categoría, la cual devela a la feminidad como un arma de doble filo. Si sirve a los propósitos de la masculinidad, se hace bienvenida, pero si no, se le castiga.

4-La mujer como comodín o amenaza. En este último segmento mostraremos una paradoja. Cuando las mujeres sirven de comodín a los varones, es decir, cuando sirven a fines diversos según conveniencia de quien dispone de ellas (RAE, 2020) son bien recibidas, pero cuando estas buscan ocupar las mismas posiciones que ellos, pasan a ser una amenaza que se manifiesta de las formas que ya evidenciamos arriba. Para mostrar el contraste de la mujer como comodín o amenaza, consideramos interesantes las siguientes narrativas, iniciando con un discurso develador de la informante clave:

IC: "en el primer capítulo yo estaba haciendo la tesis, yo no representaba ningún tipo de amenaza para ellos, porque yo era simplemente una mirona ahí…a ellos no les afectaba para nada mi presencia, ¿me entiendes? Todo lo contrario, porque estando nosotras allí, a lo mejor, a lo mejor uno los ayudaba que si a pasar el paciente, ¿me entiendes? Como asistente…Entonces claro, y si uno iba para allá a lo mejor, los muchachos tenían no sé, dos días sin comer nada y uno iba y les llevaba alguito, una galleta, ¿me entiendes? Y de verdad nunca hubo problema. Al momento de entrar al internado, como te dije, al momento de las preguntas, o ellos mismos, ellos intentaron dejarme mal en varias oportunidades, preguntándome ellos también delante de los doctores, y yo supe contestar, entonces al yo contestar preguntas que a

lo mejor ellos debieron haber contestado y no lo hicieron, ellos habrán visto como que están quedando mal, delante de una persona que no tiene ningún tipo de experiencia que acaba de entrar…tú sabes que en Venezuela hay mucho machismo, entonces a lo mejor con la cosa de que ella es mujer y ella sabe y va a dejar mal al hombre, me parece…Como te dije nunca tuve ninguna impresión negativa, por eso también quería hacerlo. Todo parecía fluir en armonía. Obvio con exigencias. Pero no es lo mismo exigencias que falta de respeto".

*[**E3**-0302…0304]: "A veces habían residentes que lógicamente eran hombres que sabes que no le gustaba que eran así recelosos, de que tú que haces aquí…Estando como invitada a mí me trataban bien. La primera vez si, como de tensión. Pero ya después me decían –mira naguara´, tienes un libro ayúdame aquí ¿no me quieres ayudar a buscar un artículo científico y tal? O me decían –mira ¿quieres ayudarme aquí a limpiar esto? O a montar, ponte los R1 le hacían los montajes en articulador a los R3 porque tenían que hacer ortognática o trazados, entonces yo les ayudaba, donde yo podía yo los ayudaba pero…y ellos se quejaban…y aparte que yo les llevaba comida (risa)…".*

*[**E8**-B-0008-0028]: "Este, cuando me contaron la historia, no especificaron que fuera por el género. Sin embargo, una chica que entró al internado y no llegó ni siquiera a las 4 horas de horario laboral. No sé qué fue lo que le indicaron hacer pero eran las actividades normales que se le indicaban al in, al internado. Y parece que no las quiso cumplir y se retiró (tos) disculpa. Este, noo, no toleró las primeras 4 horas y agarró y se retiró sin notificar a nadie…la anécdota fue porque se fue justamente sin comentar a nadie y la estaban buscando y no la conseguían y era que no había tolerado las primeras cuatro horas. Se le indicaba actividades a todos los internos…y parece que no le gustó lo que le indicaron y se fue…yo creo que fue algo más dirigido a ella o lo que ella no estuvo acostumbrada a realizar, me parece, este, porque sé que la chica estaba muy emocionada, estaba muy clara que quería hacer eso y después de ese día no regresó más".*

*[**E11**-0177-0189]: "también llegué a pensar que era, este, tú sabes que muchas veces tú atacas a la persona cuando tú crees que esa persona te puede desplazar, entonces tú tratas a tachar, a aislar a esa persona y a hostigar porque para mí es una competencia muy fuerte, entonces lamentablemente para mí, yo en ese entonces era una persona que no me quedaba, si yo tenía la razón, yo no me quedaba callada, entonces yo daba mis argumentos para hacer ese procedimiento, entonces, de hecho nosotros tuvimos varias veces, este, cuando se hacían las rondas, eh, las revistas, en las revistas, él siempre buscaba preguntar, sacaba lo más mínimo para hacerme quedar mal delante de los adjuntos o delante de las otras materias".*

*[**E22**-0389-0399]: "…yo creo que la envidia muchas veces no nos hace entender que una persona es mejor que tú, no importa su sexo, su raza, sino que hay personas mejores y hay personas peores, muchas veces eso no se entiende, aquí en la cirugía hay demasiado ego, yo siempre soy el mejor, yo soy mejor que cualquiera, entonces*

ahí cuando no te sientes bien con tu ego empiezan a pasar cosas malas o feas o empiezas a tener esa guerra psicológica que no se justifica…yo creo que no se destacó tanto, es por eso, por el ego, el panorama en la que entró las residentes que si se graduaron pues no fueron las primeras, no eran tan, entre comillas sifrinas, pasaban más por debajo de la mesa y yo creo que eso las hizo salir airosas de cualquier situación de ese tipo".

De los discursos podemos destacar que las mujeres, en tanto permanezcan como espectadoras en un campo de dominio masculino, no generan ningún tipo de incomodidad para los varones, lo contrario, bajo el marco de expectación, admiración o servicio, ellas son necesarias, porque constituyen el sexo a quien ellos demuestran sus habilidades. La frase "como invitada a mi me trataban bien", "yo era simplemente una mirona ahí…a ellos no les afectaba para nada mi presencia" o "yo les llevaba comida" revelan que bajo estos contextos se mantiene una atmósfera amable y amigable, porque no representan ningún tipo de amenaza. En palabras de Cassell:

> Aunque los hombres se resisten a participar en pie de igualdad, las mujeres son esenciales para estas vocaciones angustiadas por la muerte: para que puedan brindar admiración, sexo, servicio y, quizás aún más importante, para que puedan ser excluidas de los rituales, el conocimiento, camaradería. Tal pensamiento es familiar para los antropólogos: las flautas sagradas, las trompetas y los toreros perderán su potencia si las mujeres aprenden sus misterios. Pero sin las mujeres presentes para ser excluidas de estos misterios, el secreto, como señaló Simmel (1950: 332), perdería su sabor. ¿La presencia de mujeres (como actores, en lugar de espectadoras admiradoras o damiselas en apuros) en tales grupos de hombres invalidaría el "escenario mítico" (Herdt 1981: 277) en el que los hombres dan a luz? Las objeciones a la participación de las mujeres en ocupaciones identificadas por hombres son siempre vagas; no hay palabras precisas para la devastación que inevitablemente causaría la presencia de las mujeres. Tal presencia destruiría la "moral", la "eficiencia", la "cohesión de la unidad" [250](Cassell, 1998; p. 18-19).

Cassell plantea que la presencia de las mujeres en ocupaciones marcadamente dominadas por varones es devastadora para ellos. "El lugar de las mujeres que allí se desempeñan puede ser considerado como una "intrusión", como la "masculinización" de estas mujeres, o como experiencias que empujan los límites institucionales e ideológicos de esas mismas ocupaciones (Pozzio, 2012; p. 124). Otros estudios lo corroboran: "Las imágenes de masculinidad de los trabajadores varones vinculaban

su género con sus habilidades técnicas; la posibilidad de que las mujeres también pudieran obtener tales habilidades representaba una amenaza para esa masculinidad"[251] (Acker, 1990; p. 146). De manera que si prestamos atención a las líneas: "*una chica que entró al internado y no llegó ni siquiera a las 4 horas de horario laboral…no toleró las primeras 4 horas y agarró y se retiró sin notificar a nadie…yo creo que fue algo más dirigido a ella o lo que ella no estuvo acostumbrada a realizar, me parece, este, porque sé que la chica estaba muy emocionada, estaba muy clara que quería hacer eso y después de ese día no regresó más",* ello nos informa que aquella chica obtuvo una experiencia positiva previa a su ingreso, pero luego todo cambió.

De los discursos se percibe que los residentes son recelosos con su espacio, desconfían y sospechan de las mujeres cuando ellas se atreven a transitar en este oficio. También develan que las mujeres sobresalientes representan una amenaza para los varones, por tanto son ellas quienes sufren de manera más pronunciada el sexismo o incluso, formas de misoginia. De las narrativas se deduce que era inaceptable que una mujer dejase mal parado a los hombres. La frase "*tú atacas a la persona cuando tú crees que te va a desplazar*" porque como "*en la cirugía hay demasiado ego, yo siempre soy el mejor, yo soy mejor que cualquiera, entonces ahí cuando no te sientes bien con tu ego empiezan a pasar cosas malas o feas o empiezas a tener esa guerra psicológica que no se justifica*". Pero ¿por qué algunas mujeres no logran avanzar en esta profesión y otras si? La respuesta a esta interrogante la recreamos con el siguiente discurso: *"yo creo que no se destacó tanto, es por eso, por el ego, el panorama en la que entró las residentes que si se graduaron pues no fueron las primeras, no eran tan, entre comillas sifrinas, pasaban más por debajo de la mesa y yo creo que eso las hizo salir airosas de cualquier situación de ese tipo*". Ello quiere decir, por un lado que, cuando las mujeres no destacan no representan una inminente amenaza para los varones, y por el otro, que las mujeres que adoptan los códigos y comportamientos masculinos, apaciguan la desconfianza y sospecha hacia ellas. Allí donde las mujeres coloquen en riesgo el ego del hombre, allí habrá represalias en contra de ellas.

Esto quiere decir que una entrada triunfal de las mujeres en un campo copado de varones es contraproducente. En términos coloquiales, las mujeres que sobreviven a

estos entornos, son aquellas que “pasan por debajo de la mesa” o no se hacen notar. Aquellas que generen ruido serán sujetas a mecanismos de violencia simbólica y alienantes que las llevará muy probablemente a la autoexclusión o declinación de esta área. Si además la mujer se muestra muy femenina o ultra-femenina, como lo mencionamos anteriormente, sufrirán las consecuencias de violar las expectativas del estereotipo del cirujano. En definitiva, las mujeres caminan en una cuerda floja en el mundo de la cirugía, su relación con esta es antagónica, porque encuentran oposición o resistencia a ellas.

“Usar el sexo biológico de alguien para esencializar la personalidad de un grupo completo de personas es como operar quirúrgicamente con un hacha. No es lo suficientemente preciso como para hacer mucho bien, probablemente causará mucho daño".
David Schmitt

Consideraciones finales: La paradoja del género en odontología

Si la norma es masculina, la mujer siempre será la otra, la desviada.
Ella está atrapada en un catch-22.
Joan Cassell

A lo largo del capítulo anterior pudimos evidenciar la realidad de las mujeres en la profesión odontológica y *des-nudar* las improntas patriarcales que la rodean. En este punto en el que nos encontramos, donde muchas cosas se han develado y nos hemos aproximado desde la palabra, al imaginario social de género que arropa nuestras sociedades, y que con certeza, no solo impregna a la odontología, sino que son imaginarios sistémicos que sustentan la todavía vigorosa distribución sexual del trabajo, solo queremos reflexionar acerca del espejismo al que muchas veces nos conduce la mera existencia de leyes, de nuevas organizaciones, de nuevos lemas o consignas a favor de las mujeres, que son tan necesarios, pero que por sí solos no se dan abasto para poner en jaque el patriarcado. *Des-nudar* el estado dado de cosas, no es una tarea sencilla pues se trata de *des-nudar* el poder en sí mismo, desafiarlo, y para ello debemos entenderlo como un sistema de muchas capas, engañoso, sagaz, que de manera disimulada contraviene los nuevos convenios, organizaciones y luchas de las mujeres, eludiéndolos o peor aún, nutriéndose de ellos.

La muestra de la virulencia de este sistema queda demostrada en la profesión odontológica. Las mujeres en la odontología están atrapadas en un *catch-22, en un callejón sin aparente salida*; en otras palabras, en una situación paradójica, donde el género las apresa, y no hay desenlace satisfactorio. A través de la odontología, evidenciamos que las profesiones se venden como espacios abiertos para las mujeres pero en la práctica permanecen limitados para ellas porque persisten normas sociales que contradicen o que se oponen a su real inserción. Sus elecciones no son libres elecciones; en ellas subyacen reglas arbitrarias a las que están sujetas, y donde el abuso de poder queda oculto. Sus profesiones, las así llamadas femeninas, no hablan de ellas, sino de lo que se les ha concedido a ellas.

La profesión odontológica se cree feminizada pero solo está estereotipada como femenina; se cree que es accesible para las mujeres, pero la verdad es que no lo es para cualquier mujer, pues tras su apertura se oculta la predominancia de la femineidad blanca que regula quien habita en ella y quién no. En esta profesión se echa mano a la femineidad para justificar la presencia de las mujeres, pero la femineidad es un artificio, una elaboración dirigida a las mujeres de las que ellas no tuvieron parte, por lo que, lo femenino no implica emancipación sino ataduras al binarismo femineidad-masculinidad que alimenta al patriarcado.

Hay una incorporación masiva de mujeres en la odontología, pero aun así quienes la ejercen libremente, sin interrupciones, ni reducciones, son los hombres. Esta realidad pudiéramos compararla con un embudo, donde el ancho del mismo representa la cantidad de mujeres que ingresan, se forman y se gradúan. Ello es un hecho, en teoría las mujeres dominan y son quienes mayormente ejercen la odontología, pero en la práctica quedan estancadas en el cuello del embudo, se inmovilizan, se embotellan porque sus caminos son entorpecidos u obstruidos. Paradójicamente, si volteamos el embudo, encontraremos que el estrecho número de varones que ingresan en ella, tienen mayor impacto que las mujeres, dadas las ventajas que el género les provee a los hombres. Ellos tendrían más oportunidades para escribir, para dictar conferencias, para viajar, para continuar su formación, trabajar y de obtener mayor ingreso. A las mujeres en cambio, las asecha un techo invisible como el cristal. Es de cristal porque no hay nada escrito que las limite, que les oponga su crecimiento profesional, pero aun así allí están, son normas, leyes no escritas e informales pero tan estructuradas y eficaces que anulan o contrarrestan aquellas formales.

La odontología está estereotipada como femenina, pero en su interior continúa distribuyéndose en áreas masculinas o femeninas, o mejor dicho, continúan persistiendo jerarquías de género solapadas. Aun en ella, hay campos donde las mujeres están infrarrepresentadas e infravaloradas y ello sucede por la misma razón que en otros campos de la odontología ellas están sobrevaloradas o sobrerrepresentadas. Nótese la creencia que las mujeres son más delicadas pero los hombres ofrecen mayor seguridad. Las mujeres son más detallistas, pero los hombres son más exitosos. Si la mujer demuestra empatía debe controlarse, si el hombre lo hace tiene calidad humana. Si la

mujer es femenina es incompetente pero si es masculina es muy agresiva, una bruja. Cuando las mujeres pueden ser útiles son bienvenidas pero cuando buscan ocupar puestos masculinos, son una amenaza. Cuando transitan por terrenos masculinos son usurpadoras, cuando ellos transitan los femeninos, superan nuestra supuesta naturaleza.

En odontología, se cree que las mujeres son mejores que los hombres simultaneando, distinguiendo el color y que tienen instinto maternal que las hace especiales para esta profesión, pero la presencia masculina y su éxito desdicen estas creencias avaladas por la ciencia, que en su búsqueda incesante por justificar las diferencias entre hombres y mujeres, se ha aferrado a la biología como instrumento de explicación. Quizá esta sea la más triste de las paradojas, la más grande contradicción entre sí, pues no hay nada más paradójico que creer en la rigidez de lo biológico, cuando lo más rígido ha sido la firme y absoluta creencia social en la biología.

De manera que la introducción de las mujeres en este campo, como en todos, respondió a aquellos cambios en leyes, nuevas organizaciones, lemas y consignas, que abrieron las puertas a las mujeres y las alentaron a iniciarse en el mundo público. Sin embargo, ya sabemos que esto no significó una ruptura del estado dado de cosas, pues al ser un sistema de múltiples capas, que está en todas partes, ha tenido la capacidad de transformarse y no debilitarse. Audazmente lo que se le opone, lo integra y así neutraliza el antagonismo en su contra. En este sentido, cada vez que se sanciona una ley que favorece a las mujeres no necesariamente esta se hace operante o se plasma en la práctica. Los discursos dominantes son tan poderosos que llegan a articularse incluso en las mismas políticas avocadas a las mujeres. Ello habla de la capacidad del patriarcado para solapar la realidad, incorporando las resistencias –que en apariencia no las niega ni rechaza–, terminando por neutralizarlas o liquidándolas, atrapando a sus contendientes.

Así opera el género en la cultura, hombres y mujeres encarnan los discursos dominantes, se visten de talla única, la feminidad y masculinidad persisten, las sociedades aprenden y reaprenden a hacer género continuamente, quedan atrapadas en las estructuras dominantes, reproduciendo el statu quo, en el que hay privilegio y opresión, y donde especialmente las mujeres están sujetas a regulaciones que reprimen sus aspiraciones, las mantiene atadas al mundo de la feminidad, maternidad y servilismo. Las concesiones otorgadas a ellas sugieren a la imaginación que ya no existen barreras u

obstáculos que tengan que sortear, de allí el espejismo que genera la ilusión de que hombres y mujeres están en igualdad, mientras en realidad, ellas siguen ceñidas a un sistema que les crea sus propias necesidades y les administra la conciencia.

Es difícil cortar las ataduras que las mantienen sujetas al patriarcado, pues como humanidad de este siglo, se les cultiva muy poco el ejercicio de su autonomía y crítica, y desde allí es difícil elevar un juicio entre lo dado y lo posible. Asumen su realidad como lo que es, no como lo que puede ser. Y bajo este escenario, las mujeres ocupan el puesto de la desventaja, porque se les ha organizado el pensamiento, los sentimientos, el comportamiento y muy pocas han desarrollado una lucidez frente a ello. Hay una alienación o enajenación de su consciencia que no sospechan de su subordinación. Si las mismas mujeres no conjeturan, no cuestionan, no imaginan otro mundo posible, no ambicionan una realidad diferente, no captan otras dimensiones de su mundo, no detectan sus cadenas, pues están condenadas a transformar y fortalecer al titiritero, no a cortarle los hilos que las mantienen atadas a este.

Para trascender de este poder de aniquilamiento de lo disidente que tiene el patriarcado, y remover todas sus capas hasta debilitarlo, es necesaria la temprana consciencia de género en las sociedades y con ello, el fomento de una actitud crítica a lo preestablecido. Debemos practicar una cultura de la oposición y discernimiento entre lo ideal y lo real, porque mover el pensamiento e imaginar un mundo mejor es lo que puede conducirnos a una verdadera transformación independientemente de letras impresas. Esta ausencia de consciencia crítica y de mirar la realidad no solo desde la dimensión dada, como sociedad constreñida por lo dado, es lo que nos impide trascender y mover nuestra consciencia hacia la igualdad, la justicia y la vida. Somos agentes, potenciales, libres de decidir el futuro, podemos elegir, rescatar o descubrir nuestra propia verdad, y ello es lo que deseamos tanto para los hombres como para las ***mujeres.***

CITAS EN EL IDIOMA INGLÉS

[1]Original en (inglés): "Dental student enrollment in the United States is now 42% women, and in Finland, 75% of practicing dentists are women. Women dentists in Russia constitute 48% of the dental workforce. Fifty percent of new entrants to dental undergraduate courses in the United Kingdom are female, and by 2020, more than 50% of all practicing dentists will be female."

[2]Original en (inglés): "Not much is known about the practice characteristics of women dentists including fee structures, patient pools, or practice styles, or how these factors might affect income or patient care. Little is known about the strategies that women dentists use to balance work and family demands, or how successful these strategies are".

[3]Original en (inglés): "Working hours of female dentists do not differ significantly from the working hours of their male counterparts, until they have children. The female dentists' working hours showed a distinct drop as soon as they started a family. It was also found that women dentists are more likely to take career break. It is clear that childrearing and family responsibilities have a great impact on women's working life. Significant differences between males and females in work title and specialization were evident in an academic institution. Due to the societal orientation which regards women as primarily home makers, the responsibilities for family caretaking continues to fall disproportionately on women, and this fact could explain why women abandon their careers in the advanced stages".

[4]Original en (inglés): "Is feminization associated with a loss of professional status? If It is, is feminization the result of a decline in professional status, the cause of such a decline, or both?"

[5]Original en (inglés): "Feminist theory is a vibrant intellectual practice that raises new questions, brings new evidence, and poses significant challenges to academic disciplines spanning the humanities, social sciences and natural sciences".

[6]Original en (inglés): "…dentistry was not considere done of the learned professions. Terms such as 'learned professions' and 'professional gentlemen' were reserved for medical doctors, lawyers, and Anglican clergymen. Thorougout the lae nineteenth and early twentieth centuries dentists fought to have these terms apply to themselves and their work too. They wanted to be dentists and gentlemen. While at he beginning of the period, those two terms appeared largely antithetical, by the First World War, they did not".

[7]Original en (inglés): "Male-dominated professions were defined by middle-class white men, for middle class White men".

[8]Original en (inglés): "A man entering any profession, if he has a well balanced and cultivated mind, an honest and humane heart that incites him to do others as he would that they should do unto him, and a good, common sense knowledge of the demands and courtesies of civilized society, is intuitively or by natural bent of mind and the force of habit that man (a professional gentleman)".

[9]Original en (inglés): "Dentistry and medicine have managed to coexist because dentistry does not offer a direct challenge to medicine's monopoly over treating the human body. The other health care occupations that medicine has actively worked to undermine all trespassed on the area that medicine considered to be its own jurisdiction. Midwifery treated the body during childbirth, chiropractic purported to cure the body through manipulation of the spine, and pharmacists treated human illness through compounding and dispensing medicine. Medicine's efforts to eliminate midwifery and chiropractic and limit the duties of pharmacists were aimed at eliminating their competition. Dentistry did not evoke such hostility because it did not directly compete with medicine".

[10]Original en (inglés): "Dentistry's use of science, particularly medical science, to legitimate its own claims to professional status. This did not challenge medicine's body of knowledge and legitimating strategies. Other health practitioners such as chiropractic, homeopathy, and even to an extent midwifery, offered an alternative vision of healing and caring to that advocated by medicine. Dentists, however, reiterated medicine's focus on disease, germs, and the need for professional intervention to bring about health".

[11]Original en (inglés): "It is only when…she has lost all maternal instincts, and determined to destroy all that tends to make her lovely and lovable to man—only when she has become a man hater—should she turn to the vocation of man for a support, and become a competitor with him in the great struggle for existence".

[12]Original en (inglés): "Any generalization made about the behaviors of any individual or large group of people is almost certain to be an oversimplification. When a generalization relates less to the actual observed behavior than to the motives thought to underlie the behavior (that is the why of the behavior), it is likely to be oversimplified. Thus, generalization can lead to stereotyping, an oversimplified conception, opinion, or belief about some aspect of an individual or group of people".

[13]Original en (inglés): "The practice for ladies, and especially for children, is just the field for lady practitioners in dentistry. In it they can do much better than men, and it ought in the main to be done by women".

[14]Original en (inglés): "She suggests that contemporary feminist theory is likely to be biased itself by its predominant, white, middle class origins. White middle class-women, for instance are likely to experience their family life as a source of oppression and to make generalizations about the 'family' that are quite incongruent with the experience of women in "culture of resistance", for whom the family may be a source of individual and collective strength".

[15]Original en (inglés): "We believe that what we would define as female ethics is not explained only by socially defined roles, but also by the physiology that makes it possible for women to be mothers. This trait begins in the body and defines the paths and the tasks that women propose for themselves…In their professions, we believe that women do not abandon their caring traits but rather adapt them to the new roles they perform".

[16]Original en (inglés): "Looking back on my career, dentistry was just a good fit for me. And I think women fit really well in the field of dentistry".

[17]Original en (inglés): "Where women often differ is how they interact with and listen to their patients. "Women dentists generally foster relationships first. We are inherently supportive and nurturing in nature, versus directive in our approach to solving problems. That, I believe, stems from the fact that we are, at our core, caregivers…".

[18]Original en (inglés): "I think women take more time with patients to address their concerns…We also look at the patient's full life picture, not just the patient in the chair".

[19]Original en (inglés): “Many male-dominated professions were created by middleclass white men at the end of the nineteenth and the beginning of the twentieth centuries. Gender relations and ideology characteristic of the white middle class during this period were drawn on by professional leaders to both define and legitimate professional roles and claims to professional status. Thus, gender relations and ideas about gender came to infuse the very definition of professions. Male-dominated professions were defined by middle-class white men, for middle-class white men. As a result, the employment of anyone but middle-class white men in maledominated professions has, historically, been discouraged”.
[20]Original en (inglés): “To do this, dentists drew on a number of social ideologies and institutions, but gender, in combination with class and race, was central to their efforts. Dental leaders believed that the key to raising their status and social influence was to define professional roles and professional relations in a way that would appeal to the public - and especially to their mostly upper- and middle-class female patients. Thus, they argued that everything about a dentist - his appearance, demeanour, conduct in practice, and interactions with others - should convey his status as a middle-class, white gentleman. Dental leaders believed that if all dentists behaved like middle-class professional gentlemen, then the public would come to respect them”.
[21]Original en (inglés): “In 2015, Blacks constituted 13% of the country but only 3% of dentists”.
[22]Original en (inglés): “In the specialized “charm schools” which train hostesses, the working class girls who select themselves on the basis of “natural beauty”.
[23]Original en (inglés): “the technologies for femininity are taken up and practiced by women against the background of a pervasive sense of bodily deficiency”.
[24]Original en (inglés): “The pursuit and practice of trying to attain the unattainable, which is never meant to be, nor can it be, achieved, is what creates desire and regulates women's behavior”.
[25]Original en (inglés): “femininity is an artifice, an achievement through which disciplinary practices...produce a body which in gesture and appearance is recognizably feminine”.
[26]Original en (inglés): “in terms of dominant beauty and racial/ethnic representation, the message is clear - it's a white woman's world ("straight, "Anglo, middle-class, at that). This message is reinforced by the fact that racially marginalized women are either noticeably absent in dominant cultural representations of beauty or when they are represented are whitified, "contextualized in otherness" or distorted”.
[27]Original en (inglés): “This standard is not women of African, Asian, Aboriginal or Latina descent, though as individuals they may be contextually beautiful (i.e., beautiful in spite of...). Contextualized within their respective racial frames, as a group, they represent and signify the exotic/erotic but not the beautiful”.
[28]Original en (inglés): “[i]t is not difficult, after all, to find a pronounced racial component to the idea of femininity itself: to be truly feminine is, in many ways, to be white”.
[29]Original en (inglés): “Homegenized representations of "whitified" feminine beauty become normalized and function as models against which women continually measure, judge, discipline and correct themselves”.
[30]Original en (inglés): “Until the 1960s, women comprised about 1% of dentists in the U.S. workforce”.
[31]Original en (inglés): “the profession may shift toward less entrepreneurship, more urbanization and, possibly, fewer clinical hours available to the population as a result of feminization”.
[32]Original en (inglés): “Roughly seven-in-ten adults (71%) say it is very important for a man to be able to support a family financially to be a good husband or partner. By comparison, 32% say it’s very important for a woman to do the same to be a good wife or partner”.
[33]Original en (inglés): “Occupations in the health sector, especially in the allied health occupations—as with the teaching, arts, and social sciences sectors—constitute what some have pejoratively called the “ghettos” of female professionals”.
[34]Original en (inglés): “When women enter higher-status professions, disparaging remarks are often made. These are directed both at the women practicing these professions and the work itself, which is thereby devalued. The same reaction occurs when the number of women in a profession increases or overtakes that of men”.
[35]Original en (inglés): “Anthropologists stress the permanence of our representations of the feminine, defined in opposition to the masculine and ranked lower on a scale of values. A feminized profession would thus be discredited by definition, and the highest positions in the spheres of economic and political power would remain inaccessible to women, the sine qua non of avoiding a loss of prestige”.
[36]Original en (inglés): “Women are therefore again assigned a passive role: they aremerely the beneficiaries of male disinterest”.
[37]Original en (inglés): “The concept "a job" is thus implicitly a gendered concept…A job" already contains the gender-based division of labor and the separation between the public and the private sphere”.
[38]Original en (inglés): “The closest the disembodied worker doing the abstract job comes to a real worker is the male worker whose life centers on his full-time, life-long job, while his wife or another woman takes care of his personal needs and his children”.
[39]Original en (inglés): “The sources of medical prestige should be sought in the distant past, when medicine was closely connected to the sacred sphere and where priests also acted as physicians”.
[40]Original en (inglés): “part of the fabric of male sociability among doctors, scientists, and other professionals”.
[41]Original en (inglés): “honor codes served as a basis for male social relations and as guides for intraprofessional etiquette”.
[42]Original en (inglés): “There were three different reasons for rejecting the enrolment of women: biological and psychological (emotivity and the inferior physical strength of women were deemed grounds for natural inability); legal reasons (because of the legal dependance of a woman on her father or husband, she lacked social responsibility and autonomy for a work contract); and sociocultural reasons (the full-time obligations of a doctor were not compatible with maternity and family responsibilities of women)”.
[43]Original en (inglés): “Some deontologies were openly opposed to women in the profession, holding them to be lacking in energy. Courage, judgement, personal authority, firmness, and that most honorable of qualities, Independence, which consisted of “the conscious of free man, so little compatble with the indecisiveness of a woman´s inconstant nature”. Though some conceded female physicians´place in the care of women and children, they were believed not to possess the requisite sangfroid

for the surgical theater, and they were held to be given to an affected "primness and pedantry" that ill suited them for them for the rough-and-tumble of medical life".

[44]Original en (inglés): "One physician called for a virtuos crusade (with weapons of courtesy) and the formation of ˈa code that would have the force of moral lawˈ…the doctor must a scrupuluous kind of noesty that he applies to every act in his life. This obsession with personal honor encourage doctors to portray their profession as uniquely dangerous and to endow practitioners with qualities of great courage. Medicine was practiced on a ˈfield of honorˈ as exigent of bravery as military combat, all the deontologies of the period make much of the courage, ardor, nad virile steadfastness of the French doctor".

[45]Original en (inglés): "We know now that gender segregation is an amazingly persistent pattern and that the gender identity of jobs and occupations is repeatedly reproduced, often in new forms".

[46]Original en (inglés): "Gender is not an addition to ongoing processes, conceived as gender neutral. Rather, it is an integral part of those processes, which cannot be properly understood without an analysis of gender".

[47]Original en (inglés): "Dentistry is not an allied health profession. It is not a paramedical profession. It is time that dentistry be recognized as the profession that offers patients some of the most complex surgery performed on the human body--namely, restorative dentistry and rehabilitation of the masticatory system...An inferiority complex about what it means to be a dentist has served only to confuse the public and bring us further from our goal of improving the health of all our patients. This inferiority complex is driven by the public and the medical profession, neither of which understands how dentistry fits into overall health care".

[48]Original en (inglés): "Women's bodies cannot be adapted to hegemonic masculinity; to function at the top of male hierarchies requires that women render irrelevant everything that makes them women".

[49]Original en (inglés): "…has been able to reconcile unpaid caring work in the household and her increasing professional activities in the paid labour market".

[50]Original en (inglés): "…superwomen have too often managed to accomplished two-working days in one throughout a good deal of their lives. The absence of shared domestic work by other family members has meant sacrifices and long hours of commitments both inside and outside the home".

[51]Original en (inglés): "The main reasons for this were believed to be an evolutionary advantage and more multitasking practice in women, mainly due to managing children and household and/or family and job".

[52]Original en (inglés): "Findings were consistent cross the different countries, thus supporting the existence of a wide spread gender stereotype that women are better at multitasking than men".

[53]Original en (inglés): "Within 6 years, almost three-quarters of women physicians reported reducing work hours to part-time or considering part-time work. The emergence of this gap so early in physicians' careers may contribute to later gender inequities in compensation and promotion and suggests the importance of expanding social and institutional support for work-family balance moving forward. Until policies and a culture allowing women and men to be both parents and physicians are created, women are less likely to be retained and to advance".

[54]Original en (inglés): "Another aspect considerably limits the path to self-employment and the preference for large practices: the relatively lower continuity of women's career trajectories. In 2000 48% of German dentists who are mothers interrupt their careers to raise children which is clearly a much higher percentage than Fathers".

[55]Original en (inglés): "A predominantly female workplace is constituted as being pervaded with bitching, enmity, and hostility. Women are constituted as less direct in their communication and as making their own interpretations; they bog themselves down and want to get to the bottom of everything. Men, in contrast, are constituted as more rational and as using more direct and structured communication; they ask what they are supposed to ask, and that is it".

[56]Original en (inglés): "Human behavior is studied as an effect of prenatal hormonal input".

[57]Original en (inglés): "One hundred or more 'symptoms' (sic) have been identified: some physical, such as 'pain' or 'water retention'; some emotional, such as 'anxiety' or 'irritability'; some cognitive, such as 'lowered work performance'; some even more ill-defined, such as 'lowered judgement'. There is a heavy emphasis on negative events".

[58]Original en (inglés): "One study showed that women were more likely to blame their own menstrually related biological problems for negative moods, even when situational factors could equally well be the source of difficulties."

[59]Original en (inglés): "The presence of men thus comes to signal neutrality and professionalism…it is a privilege to be male".

[60]Original en (inglés): "Female 'dominance' and female ways of thinking are constructed as a problem that creates shortcomings in the workplace that only a male contribution can overcome. Gender difference is thus naturalized (it is the way things are) and normalized (it is the way things should be)…men are framed as a scarce and valuable resource, by both women and men, while women's value is made invisible".

[61]Original en (inglés): "Hormones appear to have become yet another biological process co-opted in the hunt for evidence that women's biology is not only different and generally inferior but periodically extremely deficient. The chemicals that were linked to women's capacity for motherhood became linked to their maladaptive emotionality, irrationality and, via the effects these chemicals had on the developing brain, lack of certain key cognitive skills".

[62]Original en (inglés): "the stereotype of female verbal superiority is one that has not stood up to close scrutiny. There are hugely overlapping distributions of male–female scores, and many differences disappear when different tests are used".

[63]Original en (inglés): "these differences were actually very small, so that knowing someone's sex would not be a good predictor of how well they might do in a test of verbal ability (or how well they might park a car)".

[64]Original en (inglés): "a model of sex in which genes and chromosomes determine initial sexual fate and gonadal hormones such as estrogens and androgens govern sexual differentiation and secondary sexual traits".

[65]Original en (inglés): "Alterity is the very possibility and process of embodiment: it conditions but is also a product of the pliability or plasticity of bodies which makes them other than themselves, other than their "nature", their functionsand identities".

[66]Original en (inglés): "Brains reflect the lives they have lived, not just the sex of their owners".

[67]Original en (inglés): "Almost no other field is more characterized by gender discrepancy than pediatric dentistry which is seen as distinctly "female".

[68]Original en (inglés): “we become habituated to certain ways of talking, writing and interpreting which spring from institutionalised settings, from our interaction with others, which we then adopt and use more or less unthinlingly”.
[69]Original en (inglés): “it is apparent that most individuals become habituated to a code-like predictability of usage, forms and meanings…part of the human reponse to finiteness and normativity is the tireless schematising thar we evidently undertake, the sorting of past experiences into remembered scripts, activities and stereotyped situations”.
[70]Original en (inglés): “a further example from Spanish illustrates the complexity of gramatical gender and also illustrates the fact that when feminine forms are changed to masculine ones, they are not considered to be “forced” or “to difficult to pronounce” as the changes from masculine to feminine are”.
[71]Original en (inglés): “There is the continuous gender role mentioned above which limits women to the areas of pediatric dentistry…Treating children is exactly the field in which female doctors and dentists in Germany have been traditionally most strongly represented and in which female physicians have had a particular talent”.
[72]Original en (inglés): “It hardly seems possible that the wise woman of olden days did not relieve toothaches, just as she helped relieve other ills, but histories of dentistry make no mention whatsoever of women”.
[73]Original en (inglés): “The first mention of women in dentistry dates back to 1820 when Levi S. Parmley, according to his book “Natural History of the Teeth,” offered to instruct ladies and gentlemen of liberal education for dental practice”.
[74]Original en (inglés): “Middle-class women were also valued as assistants for their ability to communicate with others and their ability to deal with children…They were also seen as skilled in dealing with children. With the shift in the focus of dentistry towards the prevention of dental disease, particularly in children, women's abilities were particularly valued. Generally, dentists were reluctant to perform pediatric dentistry and much preventative work because these were not profitable and because many dentists found it difficult to interact with children. With a woman in the dental office, these difficulties were diminished. Female dental assistant and male dentist could work in tandem, with the women soothing and managing the children, while the dentist operated. Women could be used to perform some aspects of preventative dentistry, such as educating patients about appropriate dental habits”.
[75]Original en (inglés): “Until the mid-1950s, in at least one state of the United States, a major dental supplier gave all new clients opening dental offices a very handsome sign thar said: No children under age 13 treated in this office”.
[76]Original en (inglés): “Women’s loss in salary to be with children occurs in parallel with men’s loss of time to be with children, and we need equality in both spheres for stronger families and a more robust health care workforce”.
[77]Original en (inglés): “…women dentists became more accepted although even in the 1960s government publications encouraged women dentists to join the Child Welfare Service and the School Health Service. It was considered that this work would be particularly appropriate for women and that children would react better to female than male dentists”.
[78]Original en (inglés): “The President of the French Association of Women Physicians (Association Française des Femmes Médecins) reminds us that when the association was founded in 1920, it ˈalso aimed to offer a new perspective on medical science, bringing a different sensibility, especially in the special areas of women’s and children’s healthˈ.
If gynecology, dermatology, and pediatrics ˈare particularly prizedˈ specializations at the moment, it is ˈbecause they allow the female practitioner to fully express her feminine sensibilityˈ. In other words, the suffering and needs of patients may in some cases be better handled by women”.
[79]Original en (inglés): “sometimes psychological theories like this can leave the impression that the labels they attach to their participants (male–female, systemiser– empathiser) are interchangeable. The consequence of this is that people may take a shortcut and assume that if you want a job done that requires an empathic touch, then you just need to appoint a woman. Or conversely, if you want a job done that requires a high level of systemising skill, a woman would not be suitable.”
[80]Original en (inglés): “…pediatric dentistry grew out of restorative dentristry, championed by general dentists who enjoyed working with children and had compassion for the suffering they underwent with unchecked dental caries in the pre-fluoride era. Care of children was at first simply a dentsits preference, and then it was officially recognized as a specialty midway in the last century”.
[81]Original en (inglés): “… jobs that have traditionally been held exclusively or almost exclusively by one gender come to be viewed as better suited for that gender. The assumption is that to be successful in that job, one must possess the traits attributed to its gender-type”.
[82]Original en (inglés): “gay men display greater preference for female-typed work than do heterosexual men”.
[83]Original en (inglés): “the knowledge that a man is applying for a female-typed job leads to the assumption that he possesses the communal, expressive, warm feminine traits necessary to perform that job. This simultaneously leads to the assumption that he lacks prescribed masculine agentic traits”.
[84]Original en (inglés): “Stereotypes of male and female homosexuals, as predicted, reflect an implicit belief in inversion theory…in general, homosexual men were seen as more like heterosexual women than etiher heterosexual men or homosexual women”.
[85]Original en (inglés): “Evidence that people subscribe to an implicit inversion model is provided by yhe results of the more specific gender-related component measure as well, which measures traits, role behaviors, occupations and physical characteristics”.
[86]Original en (inglés): “for both male and female target persons, role information or trait information that was gender-inconsistent (e.g. feminine traits ascribed to a male) led to a sharp increase in the estimated propbiblity of that person being homosexual”.
[87]Original en (inglés): “In fact, some jobs that have traditionally been viewed as female-typed jobs are also viewed as “gay” jobs because it is common to find gay men performing successfully in those occupations”.
[88]Original en (inglés): “Prejudice against gay men and lesbians could be driven by at least two types of expectancy violations: those pertaining to sexual orientation per se, and perceived violations of traditional gender roles (e.g., the fact that gay men are often inferred to be feminine…”.
[89]Original en (inglés): “gay men applying for leadership positions were viewed as possessing equal levels of feminine and masculine traits”.

[90]Original en (inglés): “For a heterosexual male, the mere knowledge that he is employed in or applying for a female-typed job should lead to decreased ratings of respect and effectuality”.
[91]Original en (inglés): “When depicted as being successful at a female gender-typed job, men were characterized as more ineffectual and afforded less respect”.
[92]Original en (inglés): “Because the devaluation of activities done by women has changed little”.
[93]Original en (inglés): “women have had strong incentive to enter male jobs, but men have had little incentive to take on female activities or jobs”.
[94]Original en (inglés): “Both men and women reported that men should only hold masculine occupations, but that women should hold both masculine and feminine occupations”.
[95]Original en (inglés): “Love of offspring is an instinctive impulse, not confined alone to the female of the human species, but belongs to the female sex of every kind of living thing”.
[96]Original en (inglés): “…‘blame the brain’ was a consistent and persistent mantra when it came to finding explanations for how and why women were different from men. In the eighteenth and nineteenth centuries it was generally accepted that women were socially, intellectually and emotionally inferior; in the nineteenth and twentieth centuries the focus shifted to women’s supposedly ‘natural’ roles as carers, mothers, womanly companions of men. The message has been consistent: there are ‘essential’ differences between men’s and women’s brains, and these will determine “their different capacities and characters and their different places in society. Even though we could not test these assumptions, they remained the bedrock on which stereotypes were firmly and immutably grounded”.
[97]Original en (inglés): “The female brain is predominantly hard-wired “for empathy. The male brain is predominantly hard-wired for understanding and building systems”.
[98]Original en (inglés): “Rousseau does not believe natural differences are necessarily either very great, inevitable, immutable, or pollitically relevant. Roussau, however, finds sex roles to have beneficial social conseuqences and, therefore, he strongly endorses differential treatment of the sexes”.
[99]Original en (inglés): “The idea of complementarity – that is, the belief that the traits, strengths and weaknesses of one group are compensated for or enhanced by the traits, trengths and weaknesses of another – is an exceptionally powerful way to maintain power inequities between groups, as it implies that any perception of inequity is illusory and that the actual basis for discriminating between groups is based on each group’s relative strengths and weaknesses.”
[100]Original en (inglés): “…children seemed to react differently to men. Whenever she was playing with a child and a male staff member entered the room, the child would start to cry. It was as though they perceived the men differently. Her father had been a surgeon too, and years before, whenever she had assisted him in his office, she'd noticed that children reacted in a certain way to him and another way to her. This surgeon's observations should not surprise us: a woman's body comforts and holds; a man's body acts. A baby learns these distinctions very early; a young child anticipates different behavior from women's bodies than from men's; an adult is impelled by the same embodied knowledge”.
[101]Original en (inglés): “Among the dental specialties, it is accepted that pediatric dentistry has the highest representation of women compared to other advanced dental areas and predoctoral programs…Greater female representation in pediatric dentistry has been attributed to a traditional state of mind that treating a child requires qualities such as tenderness and empathy, or caring, that women may possess more than men”.
[102]Original en (inglés): “Another study in Brazil found a tendency for women dentists to play what was perceived to be a more “female role” in the profession, undertaking activities associated with ˈcareˈ and ˈmaternalˈ aspects”.
[103]Original en (inglés): “Those who view women dentists’ career choices as being related to their caring for others may point to the female majorities in Brazil in the specialties of pediatric dentistry, public health, esthetic dentistry, and endodontics, all of which may be seen to involve less invasive practice and procedures requiring great delicacy”.
[104]Original en (inglés): “Woman is endowed with an instintictive love for children, which maternity develops into the most persistent characteristic of her nature. And, if she be possessed of the noblest sensibilities of her sex, she relinquishes without regret the enjoyment of all former loves and amusements, and any duty to her child, however laborious, becomes a pleasure”.
[105]Original en (inglés): “There is, to be sure, a strong and fervid insistence on the "maternal instinct," which is popularly supposed to characterize all women equally, and to furnish them with an all-consuming desire for parenthood, regardless of the personal pain, sacrifice, and dis- advantage involved”.
[106]Original en (inglés): “In the absence of all verifiable data, however, it is only common-sense to guard against accepting as a fact of human nature a doctrine which we might well expect to find in use as a means of social control. Since we possess no scientific data at all on this phase of humain psychology, the most reasonable assumption is that if it were possible to obtain a quantitative measurement of maternal instinct, we should find this trait distributed among women, just as we have found all other traits distributed which have yielded to quantitative measurement. It is most reasonable to assume that we should obtain a curve of dis- tribution, varying from an extreme where individuals have a zero or negative interest in caring for infants, through a mode where there is a moderate amount of impulse to such duties, to an extreme where the only vocational or personal interest lies in maternal activities”.
[107]Original en (inglés): “While some women appear to have a stronger maternal drive, it’s often because they’ve been cultivating that behavior from a very early age, from toy dolls and games to babysitting for neighbors, a job rarely asked of or imposed upon boys”.
[108]Original en (inglés): “Cultural conditioning for caregiving roles is real. Male reticence to participate in specific aspects of parenting is real”.
[109]Original en (inglés): “Cultivating a maternal drive is bit like learning language, posits Ragsdale. Children are exposed to that early on and learn language from the people who are speaking it. If children were conditioned to be more ‘maternal’ from an early age then the drive might be stronger as adults.”
[110]Original en (inglés): “These women have incorporated maternal behavior from the first moment they were snuggled by their mothers. As little girls, they were wordlessly shown how to nurture their baby dolls-behavior that was very different from the way little boys are encouraged to play with their warlike dolls. They learned to express tenderness toward younger children in a

particular fashion, similar to the way their mothers expressed tenderness to them-as opposed to how little boys learn to express comparable interest in babies and little children, which is likely to resemble the playful, mock-challenging manner their fathers adopted with them. This is practical, tacit body knowledge, for which there are few if any words. "What is 'learned by body' is not something that one has, like knowledge that can be brandished, but something that one is" (Bourdieu 1990a: 73). The "lived anatomy" of these women, their embodied principles, values, and ways of acting, are so much a part of them that the women are unaware of it".

[111]Original en (inglés): "A pregnant rat does not go to birthing class. From animal to animal, this behavior shows no varaition base don temperamento or culture. It´s programmed into her DNA. A rat has a maternal instinct. So, too, does a grayback goose, who immediately pushes any round object near her nest inside to incubate it, no matter if it is a billiard ball placed there by an impish ethologist ora n actual egg. Round object (stimulus) produces rolling behavior (response). The less intelligent an animal, the more its survival depneds on instinct".

[112]Original en (inglés): "Humans no longer rely on reflexes or instincts, though we still have a handful, like raising our chin en eyebrows at the sight of an acquaintance. Instead we operate under the auspices of a sophisticated nervous system that interacts with the environment to alter the physical structures of the brain. This alteration is referred to as learning".

[113]Original en (inglés): "Culture, not instinct, is the predominant mechanism for skill exchange between generations".

[114]Original en (inglés): "when they don´t have experience with infant-care skills, there´s a very low breeding success rate. Parenting skills are learned. They are not innate, for males and females equally. Both are clumsy parents. You have to learn to tolerate a squirming infant on your back. You have to learn to share care of your baby. First-time mothers dont know how to position infants to nurse on the nipple. They hold them upside down".

[115]Original en (inglés): "Plasticity allows us infinte potentials, at least in comparison to instincts, inflexible as glass".

[116]Original en (inglés): "by definition, an instinct is a behavior that does not have to be learned, shows almost no variation between members of its species, and manifests in a rigid sequence of behaviors performed in response to stimulus".

[117]Original en (inglés): "Emotionally, women were more likely to be sensitive and unstable as compared to men's 'passionate force evident in the drive to achieve, to create, and to dominate'".

[118]Original en (inglés): "a pedodontist was regarded as one who, because of his peculiar interest in serving children, did not quite 'measure up". There was an attitude amongst both public and profession that any service for children featured a 'half-rate performance for fourth-rate recompense'. Many of today's paediatric dentists will still recognize that attitude among some colleagues".

[119]Original en (inglés): "The labour market is highly segmented by gender. As a result, women are often employed in less skilled, less socially valued and lower-paid occupations than men".

[120]Original en (inglés): "The term 'oral rehabilitation' is often used by the dental profession to somewhat colloquially refer to biomedical operative processes such as the complex restoration of teeth or the dental arch".

[121]Original en (inglés): "'Oral rehabilitation' is a phrase that is used to encompass several levels of oral therapy. Usually, dentists think of an oral rehabilitation as meaning restoration of all of the teeth in a given mouth. However, when only the defective teeth in any mouth are restored, that too could be defined as an oral rehabilitation. The advent of esthetic dentistry has encouraged oral rehabilitation for esthetic reasons only".

[122]Original en (inglés): "Restorative dentistry covers many different disciplines. It is relatively easy to consider undertaking treatment such as root canal therapy, restorations involving occlusal or proximal surfaces, or the provision of a removable partial denture. However, bringing all these events together in a logical clinical sequence is the decision process involved in a restorative treatment plan. There may be many different approaches to similar problems and these can vary from simple monitoring to more elaborate restoration of an occlusion".

[123]Original en (inglés): "For instance, every prosthodontics chair at a German university is currently held by a male dentist and professorships in dental surgery exhibit a similar situation".

[124]Original en (inglés): "Female German dentists likewise differentiate themselves from their male colleagues as regards nthe spectrum of treatments they offer, as the latter offer prosthodontics and implantodontics significantly more often".

[125]Original en (inglés): "female dentists work with more than twice the frequency as their male colleagues in the less lucrative field of pedodontology…conversely the economically more attractive fields of prosthodontics and especially implantology are largely identified as male domains".

[126]Original en (inglés): "…perceived the job of esthetician to be female-typed) and the job of mechanic to be male-typed".

[127]Original en (inglés): "beauty is in the eye of the beholder". This very concept suggests that there maynot be universal agreement on what constitutes art or beauty".

[128]Original en (inglés): "Stereotype threat refers to the effect of attention being drawn to a negative stereotype of the group that you belong to, for example the inability of females to perform visuospatial tasks, or the tendency for African-Caribbean boys to do poorly on tests of intelectual achievement".

[129]Original en (inglés): "Stereotype threat is defined as a "socially premised psychological threat that arises when one is in a situation or doing something for which a negative stereotype about one's group applies".

[130]Original en (inglés): "how many of these talented, capable, intelligent women were told that prosthodontics, or even dentistry, wasn't for them? Were told they would be a 'distraction' to their male colleagues? Were encouraged to look elsewhere for a profession?"

[131]Original en (inglés): "the environment is gradually changing, and that female advancement in the field is becoming the new normal".

[132]Original en (inglés): "Women have made great strides in the dental profession, particularly in the prosthodontics field; however, the gender imbalance remains".

[133]Original en (inglés): "…as long as the female as the "typucally female" characteristics are taken into consideration and as long as women themselves nourish stereotypes such as gender- specific competences of practitioners, it will not be natural for women to enter what have been to date specialty fields dominated by men such as the technical fields of prosthodontics, oral surgery and implantodontics".

[134]Original en (inglés): “Although the specialty was envisioned and introduced by men, women have played a large role in solidifying its authority in dentistry today”.
[135]Original en (inglés): “These achievements and disparities are best summarized by a recently graduated female prosthodontist, Dr. Virginia Hogsett: “In my residency program, there were as many woman residents as men. However, while gender bias is in some ways diminishing, one look at the list of names of the distinguished speakers at any given prosthodontic conference will quickly prove that we, as women, have a long way to become equally important as leaders in the field”.
[136]Original en (inglés): “the additive effects of a series of micro-inequities over time; and 2) even when opportunities for advancement are offered, women hold themselves back for a number of reasons, which may include childcare, personal choice, illness, and caring for relatives. Therefore, significant support from peers, co-workers, spouse/partners, and supervisors are important to create a supportive environment. Networking among female prosthodontists is strongly encouraged as well”.
[137]Original en (inglés): “it is very rare for any one part of the brain to be solely responsible for one thing, other than at the very basic level of sensory processing. Almost all structures in the brain are impressive multi-taskers and get involved in a wide range of different processes.”
[138]Original en (inglés): “if there are claims that one group of people have a particular part of the brain that is larger than that in another group, it doesn’t necessarily tell us anything useful about the particular skills of the first group.”
[139]Original en (inglés): “Behavioral experiments have shown that men and women rate the beauty of visual artistic and decorative stimuli in different ways”.
[140]Original en (inglés): “Women use their brains differently than men. Men and women simply are wired differently in the way they receive and process information. Women see not only the forest, but also the trees, the leaves, the different colors and veins in the leaves, the underbrush, and the bugs underfoot — the many nuances and details that make up the whole”.
[141]Original en (inglés): “the different strategies used by men and women in assessing aesthetic preference may reflect differences in the strategies associated with the division of labor between our male and female hunter-gatherer hominin ancestors”.
[142]Original en (inglés): “It is known that men and women differ in their capacity to distinguish shades, and traditionally women have been considered better at selecting shades than men”.
[143]Original en (inglés): “Women have traditionally been believed to be more capable of matching colors than men. Because of this factor women should tend to agree with one another more often than men regarding tooth shade selection”.
[144]Original en (inglés): “Variation in shade perception due to observer gender can be minimized using additional observers and/or improving shade matching ability”.
[145]Original en (inglés): “We argue that sex differences in human visual processing, no matter how small or subtle, support the view that females and males truly see the world differently”.
[146]Original en (inglés): “We seek not to evaluate scientific reports of sex differences in human vision critically but rather to show that, if any single result reported here is valid, sex differences in the human visual system are undeniable”.
[147]Original en (inglés): “Men and observers with more clinical experience were more successful in discriminating shades”.
[148]Original en (inglés): “Women's cleaning and ordering talents were increasingly required after the turn of the century, as dental offices were separated from the family home. With a separate office, it was less easy for dentists' wives and servants to maintain the office for them. Dental assistants could provide the cleaning services that dentists' wives had previously performed. The higher standards of cleanliness and asepsis demanded in the early twentieth century made this cleaning work even more essential”.
[149]Original en (inglés): “the many little details which can be so well performed by a woman of intelligence and tact, leaving the dentistf ree to do the importanto operative procedures”.
[150]Original en (inglés): “women's ability in handling 'little' details was a perfect complement to the dentist, enabling him to do his 'important' work. Moreover, women were valued as assistants because they were seen to possess a 'deftness in the arranging and adjustment of things that man does not possess'".
[151]Original en (inglés): “The use of the feminine pronoun to describe the nurse brings about the assumption that nurses must be female.As gender biased language continues to be used it continues to detract the minority gender to the profession”.
[152]Original en (inglés): “Male nursing students frequently experience loneliness and isolation, which they associate with being men in a predominantly female environment, and they express a desire to interact more often with male role models”.
[153]Original en (inglés): “In 1915, the first legal definition of dental hygiene practice recorded in Connecticut read: Any registered or licensed dentist may employ women assistants who shall be known as dental hygienists”.
[154]Original en (inglés): “In Europe, over 96.5% of dental hygienists are women...the gender bias in the dental hygiene profession has an effect on equal access to education, and on equal occupational opportunities for dental hygienists within the European Union (EU) and beyond”.
[155]Original en (inglés): “In the 2000-2001 academic year 97.3% of the 12,629 dental hygiene students were female.2 The numbers from 2005-2006 indicate that 97.1% of the 13,938 students were female. 3 The 2007 U.S. Bureau of Labor Statistics reported 99% of working dental hygienists were female.4,5 Recent statistics show 4.2% of dental hygiene students in 2012-2013 were male and in 2014-2015, 3.7% of dental hygiene student graduates were male.6,7 These numbers indicate very little gender diversity in the dental higiene profession and over the past 15 years male students in the profession have only risen by about 1.5%. Very similar numbers exist within the nursing profession, where males represent a very small portion in the nursing field. It has taken 30 years for the number of male nurses to increase from 2.7% to 5% of the nursing population”.
[156]Original en (inglés): “A common sexual stereotype that exists is that male dental hygienists and male nurses are effeminate or gay”.
[157]Original en (inglés): “As a male hygienist they automatically assume that you are heavy handed.” This is a familiar topic discussed literature by male hygienists and male nurses…Many people automatically asume that a male hygienist will be more rough when treating them”.
[158]Original en (inglés): “Some male dental hygienists have been given responses stating that patients expect a female dental hygienist or the dentist cannot handle sharing space with another male. Older male patients have even mentioned when they

come to the dentist they expect to see a pretty young female as their hygienist. One hygienist mentioned that some toddlers feel less comfortable with a male and recalls switching patients with a female to avoid the little one's tears".

[159]Original en (inglés): "Perhaps the most intriguing characteristic the dental assistant was expected to have wasthe ability to divine the dentist's needs and wishes without him having to state them…This ability to anticipate the needs of the dentist was regarded as one of the most important requirements of a dental assistant. In part, this ability required technical knowledge so that the assistant could anticipate exactly what the dentist needed at each point during an operation. However, in the dental literature, this ability to anticipate the dentists' needs was not so much described as a learned skill, but more as an innate ability that ideal assistants possessed even before being trained (Webster 1912; RCDS 1919). That is, ideally, assistants were expected to have the womanly intuition and devotion to serving others so acute that they would be able to anticipate and meet the dentist's every need. Thus, here too, ideal notions of femininity and women's relations with men were embodied in the role of dental assistant".

[160]Original en (inglés): "Worldwide, dental higiene struggles to have such wording removed from the legislative discourse".

[161]Original en (inglés): "This means that women, becasue of the honesty ascribed to them, would not transgress the regulations imposed by dentristry".

[162]Original en (inglés): "Through the nineteenth century… many of the early dental technicians emerged. Many of these men were by previous trade, inventors, machinists, silversmiths, barbers, plumbers, and tradesmen of all types. Some were dentists who left dentistry to go into what they perceived as a more lucrative endeavor".

[163]Original en (inglés): "Hiring dental auxiliary workers served another purpose: it enabled dentists to disassociate themselves from the lower-status aspects of their work".

[164]Original en (inglés): "The manual laboratory work, venerated by early dentists, was now seen as more suitable for an unscientific manual trade than to the learned, scientific, gentlemanly profession of dentistry. Dentists, therefore, began to perform less of this work themselves and, instead, hired 'mechanical men' to do the work for them".

[165]Original en (inglés): "Dentists hired working-class tradesmen to perform mechanical dental work: men who could be distinguished from dentists by their lack of formal education and their lack of 'gentlemanliness".

[166]Original en (inglés): "Dental mechanics were valued by dentists because they increased their efficiency and freed them from performing lower-status work that seemed more suitable for tradesmen than for professional men".

[167]Original en (inglés): "Working-class men were hired to perform labour that was 'merely mechanical and [did] not require either knowledge or skill beyond that of a mechanic'.

[168]Original en (inglés): "While women were prized as dental assistants, they were believed to be not entirely suited for dental laboratory work. For this type of work, it was recommended that dentists hire men".

[169]Original en (inglés): "Oral and maxillofacial surgery (OMFS) is an attractive career that is considered to be intellectually interesting and that has an impact on patient lives. Consequently, it is cited as the leading career choice among undergraduate dental students, particularly for male students".

[170]Original en (inglés): "Surgery is discursively positioned as differing from other specialties, with a distinct culture".

[171]Original en (inglés): "While almost half of the student body entering dental school today are women, only a handful still are applying to train as oral and maxillofacial surgeons".

[172]Original en (inglés): "Gender diversity in the specialty of oral and maxillofacial surgery is inadequate when speaking of equality at this time. Specically, the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons has calculated that practicing women make up only 8% of our specialty. Clearly, more progress is needed to achieve greater gender diversity".

[173]Original en (inglés): "Women are under-represented in surgery and leave training in higher proportions than men.

[174]Original en (inglés): "An old boys' network, exclusion from events, scepticism from patients and incompatibility with family life are among the factors fuelling a dearth of women in surgery".

[175]Original en (inglés): "insufficient role models, insufficient institutional support, gender discrimination and harassment, sleep deprivation, adverse interactions with seniors, pregnancy and childbirth".

[176]Original en (inglés): "Various theories have been put forth to explain this discrepancy. Do women have a lack of physical stamina, not enabling them to withstand the pressures of a surgical residency? Is there an inability to satisfy both the demands of a "happy home" and family and a career in surgery? Or, is it merely a lack of role models in the field of oral and maxillofacial surgery, causing a slow progression away from gender discrimination in this field? Most likely, a variety of reasons exist for this apparent lack of interest by women to specialize in oral and maxillofacial surgery".

[177]Original en (inglés): "female dentists may be inclined grade surgical interventions as 'complicated and risky'. Male dentists appear to be willing to take the same risks with greater self-confidence, whereas female dentists appear to overrate their personal uncertainty by underestimating their real technical capabilities. Though dental treatment in general is increasingly dominated by women, surgery is still dominated by male dentists. This can be viewed through observed gender differences with respect to risk perception…".

[178]Original en (inglés): "To some, a woman's body conveys delicacy and lack of stamina".

[179]Original en (inglés): "It is obvious that even if most men are stronger than most women, many are of equal physical ability, and some women are stronger than some men".

[180]Original en (inglés): "As a male-dominated profession, it is not surprising that many of the extreme behaviors associated with surgeons reflect rigid definitions of masculinity. Traditional masculinity is associated with being powerful, strong, and in control; self-sufficiency, sexual prowess, and monetary success are lauded and demonstration of weakness or vulnerability is frowned upon. These same characteristics play out in the stereotypes and hierarchy of surgery. Medical students view surgeons as 'self-confident', 'intimidating', and 'rude' and surgical culture as 'competitive'.

[181]Original en (inglés): "Those typical characteristics can be particularly important to some students who tend to evaluate the specialties in accordance with their perception of their own abilities, almost like a selfselection process".

[182]Original en (inglés): "Habitus is often mistaken for natural ability; however, it is culturally developed. This means that there is an unconscious bias towards others with perceived ability, which is a preference for others with similar cultural background. Individuals with a different habitus must do additional work to be considered as able as those whose cultural background means they already have the required habitus".

[183]Original en (inglés): “within a prevailing discourse that excludes major parts of their identities”.
[184]Original en (inglés): “Women are then less likely to be given the opportunity to prove themselves in a masculine occupation and have to work harder to show that they have what it takes”.
[185]Original en (inglés): “when a sppecialized field has been historically dominated by men and is stuructured by the protocols of onal oral honor culture, a man and a woman who enter it for the first time experience it differently. The man may proceed immediately to the tasks at hand, base don his knowledge and expertise, while the woman is reflexively aware of being in a social situation. For him the social is ˈnaturalˈ in the sense that it is gendered masculine and reflects his previous experiences. The woman, however, must work trough a supllementary array of choices about identity and appropriate behavior becasue, as Elizabeth Fee has written, in this process women internalize the cultural contradictions of gender in a constant, ongoing process of mediating opposing cultural demands”.
[186]Original en (inglés): “People base their understanding of what it takes to do well in a particular occupation on the individuals that they see working in that field”.
[187]Original en (inglés): “These beliefs have negative consequences for women in male dominated occupations, since observers assume that women lack the attributes that are required for doing a job well”.
[188]Original en (inglés): “This highlights the power of paradigmatic trajectories in shaping what students believe to be possible, and how the lack of alternative trajectories can restrict imagination and, most importantly, career choices”.
[189]Original en (inglés): “Students are highly sensitive to these paradigmatic trajectories; they need to know ‘what counts’ in order to establish increasing legitimacy and to access participation within a community”.
[190]Original en (inglés): “There is a culture that basically discourages females to pursue this career…you cannot be what you cannot see”.
[191]Original en (inglés): “Female students were unable to see or identify with other women in surgery. They heard about challenges to being a female surgeon, lacked experiences of participation, and struggled to imagine a future in which they would be successful surgeons. Thus, based on paradigmatic trajectories constructed from exposure to surgery, they self-selected out of surgical careers. By contrast, male students had experiences of ‘hands-in’ participation and were not marginalised by paradigmatic trajectories”.
[192]Original en (inglés): “Discursively, surgery is constructed as strongly masculine: its culture is masculine, wherein masculine qualities are valued”.
[193]Original en (inglés): “gender stereotypes (that females are higher in warmth than competence, and males are higher in competence than warmth)[29, 30] may have “spillover effects” on judgments of female and male surgeons”.
[194]Original en (inglés): “In particular, these stereotypes will influence whether the normal challenges associated with occupational training are interpreted by a trainee as a challenge to be overcome or as a sign that she does not have what it takes to be a surgeon”.
[195]Original en (inglés): “Feminist theory holds that institutions like surgery, which have been created by men and traditionally dominated by men, are defined by the absence of embedded roles for women. Female roles cannot simply be added to existing institutional structures. Faced with the absence of a gender-congruent role, women must choose between identifying as a woman and remaining outside the traditional structures of surgery, or identifying as a surgeon in traditionally masculine”.
[196]Original en (inglés): “Omnipresent undercurrents, not formally part of established programmes, filter through the working environment, are often subtle, but nevertheless visible, sometimes powerful, gender biassed and risk discrimination. …with lessons long remembered because of consistent daily reinforcement”.
[197]Original en (inglés): “The hidden curriculum consists of the unspoken or implicit academic, social and cultural messages that are communicated to trainees while they are in a learning environment. It is described as ‘hidden’ because it is usually unacknowledged or unexamined by trainees, trainers and the wider community. Because the values and lessons reinforced by the hidden curriculum are often the accepted status quo, it may be assumed that these ‘hidden’ practices and messages do not need to change, even if they contribute to undesirable behaviours and results”.
[198]Original en (inglés): “meanings, behavior, values, and symbolism associated with the traditional female habitus fit poorly with those of the iron surgeon”.
[199]Original en (inglés): “Male homosocial narratives implicitly render women different and unfamiliar with men’s worlds and unable to access the world and language of fathers”.
[200]Original en (inglés): “male sexual imagery pervades organizational metaphors and language, helping to give form to work activities”.
[201]Original en (inglés): “The symbolic expression of male sexuality may be used as a means of control over male workers, too, allowed or even encouraged within the bounds of the work situation to create cohesion or alleviate stress”.
[202]Original en (inglés): “The small amount of qualitative research in this area shows that women pretend to enjoy sexualised banter in the operating theatre to give them credibility in a male-dominated world, which might violate their personal norms; women have to demonstrate masculine traits to become a legitimate woman surgeon; and trainees who choose to leave are less tolerant of the priority given to service provision over education, considering it a breach of the informal contract on which clinical education depends”.
[203]Original en (inglés): “A woman at any given moment may feel most comfortable, most accepted, and most integrated into the workplace as she enacts certain familiar, culturally appropriate meanings of gender”.
[204]Original en (inglés): “Some women absorb the ethos of the iron surgeon all too/well from ˈpussycatsˈ they are transformed into pseudomen”.
[205]Original en (inglés): “You don’t look like a surgeon. You don’t act like a surgeon. You’re too nice, too caring, too compassionate, too thoughtful, too communicative (sometimes, too pretty)”.
[206]Original en (inglés): “Then there is the Woman Surgeon. Cold, impersonal, moody. Micromanaging shrew, castrating harpy bitch, that seems to be the most common descriptor. Makes the stereotype of a male surgeon seem all warm and fuzzy by comparison”.
[207]Original en (inglés): “Women and men’s behaviour tends to be perceived differently (eg strident/bitchy vs charismatic)”.

[208]Original en (inglés): “it is the title that accompanies any woman in authority, especially with a powerful or critical role”.
[209]Original en (inglés): “Stereotype Surgeon” is a (usually) white man with a testoserone-infused swagger, condent and brash, charismatic, commanding. Arrogant. Volatile, even bullying and abusive. Aggressive. Cuts rst, asks questions later, because to cut is to cure, and the best cure is cold, hard steel. Sometimes wrong, never in doubt. One of the Good Old Boys club. Good with his hands, but no time to explain; compassion and communication are for sissies. There are some positive characteristics, like from this KevinMD post from a medical student’s point of view: “decisive, well organized, practical, hard working,” but then you get “cantankerous, dominant, arrogant, hostile, impersonal, egocentric, poor communicator.”
[210]Original en (inglés): “Educational policies, teacher attitudes, curriculum, hidden curriculum, school culture, classroom arrangement etc. deepen the gender discrimination and inequality in education”.
[211]Original en (inglés): “At many hospitals, space is at a premium, and women may be expected to share the men's call roomseven though these may be located in the men's locker room, where the men change their clothes”.
[212]Original en (inglés): “The embodied ethos of surgery involves a denial of the surgeon's bodily needs. This "standardized system of organization of the instincts and emotions," as Bateson puts it (1958: 118), is imparted from the first day of training. The pace is driving, the hours are punishing, and the stakes are terrifyingly high: human lives are in the balance. The intern is on call every second or third night; working through the night does not excuse her from the need to perform well the following day. She is exposed to new techniques that she must master, to statistical outcomes of different treatments that she must memorize, to unspoken rules of behavior that she must obey”.
[213]Original en (inglés): “The iron surgeon does battle with death, exterminates disease, declares war on softness, sloth, and error. He is technically brilliant, clinically astute, technologically sophisticated. His feelings, if he has any, are private; his inner life, if he has time for one, is unengaged by his work. The feelings of his patients are also private. Their personalities, problems, hopes, aspirations are irrelevant. The iron surgeon's task is to excise disease. The rest is for nurses or social workers”.
[214]Original en (inglés): “These portraits form part of a societal discourse of what a surgeon is, and by extension inform who is willing or feels able to practise surgery, and therefore the practice of surgery itself”.
[215]Original en (inglés): “Becoming a surgeon involves incorporating distinctive attitudes toward time, food, fatigue, illness, and bodily distress. All are imparted during training; none come "naturally" or effortlessly”.
[216]Original en (inglés): “One of the things this inhuman schedule is meant to instill (and it generally succeeds) is a surgical superego-an inner voice that compels a surgeon to keep working, despite fatigue, until everything that should and could be done is indeed accomplished”.
[217]Original en (inglés): “Sleep deprivation is a recognised safety hazard in 24/7 industries, impairing executive function, visual-spatial perception and psychomotor skill. The reduction in performance following 24 hours’ sleep deprivation has been equated to the effect of a 0.1% blood alcohol concentration with a significant deterioration observed in subjects’ visual and spatial memory, reaction times, concentration and decision-making; a finding that would reprimand a physician as unfit to assume clinical duty”.
[218]Original en (inglés): “When surgeons conceptualize their profession as focused primarily on cutting and curing-when they perceive talking to patients as an unavoidable (but not particularly enjoyable) aspect of eliciting symptoms, diagnosing disease, and communicating the need for and results of procedures-then personalities and pity will play little part in their work. Such practi-' tioners are iron surgeons, specializing in action, not words; excision, not empathy. Surgical training instills the ethos of the iron surgeon. And time pressures reinforce a disinclination to communicate with patients: residents must accomplish an almost unlimited number of assignments every day. The task of/talking and listening to patients thus ranks very low on the hierarchy of activities valued by their superiors”.
[219]Original en (inglés): “Women's bodies cannot be adapted to hegemonic masculinity; to function at the top of male hierarchies requires that women render irrelevant everything that makes them women”.
[220]Original en (inglés): “the abstract worker is actually a man, and it is the man's body, its sexuality, minimal responsibility in procreation, and conventional control of emotions that pervades work and organizational processes. Women's bodies- female sexuality, their ability to procreate and their pregnancy, breast-feeding, and child care, menstruation, and mythic "emotionality"- are suspect, stigmatized, and used as grounds for control and exclusion”.
[221]Original en (inglés): “male residents frequently have someone to take up the slack; female residents rarely have such a person. A man who takes up the slack is a paragon; a woman who takes up the slack is a wife, mother, or live-in girlfriend”.
[222]Original en (inglés): “the dominant male had a successful career and appropriate care for his family. Female surgeons, however, had a successful family but remained frustrated with regard to their professional careers”.
[223]Original en (inglés): “Childbearing is challenging for surgical residents. Elicited obstacles include strenuous workloads during pregnancy, short and inflexible maternity leaves, and childcare and lactation supports that are not aligned with the work environment of residency. Fear of negative stigma and perceptions of bias are sources of anxiety during pregnancy and after return to work. These findings demonstrate areas in which targeted interventions may reduce the burden of childbearing on surgery residents”.
[224]Original en (inglés): “There is little discursive space to be both a successful woman and a successful surgeon. Those who combine these two roles must either be innovative in refiguring either what it means to be a woman or what it means to be a surgeon”.
[225]Original en (inglés): “By the time training in oral and maxillofacial surgery has been completed, one will be at least 30 years old, assuming that it is a 4-year program, and not one lasting 5 or 6 years, and that one has no intent to seek a fellowship. Thus, most women will be approaching the peak of their child-bearing age. However, if they then enter an academic career as an assistant professor, the next 4 to 6 years will need to be spent accumulating an impressive portfolio of teaching, research, and clinical practice to obtain tenure. If, during this period, the woman now desires to become pregnant, what happens to her academic career? Can she take maternity leave and still have some income? How soon does she have to return to work? Who will take care of the child if she must work full-time again? What will happen if she wants to have more children? Would not life be more manageable if she were in private practice? I am sure that these thoughts run through the mind of those women contemplating a career in academic oral and maxillofacial surgery. The answers to such questions lie in academic institutions

finding ways to allow female surgeons to have children, raise a family, and still accomplish the necessary achievements in teaching, research, service, and clinical practice".

[226]Original en (inglés): "…although the students reported many examples of positive role models and effective, approachable teachers – with valued characteristics perceived according to traditional gendered stereotypes – they also described a hierarchical and competitive atmosphere in the medical school, in which haphazard instruction and teaching by humiliation occurred, especially during the clinical training years".

[227]Original en (inglés): "The 'accused' may deny bias…justify the bias…or criticise the complainants as oversensitive or trying to ignore 'inconvenient truths'.

[228]Original en (inglés): "Mistreatment occurs frequently among general surgery residents, especially women, and is associated with burnout and suicidal thoughts".

[229]Original en (inglés): "Female surgeons, but not male surgeons, perceived sexism and social factors such as marriage, children, and the attitudes of society to be major career obstacles".

[230]Original en (inglés): "women in our study disavowed and distanced themselves from gender issues because of powerful imperatives to present themselves as 'unmarked' by gender in a profession where professional norms are implicitly gendered. In such an environment, identifying as a victim of discrimination serves to mark oneself as different from the norm, which may be harmful professionally. Indeed, women in historically male professions often find that speaking out against discrimination can have the counter-productive outcome of emphasizing their femininity and 'otherness,' especially if they are labeled as overly sensitive or prone to complaining".

[231]Original en (inglés): "Whenever there is a minority in a field, there are bound to be biases and stereotypes that will limit the progress of that group. These barriers may be deliberate or unintentional, and are at times very subtle...Oral and maxillofacial surgery is no exception".

[232]Original en (inglés): "the process of reducing something's strength or effectiveness through sustained attack or pressure".

[233]Original en (inglés): "training "reinforces the concept of male superiority." Most of the "abuse toward women in the medical school was verbal, subtle, ubiquitous, and probably unconscious".

[234]Original en (inglés): "It was the additive nature of daily slights, confirming for all women our second-class citizenship on a regular basis that was most offensive, robbing us of self-esteem, dignity and respect".

[235]Original en (inglés): "As a male surgeon, I am mortified that the profession allows my female colleagues to be treated like second-class citizens. I have watched women surgeons get bullied, harassed and discriminated against by their male counterparts. I have seen a countless number of their careers crumble in front of my eyes. I have seen their tears. I have seen them go into a deep hole of depression and never come back. And I have done nothing about it...I, like many male surgeons, was afraid to speak up out of fear that it would destroy my reputation among senior surgeons in power, who are more often than not men. As it turns out, I am not alone. 'Men are bystanders. They know something is wrong. They know someone is taking advantage of the situation. But medical training is hierarchical and most men find it hard to challenge someone with more authority, ' says Zeno Franco, associate professor at the Medical College of Wisconsin".

[236]Original en (inglés): "It is interesting to note that men are not insensitive to the impact of being in a macho surgical context. In particular, in an analysis…we found that almost half of the male surgeons who participated in a longitudinal study believed that they did not measure up to the macho surgeon stereotype. Among those men who saw themselves as less macho, a lack of perceived similarity predicted higher career disengagement and an enhanced desire to leave a career in surgery one year later. Together, these studies provide evidence that the nature of the masculine stereotypes associated with surgeons discourages women and a considerable number of men from pursuing careers in the specialty".

[237]Original en (inglés): "female physicians abstain from a university career "probably due to discouraging processes and discriminating structural conditions".

[238]Original en (inglés): "But how can surgeons perform at their best if they are battling workplace abuse or being hampered in their ability to provide care because of discrimination? No human, man or woman, would be able to do so".

[239]Original en (inglés): "The term "sexism" is too abstract, too disembodied, to describe such a visceral rejection of the wrong body in the wrong place; perhaps "misogyny" is more accurate".

[240]Original en (inglés): "Elements of the trajectory of 'being a woman' include having a family and sacrificing work in order to do so, which essentially creates conflict between the trajectory of a woman and that of a surgeon".

[241]Original en (inglés): "it suggests that there are no pre-existing differences between men's and women's commitment to surgery but that there is something about the surgical context that undermines women's commitment".

[242]Original en (inglés): "Rejection sensitivity clearly has a profound effect on those who experience it, and appears to activate a self-protective switch-off mechanism resulting in disengagement and self-silencing".

[243]Original en (inglés): "You have a choice of pursuing a subject where your self-confidence has been undermined from a very early age, where the stereotypical message (and the reality) is that it is something that members of your in-group don't do, due to a lack of the 'essential' skills required (even if your performance scores should suggest otherwise). You are sensitised to messages about the 'chilly climate' that might await you. What would you choose to do? Those who blame the girls for not wanting to do science might just think about science itself."

[244]Original en (inglés): "If you and your teachers think you can't, then there is a strong possibility that you won't.

[245]Original en (inglés): "You might have the cortical and cognitive wherewithal to succeed in science, but a chilly and unwelcoming climate could turn you away."

[246]Original en (inglés): "They also express lower levels of identification with surgery and a higher desire to opt out of surgery, and…these differences can be accounted for by their perception that they do not measure up to the macho stereotype of the surgeon".

[247]Original en (inglés): "…can students be truly said to have a 'choice' of career? To what extent are their available career options socially and culturally mediated by gender?"

[248]Original en (inglés): "A pervasive culture of misogyny thus seems to be one of the most persistent stumbling blocks; it can manifest itself in several ways, from subtle to overt".

[249]Original en (inglés): “The most illuminating analysis of such misogyny is, again, provided by Bourdieu: "...The sense of distinction, the discretio (discrimination) which demands that certain things be brought together and others kept apart... responds with visceral, murderous horror, absolute disgust, metaphysical fury, to everything which...passes understanding, that is, the embodied taxonomy, which, by challenging the principles of the incarnate social order, especially the socially constituted principles of the sexual division of labour / and the division of sexual labour, violates the mental order, scandalously flouting common sense”.

[250]Original en (inglés): “Although men resist their participation on an equal basis, women are essential to these death-haunted vocations: so that they can provide admiration, sex, service, and, perhaps even more important, so that they can be excluded-from rituals, knowledge, camaraderie. Such thinking is familiar to anthropologists: the sacred flutes, trumpets, and bullroarers will lose their potency if women learn their mysteries. But without women present to be barred from these mysteries, the secret, as Simmel pointed out…would lose its savor…Would the presence of women (as actors, rather than admiring spectators or damsels in distress) in such all-male groups invalidate the "mythic scenario"…in which men give birth? Objections to the participation of women in male-identified occupations are always vague; there are no precise words for the devastation that the presence of women would inevitably wreak. Such presence would destroy "morale", "efficiency", "unit cohesion"”.

[251]Original en (inglés): “men workers' images of masculinity linked their gender with their technical skills; the possibility that women might also obtain such skills represented a threat to that masculinity”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acar-Erdol, T. y Gözütok, F. D. (2018). Development of gender equality curriculum and its reflective assessment. *Turkish Journal of Education*, [Revista en línea] 7(3), 117-135. Disponible: DOI:10.19128/turje.376480 [Consulta: 2020, Marzo 01]

Acker, J. (1990). Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations. *Gender and Society*, [Revista en línea] 4(2), 139-158. Disponible: http://www.jstor.org/stable/189609

Adams, T. (2000). *A dentist and a gentleman. Gender and the rise of dentistry in Ontario* [Libro en línea] Canada: University of Toronto Press. Disponible: www.boos.google.co.ve [Consulta: 2017, Julio 07]

_____. (2005). Feminization of profession: the case of women in dentistry. The Canadian Journal of Sociology, [Revista en línea] 30(1), 71-94 Disponible: http://www.jstor.org/ [Consulta: 2017, Julio 07]

Alfaro y Alfaro, N. y López Zermeño, M. (2011). Salud sexual y reproductiva. Implicaciones en la salud maternoinfantil. En G. Malagón-Londoño, y A. Moncayo Medina (Comps.), *Salud pública. Perspectivas*. (pp. 464-471). 2da ed. Bogotá: Editorial medica panamericana.

Alonso, J. (2016). El mito del cerebro izuierdo y el cerebro derecho. Neurociencia, divulgación cuentifica y mitos. Disponible: https://jralonso.es/ [Consulta: 2020, Marzo 01]

Álvarez del Blanco, R. (2018). Belleza y el cerebro. Disponible: http://theneuromarketer.com/ [Consulta: 2020, Marzo 01]

Amorós, C. (1991). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona: Anthropos.

_____. (2000). Feminismo y Filosofía. Editorial Síntesis, Madrid, España.

Anteby, M. y Anderson, C. (2014). The shifting landscape of LGBT organizational research. Res. Organiz. Behav. 34, 3–25. Dsiponible: doi: 10.1016/j.riob.2014.08.001.

Anusavice, K. (2008). Phillips Ciencia de los Materiales dentales. España: Elsevier, S.L.

Arredondo, J. y Escobar, B. (2015). *Filosofía: perspectivas y problemas*. [Libro en línea] México: Grupo Editorial Patria. Disponible: www.boos.google.co.ve [Consulta: 2017, Julio 07]

Asbell, M. (2002). Introducción a la estética. En K. Aschheim y B. Dale (Comps.), *Odontología estética. Una aproximación clínica a las técnicas y los materiales* (pp. 23-26). 2da ed. Madrid: Ediciones Harcourt. Mosby.

Ashton-James, CE, Tybur, JM, Grießer V. y Costa, D. (2019). Stereotypes about surgeon warmth and competence: The role of surgeon gender. PLoS ONE [Revista en línea] 14(2):1-7. Disponible: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211890

Assael, LA. (2004). Should dentists become 'oral physicians'? No, dentistry must remain dentistry. *J Am Dent Assoc*. [Revista en línea] 135(4):439-443.

Badinter, E. (2010,). LA MUJER Y LA MADRE Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud. La esfera de los libros. trad. M. Roca, Madrid, 2011.

_____. (1981). ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX. Barcelona: Paidós-Pomaire.

Ballesta, G, M. (1993). Tiempo libre, desigualdad y dependencia de la mujer. *Anales de Pedagogía*. [Revista en línea] No. 11, 155-162.

Baños Lemoine, C. (2008). Pecado, delito y enfermedad. El "estigma" de ser homosexual. Notas de sociología crítica a propósito de las uniones homosexuales en América Latina. *Revista Legislativa de Ciencias Sociales y de Opinión pública*. [Revista en línea] 1(1), 45-80.

Barrancos Mooney, J., Barrancos, P. y Arrigó, D. (2008). Introducción a la operatoria dental. En J. Barrancos Mooney y P. Barrancos (Comps.). Operatoria dental. Integración clínica (pp- 1-8). 4ª ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Bartky, S. (2003). "Foucault, Femininity, and the Modernization of Patriarchal Power,"*The Politics of Women's Bodies*, Rose Weitz, ed., New York: Oxford University Press, pp. 25-45.

Bartra, E. (2000). Arte popular y feminismo. *Revista estudios feministas,* [Revista en línea] *8*(1), 30-45. Disponible: https://periodicos.ufsc.br/ [Consulta: 2017, Julio 07]

Beltrán-Neira, RJ. (2011). Deuda social de la odontología. *Rev Estomatol Herediana*. [Revista en línea] 21(3):175- 178.

Bertaux, D, y Bertaux-Wiame, L. (1993). Historias de vida del oficio de panadero. En J. Marinas y C. Santamarina (Comps.), *La historia oral: métodos y experiencias*. Madrid: Debate.

Biernat, M. (1991). Gender stereotypes and the relationship between masculinity and femininity: a developmental analysis. J. Person. Soc. Psychol. [Revista en línea] 61, 351–365. Disponible: doi: 10.1037/0022-3514.61.3.351.

Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Barcelona: La Muralla

Blázquez Rodríguez, M. y Bolaños Gallardo, E. (2017). Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual. Salud Colectiva [online]. 2017, v. 13, n. 2 pp. 253-265. Disponible: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1204>. [Consulta: 2019, Septiembre 11]

Bogusz, R. (2018). Prestige of the medical profession. Is there a connection between feminization and decreased prestige? *Pol J Public Health* [Revista en línea] 128(2), 85-88.

Boj Quesada, J. (2020). La evaluación con pruebas de elección multiple en odontopediatria. Edicions de la Universitat de Barcelona.

Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. Dossiers Feministes 6: Mites, de/construccions i mascarades, N° 6, 7-35.

Bourdieu, P. (1991). La distinción. Criterio y bases sociales del gusto, Madrid: Taurus.

Brown, C. Egan, R. y Lewis, W. (2019). The hidden curriculum: requiem for a surgical dream. Postgrad Med J, [Revista en línea] 95(1123), 237-239.

Cacouault-Bitaud, M. (2001). Is the Feminization of a Profession a Loss of Prestige? Travail, genre et sociétés [Revista en línea] 5(1), 91-115.

Camacaro Cuevas, M. (2008). *Discurso y praxis médica-obstétrica. Saberes con impronta opresora en el cuerpo de la mujer*. Tesis doctoral, Universidad de Carabobo, Valencia. Disponible: http://www.bc.uc.edu.ve/ [Consulta: 2017, Julio 07]

_____.(2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Universidad de Carabobo, Valencia: Dirección de Medios y publicaciones.

_____. (2012). *La obstetricia desnuda. Una ruptura epistémica*. Universidad de Carabobo, Valencia: Dirección de Medios y publicaciones.

_____. (2012). Un pasaje maldito…De la escucha de una violencia sexual a la develación de su cosificación por la ciencia forense. En M. Camacaro Cuevas y A. Delgado (Comps.), *Construir conocimiento desde el género…saldando una deuda histórica de la academia* (pp. 41-56). Valencia: Asociación de Profesores Universidad de Carabobo.

Camacaro Gómez, D. (2008). *Histerectomía: El rostro oculto de la violencia médica. Una aproximación desde el género*. Tesis doctoral, Universidad de Carabobo, Valencia. Disponible: http://www.bc.uc.edu.ve/ [Consulta: 2017, Julio 07]

Cameron, A. y Widmer, R. (2010). Manual de odontología pediátrica. Espana: Elsevier MOSBY.

Cano, G. (2000) Género y construcción cultural de las profesiones en el Porfiriato: magisterio, medicina, jurisprudencia y odontología. No. 14 Historia y grafía, p. 207-243.

Carosio, A. (2010). El saber desde las mujeres. Los estudios de género y de las mujeres en Venezuela. En M. González (Comp.), *La academia en sintonía de género…Una discusión impostergable* (pp. 15-30). Valencia: Asociación de Profesores Universidad de Carabobo.

Casamassimo, P. (2013). The practical importance of pediatric dentistry. En P. Casamassimo, H. Fields, D. McTigue y A. Nowak. (Comps.), Pediatric Dentistry. Infancy through adolescence. Elsevier Saunders.

Cassell, J. (1998). The woman in the surgeon´s body. Harvard University Press Cambridge. Massachusetts London England.

Cassettari, L. (1976). A History Of The Dental Laboratory And The Dental Laboratory Technician. The Oklahoma State University.

Castaño Séiquer, A., Doldán Lema, J. y Ábalos Labruzzi, C. (2005). En: A. Castaño Séiquer y J. Doldán Lema. (Comps.). *Manual de introducción a la odontología* (pp. 251-252). Madrid: Ripano Editorial Médica.

Castillo de Oyagüe, R. (2009). Principios biomecánicos en el diseño de prótesis completas. Disponible: https://gacetadental.com/

Castrillo Criado, P. (2001). Metáforas de género y concepción de la ciencia en a tradición baconiana. En E. Pérez Sedeño y P. Alcalá Cortijo (Comps.), *Ciencia y Género* (pp. 343-355). Madrid: Editorial Complutense, S.A.

Castro Fernández, A. y Szware, E. (2005). Higienistas en odontología. En: A. Castaño Séiquer y J. Doldán Lema. (Comps.). *Manual de introducción a la odontología*. (pp. 253-259. Madrid: Ripano Editorial Médica.

Castro Fernández, A. y Waneskahian, R. (2005). Protésicos dentales o laboratorios en odontología. En: A. Castaño Séiquer y J. Doldán Lema. (Comps.). *Manual de introducción a la odontología.* (pp. 261-263). Madrid: Ripano Editorial Médica.

Cela-Condea, C., Ayalab, F., Munara, E., Maestu´, F., Nadala, M., Capo, M., del Río, D., López-Ibord, J., Ortiz, T., Mirassoe, C., y Marty, G. Sex-related similarities and differences in the neural correlates of beauty. PNAS, 106(10), 3847–3852.

Christensen, GJ. (2004). Defining oral rehabilitation. *J Am Dent Assoc.* [Revista en línea] 135(2):215-7. Disponible: doi: 10.14219/jada.archive.2004.0154.

Clarke, HM y Arnold, KA. (2018) The Influence of Sexual Orientation on the Perceived Fit of Male Applicants for Both Male- and Female-Typed Jobs. Front. Psychol. 9:656.

Código Deontológico de Odontología (1992). XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela, San Felipe, Estado Yaracuy. Disponible: www.elcov.org/ [Consulta: 2018, Enero 20]

Colegio de Odontólogos de Venezuela (2017). *Cifras de especialistas en odontología 2016*. Disponible: www.elcov.org/ [Consulta: 2017, Octubre 09]

Colorado Nates, O. (2019). Historia de la sección aurea: mitos y realidades. Disponible: https://oscarenfotos.com/2019/04/06/proporcion-aurea-y-fotografia/ [Consulta: 2020, Julio 09]

Comesaña, G. (1995). *Filosofía, feminismo y cambio social.* Maracaibo: EDILUZ.

_____. (1998). Aproximación a las características metodológicas de loes estudios de la mujer. *Frónesis, Revista Filosófica jurídica, social y política,* [Revista en línea] *5*(3), 1-18. Disponible: http://webs.uvigo.es/pmayobre [Consulta: 2017, Octubre 09]

_____. (2004). La ineludible metodología de género. *Revista Venezuela de Ciencias Sociales*. *Universidad Experimental Rafael María Baralt*, *8*(1), 1-13.

Cortés-Flores, A.; Fuentes-Orozco, C., López-Ramírez, M., Velázquez-Ramírez, G.; Farías-Llamasa, O., Olivares-Becerra, J., González-Ojeda, A. (2005). Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas. Gac Méd Méx, 141(4), 341-344 Disponible: (www.anmm.org.mx) [Consulta: 2020, Julio 09]

Cummings, M. (1995*). Herencia humana. Principios y conceptos*. (3a. ed.). Chicago: Interamericana McGraw-Hill Interamericana.

Dalhoff, J. (2005). Wissenschaftliche Karrierewege von Medizinerinnen und Strategien zu ihrer Förderung. Gesundheit Gesellschaft Wissenschaft, [Revista en línea] 3, 7−14.

Dar-Odeh, N., Elsayed, S.A., Nourwali, I., Ryalat, S., Al-Shayyab, MH. y AbuHammad, O. (2019). Social factors as career obstacles for female oral and maxillofacial surgeons in three Middle Eastern countries. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. [Revista en línea] 48: 1504–1508. Disponible: https://www.sciencedirect.com [Consulta: 2020, Julio 09]

Darr, R. (2016). Barriers To Men Entering Undergraduate Dental Hygiene Programs. The Ohio State University.

Darwin, C. (1859). *El origen de las especies*. Barcelona: Ediciones Serbal.

_____. (1871). *The Descent of Man and Selection in Relation to Sex*. London: Muttay.

Davis, N. (2019). Female surgeons frustrated by male-dominated field – study. Disponible: https://www.theguardian.com/ [Consulta: 2020, Julio 09]

Deliovski, K. (2008). Normative White Femininity: Race, Gender and the Politics of Beauty. Atlantis 33.1, 49-59 Disponible: www.msvu.ca/atlantis [Consulta: 2020, Julio 09]

Díaz, L. (2011). *Visión investigativa en ciencias de la salud. Énfasis en paradigmas emergentes.* Valencia: IPAPEDI.

Didonato, L., and Strough, J. (2013). Do college students' gender-typed attitudes about occupations predict their real-world decisions? Sex Roles 68, 536–549. Disponible: doi: 10.1007/s11199-013-0275-2.

Disch, L. y Hawkesworth, M. (2016). *The Oxford Handbook of Feminist Theory*. New York: Oxford University Press.

Dolan, T. (2015). Alternative Careers for Women in Dentistry: Impact, Innovation, and Industry. *Journal of Dental Education.* [Revista en línea] 79(5) Supplement p. S18-S22.

Doldán Lema, J.; Castaño Séiquer, A.; Barboza Wulf, L. y Malavé Pérez, M. (2005). La odontología y el concepto de salud-enfermedad. En A. Castaño Séiquer y J. Doldán Lema (Comps.), *Manual de introducción a la odontología* (pp. 39-45). España: Ripano Editorial médica.

Domínguez, M. (2014). La mujer actual en odontología: vestigios de una historia académica sesgad a por la desigualdad de género. *Revista Educación en Valores. Universidad de Carabobo*. [Revista en línea] *2*(22), 34-47. Disponible: http://www.bc.uc.edu.ve/ [Consulta: 2017, Octubre 09]

Donahue JL, Goodkind RJ, Schwabacher WB, Aeppli DP. (1991). Shade color discrimination by men and women. J Prosthet Dent. [Revista en línea] 65(5):699-703. Disponible: doi: 10.1016/0022-3913(91)90209-f. [Consulta: 2020, Julio 09]

Drew, S. (2018). Women as Oral and Maxillofacial Surgeons: Past, Present and Future. President's Editorial - American College of Oral and Maxillofacial Surgeons (ACOMS).

Durham, J. y Ohrbach, R. (2010). Oral rehabilitation, disability and dentistry. Journal of Oral Rehabilitation [Revista en línea] 37; 490–495.

Ehrensaft, D. (1992). Las feministas pelean contra (por) padres. Debate feminista. Vol. 6, 93-118 Disponible: https://www.jstor.org/stable/42625653. [Consulta: 2020, Julio 09]

England, P. (2010). The gender revolution: uneven and stalled. Gender Soc. [Revista en línea] 24, 149–166. Disponible: doi: 10.1177/0891243210361475. [Consulta: 2020, Julio 09]

Facio, A. (1992). *Cuando el género suena cambios trae. Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal*. Costa Rica: Proyecto USAID.

Fahlgren, S. (2013). The Paradox of a Gender Balanced Workforce: The Discursive Construction of Gender Among Swedish Social Workers. Affilia: Journal of Women and Social Work 28(1) 19-31.

Farill Guzmán, M. (2009). Las mujeres en odontología. *Revista ADM. Órgano oficial de la Asociación Dental Mexicana*, [Revista en línea] *LXV*(5), 7-9.

Febres-Cordero, F. (1966). *Orígenes de la odontología*. Caracas: Sociedad Venezolana de Historia y Medicina.

Federici, S. (2013). Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas. Madrid: Traficantes de sueños.

Fescina, R., De Mucio, B., Díaz Rosello, J., Martínez, G., Serruya, S. y Durán, P. (2011). Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Guía para la práctica básica. (3a. ed.). Montevideo: Centro

latinoamericano de Perinatología, Salud de la mujer y reproductiva CLAP/SMR-OPS/OMS.

Figueroa de Garzón, M. (1996). Adaptacion del niño a la consulta odontológica. En. Catedra de Odontologia pediátrica. Universidad Central de Venezuela. (Comps.), *Odontologia pediátrica*. (pp. 20-33). Caracas: Editorial DISINLIMED C.A.

Filippi Peredo, C. (2019). La soberbia del medico. Rev. Foye. ISSN 2452-560X. 1(1), 36-50.

Frank, E., Zhao, Z., Sen. S. y Guille, C. (2019). Gender Disparities in Work and Parental Status Among Early Career Physicians. *JAMA Netw Open.* 2(8):e198340. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.8340.

Frías, V. (2001). *Las mujeres ante la ciencia del siglo XXI*. Madrid: Editorial Complutense, S.A.

García Arocha (2010). Discurso de orden pronunciado por la Rectora de la UCV, profesora Cecilia García-Arocha, durante el acto de conmemoración de los 70 años de la creación de la Facultad de Odontología. Disponible en: http://portal.ucv.ve/ [Consulta: 2020, Julio 09]

Gay Escoda, C., Berini Aytés, L. y Sánchez Garcés, M. (2004). La Cirugía Bucal como especialidad. Principios básicos de la Cirugía Bucal. Estudio clínico y radiológico del paciente. Información y consentimiento (pp. 1-40). En: C. Gay Escoda y L. Berini Aytés.Tratado de Cirugua bucal Tomo I.

Geibel, MA y Mayer, M. (2016). Gender-specific differences – first results from a survey on dental surgery. Journal of Gender Studies, 2016 Vol. 25, No. 1, 3–9, http://dx.doi.org/10.1080/09589236.2014.891976 [Consulta: 2020, Julio 09]

Geiringer, A. (1989). *La práctica odontológica en Venezuela*. Venezuela: Alfa impresores C.A.

Geissberger, M. (2013). Esthetic Dentistry in Clinical Practice. Lowa: Wiley-Blackwel.

Gelbier, S. (1994). History of the International Association of Paediatric Dentistry Part 1: National associations and societies of dentistry for children. International Journal of Paediatric Dentistry [Revista en línea] 4(28), 1-287.

Gelbier, S. (1995). History of the International Association of Paediatric Dentistry Part 2: Early events in the USA - the American Society of Dentistry for Children. International Journal of Paediatric Dentistry; [Revista en línea] 5(1), 55-51.

Germaine, G. (2004). La mujer eunuco. Barcelona: Editorial Kairós.

Giallorenzi, M. (2017). Crítica feminista sobre la noción de la buena madre Revista Reflexiones, 96(1).

Giles, J. y Hill, E. (2015). Examining our hidden curricula: powerful, visible, gendered and discriminatory. John Wiley & Sons Ltd. MEDICAL EDUCATION, 49: 238–246.

Gray King D. y King D. (2003). HOW TO PROFIT FROM...cosmetic dentistry Connecting with women. Disponible: https://www.dentaleconomics.com/ [Consulta: 2020, Julio 09]

Gill Villa, F. y Antón Prieto, J. (2000). *Historia oral y desviación*. España: Ediciones Universidad de Salamanca.

Gómez Rodríguez, A. (2001). Sesgos sexistas de la ciencia: de por qué no evolucionan las mujeres. En E. Pérez Serrano y P. Alcalá Cortijo (Comps.), *Ciencia y género* (pp. 435-456). España: Facultad de Filosofía de la Universidad Complutense de Madrid.

González Iglesias J. y Cabeza Ferrer, L. (1996). *Introducción al mundo de la mujer en la odontología*. España: Impresión Nueva Gráfica.

Greer, G. (2000). *La mujer completa*. España: Editorial Kairós.

Gross, D. y Schäfer, G. (2011) "Feminization" in German dentistry. Career paths and opportunities — A gender comparison. / Women's Studies International Forum 34,130–139. Disponible: www.elsevier.com [Consulta: 2020, Julio 09]

Grosz, E. (1994). Volatile bodies: Toward a Corporeal Feminism. Sydney, AU: Allen and Unwin.

Grusky, D. (2019). Social stratification, Class, Rcae, and Gender in Sociological perspective. New York: Routledge.

Guardián-Fernández, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socioeducativa*. Costa Rica: Colección IDER.

Harding, S. (1987). ¿Existe un método feminista? En S. Harding (Ed.), *Feminismo y metodología* (pp. 9-34). USA: Indiana University Press.

Hardy, E. y Jiménez, A. (2001). Masculinidad y género. Rev Cubana Salud Pública; 27(2):77-88.

Hauser Dacer, J. (2016). Embarazo y Maternidad, las Desigualdades de Género y los Aportes del Arteterapia. Arteterapia 11, 151-16.

Heilman, M. E., & Wallen, A. S. (2010). Wimpy and undeserving of respect: Penalties for men's gender-inconsistent success. *Journal of Experimental Social Psychology*, *46*(4), 664-667. Disponible: https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.01.008 [Consulta: 2020, Julio 09]

Hill, E., Bowman, K., Stalmeijer, R. y Hart, J. (2014). You've got to know the rules to play the game: how medical students negotiate the hidden curriculum of surgical careers. Wiley & Sons Ltd. MEDICAL EDUCATION; 48: 884–894.

Hill, E., Solomon, Y.; Dornan, T. y Stalmeijer, R. (2015) You become a man in a man's world': is there discursive space for women in surgery? John Wiley & Sons Ltd. MEDICAL EDUCATION; 49: 1207–1218.

Hill, E. y Vaughan, S. (2013). The only girl in the room: how paradigmatic trajectories deter female students from surgical careers. John Wiley & Sons Ltd. MEDICAL EDUCATION; 47: 547–556.

Hill, E. y Giles, J. (2014). Career decisions and gender: the illusion of choice? Perspect Med Educ (2014) 3:151–154.

Hollingworth, L. 1916. Social Devices for Impelling Women to Bear and Rear Children. Source: American Journal of Sociology, Vol. 22, No. 1 (Jul., 1916), pp. 19-29 Published by: The University of Chicago Press Stable. Disponible: https://www.jstor.org/stable/2763926 Accessed: 28-04-2020 16:31 UTC. [Consulta: 2020, Julio 09]

Howieson, W. y Cloke, D. (2019). The hidden curriculum and its implications for surgical specialties. The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England. Disponible: DOI: 10.1308/rcsbull.2019.282. [Consulta: 2020, Julio 09]

Hu, Y. Ellis, R., Hewitt, DB, Yang, A. Ooi Cheung, E., Moskowitz, J. Potts, J., Buyske, J. Hoyt, D., Nasca, T. y Bilimoria, K. (2019). Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. N Engl J Med ;381:1741-52. Disponible: DOI: 10.1056/NEJMsa1903759.

Hughes, K. (2015). Like a Surgeon: About That Surgical Stereotype. Disponible: https://behindthemaskmd.com/ [Consulta: 2020, Abril 05]

Hurtado, S. 2018. Obsesión por la belleza femenina en Venezuela. Espacio abierto, 27(2) 191-208.

Iglesias, P. (2003). *Mujer y salud: las escuelas de medicina de mujeres de Londres y Edimburgo.* Universidad de Málaga. Facultad de Filosofía y Letras.

Jaggar, A. (2004). Feminist politics and epistemology: the standpoint of women. En S. Harding (Comp.), *The feminist standpoint theory reader. Intelectual and political controversies* (pp. 55-66). New York: Routledge.

Jaramillo, L. (2013). La bella y la bestia: concurso nacional de beleza y realidad colobiana (1985-2003). Facultad de Ciencias Humanas y Economicas. Universidad Nacional de Colombia.

Jary, D. y Jary, J. (1995). *Collins Dictionary of Sociology*. Glasgow: Harper Collins.

Jiménez-Castellanos Ballesteros, E. y Cañadas Rodríguez, D. (2005). Introducción a la prótesis. En: A. Castaño Séiquer y J. Doldán Lema. (Comps.). *Manual de introducción a la odontología*. (pp. 201-203). Madrid: Ripano Editorial Médica.

Kentenich, J. (2008). *Desafíos.* Chile: Nueva Paris S.A.

Kfouri, M., Moyses, S. Moyses, S. (2013). Women's Motivation to Become Dentists in Brazil. *Journal of Dental Education*, 77(6), 810-816.

Kite, M. E., and Deaux, K. (1987). Gender belief systems: homosexuality and the implicit inversion theory. Psychol. Women Q. 11, 83–96. Disponible: doi: 10.1111/j.1471-6402.1987.tb00776.x [Consulta: 2020, Julio 09]

Kondo, D. 1990. *Crafting Selves: Power, Gender, and Discourses of Identity in aJapanese Workplace.* Chicago: University of Chicago Press.

Koppelman, J. y Singer-Cohen, R. (2017). A Workforce Strategy for Reducing Oral Health Disparities: Dental Therapists. AJPH PERSPECTIVES.Supplement 1, 107(S1).

Kornblit, A. (2000). Representaciones sociales acerca de la salud y la enfermedad, una puesta al día. En R. Briceño-León, M. De Souza Minayo y C. Coimbra, (Comps.), *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 211-225). Rio de Janeiro: Ediciones Fiocruz.

Lacerda Bellodi, P. (2004). The General Practitioner And The Surgeon: Stereotypes and Medical Specialties. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo 59(1):15-24.

Landa, M. (2016). Rescatando el feminismo en América Latina. Washington: Council on Hemispheric Affairs, 1-7 Disponible: http://www.coha.org

Lander, E. (2008). La ciencia neoliberal. En R. Lanz (Comp.), *Ni una sola ciencia. Ni una sola técnica* (pp. 41-85). Caracas: Ediciones Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología.

Laskin, DM. (2015). The role of women in academic oral and maxillofacial surgery. J Oral Maxillofac Surg, 73(4):579.

Leal García, A. (1998). Diversidad y género en las relaciones interpersonales. Educar 22.23, 171-179.

Levahot, H., and Lambert, A. J. (2007). Toward a greater understanding of antigay prejudice: on the role of sexual orientation and gender role violation. Basic Appl. Soc. Psychol. 29, 279–292. Disponible: doi: 10.1080/0197353070 1503390. AJPH PERSPECTIVES.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vía libre de Violencia (2014). Gaceta Oficial N° 40.548. República Bolivariana de Venezuela.

Liang, R., Dornan, T. y Nestel, D. (2019). Why do women leave surgical training? A qualitative and feminist study. Disponible: www.thelancet.com Vol 393. 541-549.

Liñán Maza, M. (2001). La imagen de la mujer en la Espana del siglo XIX: Los tratados médico-higienistas. En E. Pérez Sedeño y P. Alcalá Cortijo (Comps.), *Ciencia y Género* (pp. 273-297). Madrid: Editorial Complutense, S.A.

Lockman, D. (2019). All the rage. Mothers, Fathers and the Myth of Equal Partnership. New York: HarperCollins Publishers Inc.

Logghe, H., Rouse, T., Beekley, A. y Aggarwal, R. (2018), HISTORY OF MEDICINE The Evolving Surgeon Image. *AMA Journal of Ethics*, 20(5), 492-500.

Longino, H. (1990). Subjects, Power, and Knowledge: Description and prescription in feminist philosophies if science. En: L. Alcoff y E. Potter (Eds.), *Feminist epistemologies* (pp. 101-120). New York and London: Routledge.

Longo, P. y Straehley, C. (2006). Engendered Surgery: Women Surgeons Reveal their Experiences. Against the Current, No. 121 Disponible: https://againstthecurrent.org/ [Consulta: 2020, Abril 05]

López Cámara, V. y Lara Flores, N. (2005). Práctica profesional de mujeres odontólogas en la Ciudad de México. *Revista ADM*, *LXII*(3), 107-112.

López Campo, J. (1975). *La asistente dental*. La Habana: Instituto cubano del Libro. Editorial Organismos.

López Guallar, P. y Borderías, C. (2001). La teoría del salario obrero y la subestimación del trabajo femenino en Ildefonso Cerdà. Arxiu Històric de la Ciutat. Institut de Cultura, Ajuntament de Barcelona.

López Pardina, T. La Opresión de Las Mujeres Según Simone De Beauvoir. Sapere Aude – Belo Horizonte, 5(9), p.57-68.

Lorente, B y Luxardo, N. (2018). Hacia una ciencia del trabajo social. Epistemologías, subalternidad y feminización Cinta moebio 61: 95-109 Disponible: doi: 10.4067/S0717-554X2018000100095.

Lorente Molina, B. (2000). La feminización, lo religioso y la profesionalización del cuidado. Elementos para el estudio de las llamadas profesiones femeninas, el caso del trabajo social" En. B. Lorente Molina. El hecho religioso y la ayuda social. Estudios sobre su historia, epistemología y practica.Colombia: Corporacion Colombiana de Investigaciones Huma´sticas, HUMANIZAR.

Lorente Molina, B. (2001). Género, Profesión Y Cultura. Una Aproximación al estudio de La Identidad de Los Trabajadores Sociales. Revista de Trabajo Social No. 3, 52-67.

Lorente Molina, B. (2004). Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, Vol. XXVI, 39-53.

Lozano Ruiz, T. (2010). La Sangre de las Otras Cambios generacionales en la percepción de la menstruación y su relación con la dominación masculina. Uiversidad de Granada.

Luciak-Donsberger, C. (2003), The effects of gender disparities on dental hygiene education and practice in Europe. International Journal of Dental Hygiene, 1: 195-212. Disponible: https://doi.org/10.1034/j.1601-5037.2003.00047.x [Consulta: 2020, Abril 05]

Machado, MH. (1993). La mujer y el mercado de trabajo en el sector salud en las Américas ¿Hegemonía femenina? En E. Gómez Gómez (Comp.), *Género, mujer y salud en las Américas* (pp. 277-285). Washington, D.C.: OPS.

Machado, M. H. y Leite, I. B. (1986). *La médica y el mercado de trabajo*. Cuad Med Soc 35.

McKay, J. y Quiñonez, C. (2012). The Feminization of Dentistry: Implications for the Profession. J Can Dent Assoc. 78:c1

McNally, S. (2015). Scarlett McNally: Challenging the stereotype of a surgeon. Disponible: https://blogs.bmj.com/bmj/2015/09/22/scarlett-mcnally-challenging-the-stereotype-of-a-surgeon/ [Consulta: 2020, Agosto 05]

Maffia, D. (2001). Conocimiento y subjetividad. En E. Pérez Sedeño y P. Alcalá Cortijo (Comps.), *Ciencia y Género* (pp. 329-336). Madrid: Editorial Complutense, S.A.

Markowitz, S. (2001). "Pelvic Politics: Sexual Dimorphism and Racial Difference," *Signs* 26.2,389-414.

Martín Santiago, P. (2005). *La mujer y la odontología en el espejo del tiempo*. [Documento en línea]. Ponencia presentada en Conferencia de la Asociación de mujeres dentistas españolas, Albacete, España. Disponible: http://www.infomed.es/amudenes/ [Consulta: 2017, Septiembre 15]

Martin Santos, A. (2001). Una raza llamada mujer. . En E. Pérez Sedeño y P. Alcalá Cortijo (Comps.), *Ciencia y Género* (pp. 458-471). Madrid: Editorial Complutense, S.A.

Martínez Miguélez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa.* México: Trillas.

Meler, I. (2015). Las relaciones de género: su impacto en la salud mental de mujeres y varones. En M. Borín, I. Meler, Tajer, D, Volnovich, J. y Hazaki, C. (Comps.), *La crisis del patriarcado* (p. 26). Buenos Aires: Editorial Topia En: www.googlebooks.com [Consulta: 2017, Septiembre 15]

Mojica Mojica, A. (2013). Efectos de la feminización del lazo social hoy: incidencias del objeto a en el discurso. Revista de psicoanálisis. Desde el Jardín de Freud N" 13, Enero-Dic. P. 335-352.

Mills, S. (2008). Language and sexism. Cambridge University Press.

Miqueo, C. (2000). Women and doctors in medicine. The Lancet 2000Volume 354 Special Issue 4SIV1-SIV67. Disponible: https://www.thelancet.com/journals/lancet/ [Consulta: 2020, Septiembre 15]

Millett, S. (1970). Sexual politics. Urbana and Chicago. University of Illinois Press.New.

Miranda, M. (2012). Effect of Gender, Experience, and Value on Color Perception. Operative Dentistry, 37-3, 228-233

Mitchell, J. (1985). Modelos familiares. En: M. Canevacci (ed.), *Dialética da família.* São Paulo, Brasiliense.

Moleschot, J. (1857). *De la alimentación y del régimen*. Madrid: Carlos Bailly-Bailliere.

Molina Petit, C. (2015). La construcción del cuerpo femenino como victimizable y su necesaria reconstrucción frente a la violencia machista. Investigaciones Feministas 69, Vol. 6, 69-84.

Morales, O. y González, C. (2007). Consideraciones discursivas sobre el género en el discurso académico e institucional: ¿dónde está ella? *Revista Educere*, Universidad de los Andes, 11(38), 443-453.

Moreno, L. 2000. Mediterranean Welfare and 'Superwomen. Documentos de trabajo (CSIC. Unidad de Políticas Comparadas), Nº. 2, 1-16.

Moreno García, A. (2000) Los debates sobre la maternidad, en Fernández- Montraveta, C., Monreal, P., Moreno, A., Soto, P., Las representaciones de la maternidad. (pp.1-9). Madrid, Instituto Universitario de Estudios de la Mujer. Universidad Autónoma de Madrid.

Mosqueda-Díaz, Angélica, Paravic-Klijn, Tatiana, & Valenzuela-Suazo, Sandra. (2013). División sexual del trabajo y Enfermería. *Index de Enfermería*, *22*(1-2), 70-74.Disponible: https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100015 [Consulta: 2020, Septiembre 15]

Muñiz, E. 2014. Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. Revista Sociedade e Estado, 29(2), 415-432.

Naciones Unidas (2010). Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Panamá. Disponible: https://www.unicef.org/panama/ [Consulta: 2017, Octubre 09]

Neal, J. (2017). Maternal instinct' pathologizes women who don't want to have children. But that 'maternal drive' is often cultivated through pregnancy itself. Disponible: https://theestablishment.co/ [Consulta: 2020, Septiembre 15]

Neber King, E. (1945). "Women in Dentistry" by Elizabeth Neber King, 1945. Washington University Dental Journal. Disponible: http://beckerexhibits.wustl.edu/dental/articles/King_1945.html. [Consulta: 2020, Septiembre 15]

Needham, S. (2017). The shifting paradigm of dentistry: The predominance of women. 107(5), 22. Disponible: https://www.dentaleconomics.com/ [Consulta: 2020, Septiembre 15]

Nieves-Rolon, I. E., y García-Toro, V. I. (2011). El paradigma hegemónico masculino: Implicaciones para la política y la administración pública. *AnálisiS, 12*(1), 65-77.

Nightingale, F. (1861). Notes on Nursing for the Labouring Classes. London: Harrison.

Nye, R. (1997). Medicine and Science as Masculine "Fields of Honor". *Osiris, 12*, 60-79. Retrieved November 11, 2020, Disponible: http://www.jstor.org/stable/301899 [Consulta: 2020, Septiembre 15]

Oakley, A. (1984), Taking It Like a Woman, London, Fontana.

Organización de las Naciones Unidas (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago: Comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL*). Disponible: http://www.un.org/ [Consulta: 2017, Septiembre 15]

Organización de las Naciones Unidas de las mujeres (2016). *Las mujeres y los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).* Disponible: http://www.unwomen.org/ [Consulta: 2017, Septiembre 15]

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud Argentina (2015). *Feminización del personal y envejecimiento de la población, nuevos retos para los equipos de salud*. Reunión Regional de Recursos humanos para la salud. Sept 2015. Buenos Aires, Argentina. Disponible: http://www.paho.org/arg/ [Consulta: 2017, Septiembre 15]

Ortiz-Gómez, T., Birriel-Salcedo, J. y Ortega del Olmo, R. (2004). Género, profesiones sanitarias y salud pública. Gac Sanit vol.18 no.4 Barcelona.

Otero Martínez, J., Otero Injoque. J. y Chávez Tuñón, M. (2008). Bioseguridad en la práctica odontológica. En J. Barrancos Mooney y P. Barrancos (Comps.). Operatoria dental. Integracion clínica (pp- 215-239). 4ª Argentina: Edicion. Editorial Médica Panamericana.

Oxford English Dictionary (2020) Disponible: https://www.oed.com/

Pallavi, S. y Rajkumar, G. (2011). Professional practice among woman dentist. *Journal of International Society of Preventive and Communiity Dentistry,* 1(1), 14-19.

Palma Cardenas, A. y Sánchez Aguilera, F. (2007). Tecnica de ayuda odontológica y estomatológica. Madrid. Thomson Paraninfo.

Palmer, I. (1992). “Gender equity and economic efficiency in adjustment of programmes”, en Afshar, H.; y Dennis C. (ed.), Women and Adjustment in the Third World, Basingstoke, Macmillan, 69-83.

Páramo Ortega, R. (2006). El psiconalisis y lo social. Ensayos transversales. España: Universitat de València. Disponible: www.googlebooks.com [Consulta: 2019, Septiembre 11]

Parker, K. y Stepler, R. (2017). Americans see men as the financial providers, even as women’s contributions grow. Disponible: https://www.pewresearch.org/ [Consulta: 2019, Septiembre 11]

Pecho, O., Razvan Ionut, G., Pérez Gómez, M., Della Bona, A. (2017). Influence of Gender on Visual Shade Matching in Dentistry: Visual Shade Matching In Dentistry. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry 29(2) [Revista en línea] Disponible: DOI: 10.1111/jerd.12292 [Consulta: 2019, Septiembre 11]

Pelley, V. (2019). Maternal Instinct Isn’t Real, but the Myth Makes Parenting Harder. Consciously or subconsciously, parents buy into the idea that women are natural caregivers. It's not true and it hurts everyone. Disponible: https://www.fatherly.com/ [Consulta: 2019, Septiembre 11]

Penalva, A. (2019). La discriminación por maternidad y conciliación en el ámbito universitario. Femeris, 4(2), 132-153.

Peña Gallo, M. (2016). El mobbing maternal: una forma de discriminación laboral contra la mujer en Europa El caso de mujeres gestantes y madres en España y Reino Unido. Barcelona. Institutu de Dres Humans de Catanulya.

Pérez Sedeño, M. (2001). La función de las oposiciones binarias en Biologia y Medicina. En E. Pérez Sedeño y P. Alcalá Cortijo (Comps.), *Ciencia y Género* (pp. 473-484.). Madrid: Editorial Complutense, S.A.

_____ (2001). Retoricas Sexo/Género. En E. Pérez Sedeño y P. Alcalá Cortijo (Comps.), *Ciencia y Género* (pp. 417-434). Madrid: Editorial Complutense, S.A.

_____ (2001). Ciencia y valores de género. En V. Frías Ruiz (Comp.), *Las mujeres ante la ciencia de siglo XXI* (pp. 233-240). Madrid: Editorial Complutense.

Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y análisis de datos*. Madrid: La Muralla.

Peters, K., y Ryan, M. (2014). Machismo in surgery is harming the specialty. *BMJ: British Medical Journal, 348*. 1-5 Disponible: https://www.jstor.org/stable/26514737. [Consulta: 2020, Septiembre 14]

Pinkham, J. (2001). *Odontología pediátrica*. (3a. ed.). Pensilvania: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Pisano, M. (2004). El triunfo de la masculinidad. Fem-e-libros.

Pozzio, M. (2012). Análisis de género y estudios sobre profesiones: propuestas y desafíos de un diálogo posible -y alentador-. *Sudamérica : Revista de Ciencias Sociales, 1*(1), 99-129. Disponible: https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/sudamerica/article/view/160 [Consulta: 2019, Septiembre 11]

Pozzio, M. (2014). El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada": feminización y experiencias de las mujeres en la ginecobstetricia en México. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 10(3):325-337.

Prieto, M. (2001). El problema de la identidad femenina y la nueva autocomprensión de la ciencia. En E. Pérez Sedeño y P. Alcalá Cortijo (Comps.), *Ciencia y Género* (pp. 337-341). Madrid: Editorial Complutense, S.A.

Purnell, L. y Paulanka, B. (2003). *Transcultural health care. A culturally competent approach*. (2a. ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Raj, A, (2019). The Gender Wage Gap in Pediatrics: Are Things Getting Better or Worse?. Pediatrics. 144(4).

Ramírez, R. y García, V. (2002) Masculinidad hegemónica, sexualidad y transgresión. Centro Journal, XIV(1), 5-25. [Revista en línea] Disponible : http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37711290001 [Consulta: 2019, Septiembre 11]

Rangel, EL., Smink, DS., Castillo-Angeles, M., Kwakye, G., Changala, M., Haider, AH. y Doherty, GM. (2018). Pregnancy and Motherhood During Surgical Training. JAMA Surg. 153(7):644-652.

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.4 en línea]. <https://dle.rae.es> [Fecha de la consulta: 2018, 2019, 2020].

Rich, A. (1986). Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. Valencia: Cátedra.

Rich, A. (1996). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. DUODA Revista d'Estudis Feministes, (10), 15-42. Disponible: http://www.mpisano.cl/psn/wpcontent/uploads/2014/08/Heterosexualidad-obligatoria-yexistencia-lesbiana-Adrienne-Rich-1980.pdf [Consulta: 2019, Septiembre 11]

Richardson, S. (2017).Plasticity and Programming: Feminism and the Epigenetic Imaginary. Signs: Journal of Women in Culture and Society 2017, 43(1), 29-52.

Ring, M. (1986). *Historia ilustrada de la odontología*. España: Mosby/Doyma Libros.

Rippon, G. (2019). The gendered brain. The new neuroscience thatshatters the myth of the female brain. The bodley head London.

Risser, M. y Laskin, D. (1996). Women in Oral and Maxillofacial Surgery: Factors Affecting Career Choices, Attitudes, and Practice Characteristics. J Oral MaxWtfac Surg 54:753-757.

Roberts, C. (2000). Biological Behavior? Hormones, Psychology, and Sex. *NWSA Journal, 12*(3), 1-20, Disponible: http://www.jstor.org/stable/4316760 [Consulta: 2019, Septiembre 11]

Rodríguez, F. (1999). Reconstrucción social de la subjetividad en salud comunitaria. *Saber Revista científica del Consejo de Investigación de Oriente*, 11(1), 52-57.

Rodríguez, J. (1979). El poder medico desde la sociología. REIS Nº 14. NOTAS DE INVESTIGACION p. 95-112.

Royo Prieto, R. (2013). Maternidad, paternidad y desigualdad de género: los dilemas de la conciliación. Zerbitzuan: Revista de servicios sociales, Nº. 53, 123-134.

Rusque, A. (2010). *De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa*. Caracas: Vadell Hermanos Editores.

Salomone, M. (2019). La ciencia busca diferencias entre sexos y se topa con los prejuicios. Disponible: https://www.agenciasinc.es/ [Consulta: 2019, Septiembre 11]

Sánchez-Ayéndez, M. (1993). La mujer como proveedora principal de apoyo a los ancianos: el caso de Puerto Rico. En E. Gómez Gómez (Comp.), *Género, mujer y salud en las Américas* (pp. 286-291). Washington, D.C.: OPS.

Sánchez Benpitez, N. (2016). La experiencia de la maternidad en mujeres feministas. NÓMADAS 44, 255-267.

Sánchez Dagum, M. (2003). La Mujer en la Odontología, su contribución a la Construcción del Conocimiento y a la Formación Del Recurso Humano. Facultad de Odontologia. Universidad Nacional de Cordoba. [Tesis] Disponible: https://rdu.unc.edu.ar/ [Consulta: 2019, Septiembre 11]

Sánchez Torres, F. (2006). Homosexualidad. Colombia: Instituto Colombiano de Estudios bioéticos.

Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones.* Barcelona: McGraw-Hill.

Sandtrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la infancia*. (7ma. ed.). España: McGraw-Hill Interamericana.

Sathya, C. (2020). Female Surgeons Are Still Treated as Second-Class Citizens. Scientific American Blog Network. SCIENTIFIC AMERICAN, A DIVISION OF NATURE AMERICA, INC.

Saturno Canelón, J. (1996). *Barberos y sucesores. Medio milenio de odontología en Iberoamérica*. Caracas: Monte Ávila editores Latinoamérica.

Scarbecz, M. y Ross, J. (2005). Women in dentistry. Current trends in practice and dental education. [Documento en línea]. Ponencia presentada en la Annual Conference American Association of Women Dentists. Disponible: www.dentistryiq.com [Consulta: 2017, Septiembre 15]

Schumacher, Mrs. C. H. 1920. Efficiency in dental nursing. Dominion Dental Journal 32:357-65.

Schapira, M. (2003). 'La odontología en Argentina: historia de una profesión subordinada'. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 10(3): 955-77.

Scott, S. 2016. ¿Qué opinan los científicos de las pruebas sobre los hemisferios cerebrales que circulan por internet? Disponible: https://www.bbc.com/. [Consulta: 2020, Septiembre 15]

Seldin, H. (1998). My view. En: K. Solana (Comps.), Women in dentistry see progress, continued challenges 2016. American Dental Association Disponible: www.ada.org [Consulta: 2017, Septiembre 15]

Sigerist, H. (1974). *Historia y sociología de la medicina*. [Libro en línea].Colombia: Editorial Guadalupe Bogotá. Disponible: www.kupdf.com [Consulta: 2017, Septiembre 15]

Snowdon, C. (2013). Family life and infant care: Lessons from Cooperatively Breeding Primates. En W. Bradford Wilcox y K. Kovner Kline (Eds.), Gender and Parenthood: Biological and Social Scientific Perspectives (pp. 40-60). New York: Columbia University Press.

Solé, C. y Parella, S. (2004). «Nuevas» expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales «exitosas». RES nº 4, 67-92.

Soria Rodríguez-Viñals, M., Guarddon Cruz, T. y Sacaluga Benitez, B. (2016). ODONTOLOGÍA PARA PEDIATRAS. 13º Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. XIII(1), 17-21. Disponible: https://spapex.es/sites/default/files/odontologia.pdf

Spencer, H. (1873). *Psicología de los sexos*. Popular science monthly.

Spencer, W. (1889). *Controversy: supporters and detractors*. Sindecuse Museum of Dentistry. University of Michigam. Disponible: www.dent.umich.edu [Consulta: 2017, Septiembre 15]

Steel, CM. Aronson, J (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. J Pers Soc Psychol. 69(5):797-811. Disponible: doi: 10.1037//0022-3514.69.5.797. [Consulta: 2017, Septiembre 15]

Sukotjo, C., Chia-Chun Yuan, J. y Afshari, F. (2016). Women in prostodontics. The American College of Prosthodontists.

Szameitat, A. J., Hamaida, Y., Tulley, R. S., Saylik, R., y Otermans, P. C. (2015). "Women Are Better Than Men"-Public Beliefs on Gender Differences and Other Aspects in Multitasking. *PloS one*, *10*(10) Disponible: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140371 [Consulta: 2020, Septiembre 15]

Taft, J. (1887). *Controversy: supporters and detractors.* Sindecuse Museum of Dentistry. University of Michigam. Disponible: www.dent.umich.edu [Consulta: 2017, Septiembre 15]

Taylor, S.J. y Bodgan, R. (1987*). Introducción a los métodos cualitativos de investigación-acción*. Barcelona: Paidós.

Tirado, I. (2014). *Trabajo, sufrimiento y vida. Fenomenología del trabajo odontológico en la mujer*. Tesis doctoral, Universidad de Carabobo, Valencia. Disponible: http://www.bc.uc.edu.ve/ [Consulta: 2017, Julio 07]

Toner, J. (1864). Maternal instinct, or love. Baltimore: Murphy & Co.

Toolan, 1996). Total speech: An integrational Linguistic Approach to Language, Durham and London, Duke Uiversity Press.

Torres, B., Balzán, J., Ferrer, D. y Weir, L. (2010). Caracterización de la fuerza de trabajo odontológica. Municipio Maracaibo. Estado Zulia. 2006. *Revista Ciencia odontológica*, [Revista en línea] 7(1), 43-51.

Tubert, S. (1991). Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología. Espana: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Universidad Central de Venezuela (2020). Programa de Especialización en Odontología Operatoria y Estética. Postgrado De Odontologia Operatoria y Esteticadatos Generales Del Programa. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología.

Ueno, K., Roach, T., ay Peña-Talamantes, A. E. (2013). Sexual orientation and gender typicality of the occupation in young adulthood. Soc. Forces 92, 81–108. Disponible: doi: 10.1093/sf/sot067. [Consulta: 2019, Mayo 15]

Universidad de Los Andes (2016). La Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes. Disponible: http://web.ula.ve/archivohistorico/2016/09/26/la-facultad-de-odontologia-de-la-universidad-de-los-andes/ [Consulta: 2019, Mayo 15]

_____(2019). La Historia de la Facultad. Disponible: http://www.ula.ve/odontologia/index.php?option=com_content&view=article&id=246:la-historia-de-la-facultad&catid=81:pagina-principal&Itemid=206 [Consulta: 2019, Mayo 15]

Universidad de la República (2018). Criterios para la inclusión no discriminatoria de estudiantes embarazadas, maternidad y paternidad responsable en facultad de veterinaria.

Ussher, J. (1991). *La psicología del cuerpo femenino.* Madrid: Arias Montano.

Vanston, J. y Strother, L. 2017. Sex Differences in the Human Visual System. Journal of Neuroscience Research, 95:617–625.

Waisblat Wainberg, A. y Sáenz Berbejillo, A. (2013). La construcción sociohistórica de los roles masculino y femenino. Patriarcado, capitalismo y desigualdades instaladas. *Revista Sexología y Sociedad.* [Revista en línea] 19 (2) Disponible: http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/195/281 [Consulta: 2019, Mayo 15]

Waisblat Wainberg, A. (2014). El impacto del desempleo en la subjetividad masculina. Una intervención comunitaria con hombres en situación de desempleo desde los ProCC. Jornadas 2013/ Cuestiones de Género: Los aportes ProCC. La Habana. Cuba.

Walmsley, A., Walsh, T., Lumley, P., Burke, FJ, Shortall, AC., Hayes-Hall, R., Pretty, I (2007). Restorative Dentistry, London: Churchill Livingstone.

Webster, F., Rice, K. Christian, J. Seemann, N. Baxter, N. Moulton, C. Cil, T. (2016). The Erasure of gende in academic surgery: a qualitative study. The American Journal of Surgery [Revista en línea] Disponible: 212(4) DOI: 10.1016/j.amjsurg.2016.06.006 [Consulta: 2020, Mayo 15]

Weiss, P. (1987). Rousseau, Antifeminism, and Woman's Nature. *Political Theory,* [Revista en línea] *15*(1), 81-98. Disponible: http://www.jstor.org/stable/191721 [Consulta: 2019, Mayo 15]

Wilfried Rault, « Secteurs d'activités et professions des gays et des lesbiennes en couple: des positions moins genrées », Population 2017/3 Vol. 72, 385-418.

Wolf, N. (1991). El mito de la belleza. Barcelona: Emecé.

Wong, A. y Álvarez, M. (2013). Hormonas, cerebro y conducta. Notas para la práctica de la Psicología en la Endocrinología. Revista Cubana de Endocrinología [Revista en línea] 24(1):57-69.

Yuni, J. y Urbano, C. (2005). Mapas y herramientas para conocer la escuela. Investigación etnográfica. Investigación-acción. Argentina: Editorial Brujas.

ANEXO A

[Consentimiento Informado]

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

DOCTORADO CIENCIAS SOCIALES

MENCION SALUD Y SOCIEDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento* para que me entreviste a mí, la Od. Marilia Domínguez, quién está cursando el Doctorado en Ciencias Sociales Mención Salud y Sociedad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, para formar parte de su estudio denominado **"DES-NUDANDO LAS IMPRONTAS PATRIARCALES DEL DISCURSO ODONTOLÓGICO DESDE LA COINCIDENCIA DE LOS FEMINISMOS"**. Declaro que estoy debidamente informada/o acerca de la contribución que aportaré, al conocimiento científico para futuras aplicaciones. La investigadora responsable del estudio, Od. Domínguez se compromete a preservar el carácter confidencial de la información obtenida y que respetará mi derecho de conservar la integridad de mi persona, además que se adoptará toda clase de precauciones para resguardar mi intimidad y reducir al mínimo el efecto adverso de la investigación sobre mi condición física, mental, psicológica y moral, así como que no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación.

Entiendo que se me harán preguntas durante el proceso relacionadas con conceptos de "la situación de la mujer en el campo odontológico", y que la entrevista durará aproximadamente una hora, así como que fui elegida/o al igual que otras/os sujetas/os para la aplicación de esta entrevista, de igual modo que seré grabada/o. He concebido libremente esta entrevista, sin embargo tengo abierta la posibilidad de tomar la decisión de interrumpir mi participación y retirarme en cualquier momento, ejerciendo mi plena libertad y autonomía. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminado en cualquier momento.

Yo_____Cédula de Identidad:_____autorizo ser entrevistada/o y grabada/o. Fecha_____ Informante N°_____

_____

Firma

[+] Código de bioética y bioseguridad (3a.ed.). Ministerio del Poder Popular para Ciencia, Tecnología e Innovación (2008)