



Perspectiva de género en la sociedad y en la medicina. ¿Debemos considerar un cambio desde nosotras mismas?*

Gender perspective in the society and medicine. Should we consider a change from within ourselves?

Gabriela Ramírez Arroyo

* Presentado en el 1er Foro Nacional de la Mujer en ORL-CCC en México, organizado por la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología (SMORL), el 6 de marzo de 2025 en la Ciudad de México.

Otorrinolaringóloga y cirujana de cabeza y cuello. Hospital Médica Sur, Ciudad de México.

Correspondencia

Gabriela Ramírez Arroyo
gabriela.rmz.arroyo@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9668-5208>

Recibido: 20 de marzo 2025

Aceptado: 23 de marzo 2025

Este artículo debe citarse como: Ramírez-Arroyo G. Perspectiva de género en la sociedad y en la medicina. ¿Debemos considerar un cambio desde nosotras mismas? An Orl Mex 2025; 70 (2): 55-71.

PARA DESCARGA

<https://doi.org/10.24245/aorl.v70i2.10460>

<https://otorrino.org.mx>

Resumen

OBJETIVOS: Identificar y analizar, con perspectiva de género, los factores asociados con la brecha de género en la práctica médica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio exploratorio, en el que se aplicó una encuesta de 37 preguntas que exploran la opinión sobre conceptos como feminismo y perspectiva de género, ejercicio de la maternidad entre mujeres médicas, actividades de cuidado no remuneradas, pérdida de oportunidades, liderazgo femenino, discriminación y violencia de género.

RESULTADOS: De manera voluntaria y anónima 160 mujeres médicas respondieron la encuesta. El 70% reportó ser especialista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Para el 90% de las encuestadas era inspirador observar a otras mujeres en puestos de liderazgo. Los factores asociados con la falta de representación en puestos de liderazgo son la falta de oportunidades y la sobrecarga de responsabilidades familiares y sociales. El 51.1% de las mujeres que vivían en pareja participaban de manera igualitaria con las responsabilidades económicas, mientras que el 38.3% participaban de manera igualitaria en las actividades domésticas y de cuidado. De las mujeres que eran madres, el 81.5% había tenido que renunciar o posponer oportunidades laborales para priorizar el cuidado de su familia, mientras que el 60.9% consideraba que el trabajo interfirió con dar lactancia materna exclusiva. El 65% de las encuestadas había sufrido discriminación o violencia en el ambiente laboral.

CONCLUSIONES: Los datos de este estudio revelan áreas de oportunidad para implementar políticas con perspectiva de género que fomenten la equidad y cierren las brechas de desigualdad.

Abstract

OBJECTIVES: To identify and analyze, from a gender perspective, factors associated with the gender gap in medical practice.

MATERIALS AND METHODS: An exploratory study in which a 37-question survey was applied exploring opinions on concepts such as feminism and gender perspective, motherhood among female physicians, unpaid caregiving activities, loss of opportunities, female leadership, discrimination, and gender-based violence.

RESULTS: The survey was completed voluntarily and anonymously by 160 female physicians. 70% were otolaryngology-head neck surgery specialists. 90% of respondents found it inspiring to observe other women in leadership positions. Factors associated with the lack of representation in leadership positions included lack of opportunities and overwhelming family and social responsibilities. 51% of married or partnered women shared equal financial responsibilities, while 38.3% shared equally in domestic and caregiving activities. Of women who were mothers, 81.5% gave up or postponed work opportunities to prioritize family care, while 60.9% believed that work interfered with breastfeeding. 65% had experienced discrimination or violence in the workplace.

CONCLUSIONS: The data from this study reveal areas of opportunity to implement gender-sensitive policies that promote equity and close inequality gaps.

KEYWORDS: Women; Otolaryngology; Gender equity; Feminist; Leadership.

ANTECEDENTES

Para la mayoría de las mexicanas y mexicanos el año 1910 es sinónimo de revolución. Ese año en Copenhague, Dinamarca, una mujer llamada Clara Zetkin, quien fuera partícipe de un movimiento filosófico revolucionario que buscaba la igualdad laboral entre hombres y mujeres, propuso la creación del Día Internacional de la Mujer.

Desde entonces, cada 8 de marzo se conmemora a las generaciones de mujeres que han luchado por la igualdad de género. El Día Internacional de la Mujer se mantiene vigente, ya que reivindica los derechos que hemos adquirido gracias al movimiento feminista y que hace un siglo eran impensables para las mujeres: el derecho al voto, a la propiedad, al divorcio, a un trabajo digno con igualdad de salario, a la educación sexual, a una vida libre de violencia y el libre ejercicio de la sexualidad. El Día Internacional de la Mujer nos invita también a reflexionar sobre las relaciones de poder entre hombres y mujeres, así como a cuestionar de manera crítica los roles, expectativas y estereotipos de género que perpetúa la sociedad y que alimentan la discriminación y la violencia contra las mujeres.

De forma paulatina, el feminismo ha permitido la inserción de las mujeres en la vida pública, académica y laboral. La medicina ha tenido uno de los procesos de feminización más relevantes. En el mundo, la fuerza laboral femenina en el sector salud representa desde el 30.3% en países árabes a alrededor del 75% en América y Europa, mientras que en el resto de los sectores productivos apenas alcanza el 15.6% en países árabes y es menor al 50% en América y Europa.¹

En México, la matrícula de escuelas de medicina alcanzó la paridad de género en 1999; actualmente la matrícula es mayoritariamente femenina.² Tras el examen de certificación sustentado en febrero de 2025, ingresaron 104 mujeres (61%) y 66 hombres (39%) al Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (ORL-CCC).³

A pesar de la feminización de la medicina de pregrado y de nuestra especialidad, persisten situaciones de desigualdad entre hombres otorrinolaringólogos y mujeres otorrinolaringólogas. Una de las más preocupantes es la persistencia de las prácticas de discriminación y violencia de género y la falta de representación de mujeres como autoras de artículos académicos,

ponentes en congresos u ocupando puestos de liderazgo y toma de decisiones.⁴ Conscientes de estos problemas, un grupo de mujeres apoyadas por la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SMORL CCC) organizaron el 1er Foro Nacional de la Mujer en ORL-CCC para conmemorar el Día Internacional de la Mujer 2025.

Durante las reuniones de trabajo para definir los temas de este primer foro, recibí una invitación para exponer el tema “Perspectiva de género en la sociedad y en la medicina. ¿Debemos considerar un cambio desde nosotras mismas?”. Durante las conversaciones que tuve conmigo misma sobre el tema meses previos a la presentación, hice consciente un fenómeno curioso. Muchas mujeres evitaban cualquier asociación con los términos “feminismo” y “feminista”. A mí, ese “repele” honestamente me causaba confusión. ¿Por qué una mujer se opondría a la equidad entre hombres y mujeres? Tras conversar con mujeres de diferentes generaciones, ideología y nivel socioeconómico y mucha reflexión, empecé a notar que una cosa son las etiquetas que usamos y otra las ideas que esas etiquetas representan. Entendí que las mujeres tenemos una visión personal de lo que significa ser feminista, moldeada por nuestros propios estereotipos y experiencias. Consciente de ello, sentí la responsabilidad de dialogar con muchas más mujeres, sobre sus desafíos, expectativas y propuestas para construir una Otorrinolaringología más inclusiva y justa. Con ese fin, elaboré un cuestionario titulado “Mi experiencia como mujer ejerciendo la medicina”.

Este artículo tiene como objetivo presentar el proceso de ejecución de esta encuesta y analizar, con perspectiva de género, los datos más relevantes obtenidos de la misma, en un esfuerzo por identificar y, a la larga, cerrar las brechas de género que persisten en la práctica de nuestra especialidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y contenido de la encuesta

Al usar el término “women in medicine” en el buscador PubMed se identificaron 1507 artículos. En SCIELO se hizo la búsqueda con las palabras clave: “mujeres en medicina”, “mujeres en Otorrinolaringología”, “trabajadoras del sector salud”; sin embargo, la búsqueda no generó resultados. Una revisión de los artículos obtenidos permitió identificar temas que se mencionaban de manera recurrente. Al considerar esos temas se diseñó un cuestionario, que constaba de 37 ítems (**Cuadro 1**). De éstos, siete tenían como objetivo determinar las características generales de la población y su actividad laboral actual. El resto de los ítems tenían como objetivo explorar los siguientes puntos de interés: opinión sobre conceptos como feminismo y perspectiva de género, equilibrio de vida personal y profesional, maternidad, actividades de cuidado no remuneradas, pérdida de oportunidades, liderazgo femenino, discriminación y violencia de género. Algunas de las preguntas eran seriadas y se hacían de forma selectiva en función de las respuestas otorgadas previamente. Al finalizar la sección de preguntas, la encuesta permitía el envío de “comentarios, quejas y sugerencias” para proporcionar un espacio de libre expresión a las mujeres que lo necesitaran.

Formato y distribución

La encuesta se aplicó con la herramienta Google Forms. Se difundió a adscritas de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, a través de redes sociales, con la petición de compartirlo con mujeres médicas, sin excluir a las que estuvieran en etapa de formación o de otra especialidad. Este método de muestreo se conoce como bola de nieve. La distribución se hizo durante las tres semanas previas a la realización del 1er Foro Nacional de la Mujer en ORL-CCC en México.

Cuadro 1. Preguntas incluidas en la encuesta (Continúa en la siguiente página)

Pregunta concreta	Respuesta permitida		Pregunta selectiva
	Tipo de pregunta	Opciones de respuesta	
¿Cuántos años tienes?	Abierta, respuesta corta		No
¿Cuál es tu especialidad?	Opción múltiple	Aún no soy especialista	No
		Otorrinolaringología	
		Especialidad no quirúrgica	
		Otra especialidad quirúrgica	
¿Cuál es tu grado académico?	Opción múltiple	Estudiante de pregrado	No
		MIP-MPSS	
		Residente de Otorrinolaringología	
		Residente de alta o subespecialidad	
		Adscrita de Otorrinolaringología	
		No tengo nada que ver con Otorrinolaringología pero soy médica y me interesa este tema	
		Se incluyó una lista de todos los centros de especialidad aprobados al momento por el Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y la opción “otra”	
¿En qué institución hiciste o estás haciendo la residencia?	Opción múltiple	Se incluyeron las 32 entidades federativas de la República Mexicana y la opción “extranjero”	No
¿En dónde ejerces actualmente?	Opción múltiple	Hospital público	Limitada a médicas adscritas
Actualmente trabajo en:	Opción múltiple	Hospital privado	
		Ambos	
¿En qué año terminaste la residencia?	Abierta, respuesta corta		Limitada a médicas adscritas
¿Consideras que actualmente has logrado un equilibrio entre tu vida personal y profesional?	Dicotómica	Sí No	No
¿Cuál es tu estado civil?	Opción múltiple	Soltera	No
		Viuda	
		Casada	
		Divorciada-separada	
		Unión libre	
Tu pareja ¿también es médico (a)?	Dicotómica	Sí No	Limitada a mujeres que viven en pareja
¿Quién es el principal sostén económico de la familia?	Opción múltiple	Él	Limitada a mujeres que viven en pareja
		Ella	
		Participamos en partes iguales	
		Yo	

Cuadro 1. Preguntas incluidas en la encuesta (Continúa en la siguiente página)

Pregunta concreta	Respuesta permitida		Pregunta selectiva
	Tipo de pregunta	Opciones de respuesta	
¿Quién realiza la mayor proporción de actividades de cuidado y otras actividades domésticas?	Opción múltiple	Él	Limitada a mujeres que viven en pareja
		Ella	
		Participamos en partes iguales	
		Yo	
¿Tu centro de trabajo proporciona alguna estancia infantil o alguna otra facilidad para el cuidado de los (as) hijos (as)?	Dicotómica	Sí No	No
¿Consideras que las estancias infantiles son una prestación que debería ser universal?	Opción múltiple (admite más de una respuesta)	No, para nadie. No es obligación de las instituciones dar estos servicios	No
		No, debe ser solo para adscritos (as)	
		No, debe ser solo para médicos (as) residentes	
		No, debe ser solo para mujeres	
		No, debe ser solo para hombres	
		Sí, debe otorgarse independientemente del género y del grado académico	
¿Has decidido posponer tu maternidad, para evitar interferir con tu desarrollo profesional?	Opción múltiple	Sí, de forma temporal	No
		Sí, de forma permanente	
		No	
¿Tienes hijo/a (s)?	Dicotómica	Sí No	No
¿Cuántos/as hijo/a (s) tienes?	Abierta, respuesta corta		Limitada a mujeres con hijo/a (s)
¿A qué edad tuviste a tu primer hijo (a)?	Abierta, respuesta corta		Limitada a mujeres con hijo/a (s)
¿Consideras que has tenido que renunciar o posponer oportunidades laborales para priorizar el cuidado de tu familia?	Dicotómica	Sí No	Limitada a mujeres con hijo/a (s)
¿Consideras que tu trabajo interfirió con dar lactancia materna exclusiva?	Dicotómica	Sí No	Limitada a mujeres con hijo/a (s)
¿Consideras que la maternidad es un obstáculo para el desarrollo profesional de una especialista en otorrinolaringología?	Dicotómica	Sí No	No

Cuadro 1. Preguntas incluidas en la encuesta (Continúa en la siguiente página)

Pregunta concreta	Respuesta permitida		Pregunta selectiva
	Tipo de pregunta	Opciones de respuesta	
¿Consideras que es importante que exista una perspectiva de género en tu lugar de trabajo?	Opción múltiple	Sí	No
		No	
		No entiendo el término pero me gustaría saber más	
¿Te consideras feminista?	Dicotómica	Sí No	No
En comparación con tus colegas del género masculino, ¿consideras que ser mujer ha influido en tu desarrollo profesional?	Opción múltiple	Ser mujer me ha perjudicado	No
		No ha influido	
		Ser mujer me ha beneficiado	
¿Consideras que tu periodo menstrual ha sido un impedimento para el pleno desarrollo de tu especialidad?	Opción múltiple	Sí	No
		Sí, pero el sistema me ha ayudado a compensar	
		No	
		Otra	
¿Consideras que has tenido que esforzarte menos que tus colegas hombres para tener las mismas oportunidades? Por ejemplo: para recibir becas, tener permiso de ir a congresos, ser considerada para participar en protocolos de investigación o en procedimientos quirúrgicos	Opción múltiple	No, ser mujer implica que me he tenido que esforzar más que mis colegas hombres	No
		No, el género no ha influido	
		Sí, ser mujer me ha hecho las cosas más sencillas	
		Otra	
Entre las especialidades quirúrgicas, Otorrino es considerada por algunas personas una especialidad “más adecuada para las mujeres” que otras especialidades, como Cirugía general y Ortopedia	Opción múltiple (admite más de una respuesta)	Considero que es correcto	No
		Considero que NO es correcto	
		Esa creencia influyó en mi decisión	
		Esa creencia NO influyó en mi decisión	
		Eso pensaba pero me arrepiento y desearía haber escogido una especialidad más adecuada para una mujer	
		Otra	
En comparación a cuando hiciste la residencia, consideras que actualmente las condiciones para las mujeres son:	Opción múltiple	Mejores	Limitada a médicas adscritas
		Iguales	
		Peores	

Cuadro 1. Preguntas incluidas en la encuesta (Continúa en la siguiente página)

Pregunta concreta	Respuesta permitida		Pregunta selectiva
	Tipo de pregunta	Opciones de respuesta	
La Sociedad Mexicana de ORL (SMORL), la Federación Mexicana de ORL-CCC(FESORMEX), ni el Consejo Mexicano de ORL han tenido una mujer presidenta. En tu opinión ¿a qué se debe?	Opción múltiple	A las mujeres no les interesa participar	No
		Existen mujeres igual de capaces para el puesto, pero no se les da la oportunidad	
		No lo sé, pero no creo que tenga nada que ver con el género de las y los participantes	
		Hay muy pocas especialistas en ORL	
		A las mujeres les interesa participar, pero son menos capaces que sus colegas hombres	
		Otra	
Consideras que ver a mujeres en posiciones de liderazgo (como jefas de servicio, ponentes en congresos o como autoras de artículos de investigación) es:	Opción múltiple	Inspirador, la representación de mujeres me importa	No
		Irrelevante, me da igual el género de la persona en una posición de liderazgo	
		Vergonzoso, porque muchas veces no merecen ese lugar y solo se hace para estar de moda con los temas de género	
		Otra	
En comparación con tus colegas del género masculino, ¿consideras que ser mujer aumenta tu probabilidad de sufrir violencia o discriminación en tu lugar de trabajo?	Opción múltiple	No, considero que mis compañeros hombres tienen más riesgo	No
		No, considero que el riesgo no tiene que ver con el género	
		Sí, considero que ser mujer me pone más en riesgo	
¿Consideras que has sufrido discriminación o violencia de género en el ambiente laboral?	Dicotómica	Sí No	No
¿Por cuál (es) de la (s) siguientes has pasado?	Opción múltiple (admite más de una respuesta)	Abuso sexual	Limitada a víctimas de discriminación o violencia de género
		Acoso sexual	
		Discriminación como consecuencia de ser mujer	
		Exigencia de una prueba de embarazo negativa o de tener algún método de planificación familiar	
		Violencia física	
		Violencia psicológica	
		Otra	

Cuadro 1. Preguntas incluidas en la encuesta (Continuación)

Pregunta concreta	Respuesta permitida		Pregunta selectiva
	Tipo de pregunta	Opciones de respuesta	
¿Quién (es) cometieron dichos actos?	Opción múltiple (admite más de una respuesta)	Otro personal de salud del género femenino	Limitada a víctimas de discriminación o violencia de género
		Otro personal de salud del género masculino	
		Un (a) paciente o su familiar	
		Mujer médica de mayor jerarquía	
		Hombre médico de mayor jerarquía	
		Hombre médico de menor o igual jerarquía	
		Mujer médica de menor o igual jerarquía	
¿Presentaste alguna queja?	Dicotómica	Otro	Limitada a víctimas de discriminación o violencia de género
		Sí No	
¿Por qué decidiste no presentar una queja?	Opción múltiple (admite más de una respuesta)	Miedo a represalias	Sí, dirigida a mujeres que no presentaron una queja
		Sentí vergüenza de lo que había pasado	
		Tenía intención de hacerlo pero me convencieron de que era una mala idea	
		No lo consideré grave o pensé que era normal	
		No sabía cómo hacerlo	
		No tuve tiempo	
		Por la frustración que sentí al ver que cuando otra persona denunció, no pasó nada	
		Otra	
¿Cuál fue el resultado de haber presentado una queja?	Opción múltiple	Me alegro de haberlo hecho, pues se hizo justicia	Sí, dirigida a mujeres que presentaron una queja
		Me arrepiento de haberlo hecho, pues la situación quedó igual	
		Me arrepiento de haberlo hecho, pues la situación empeoró	

Estadística

Los datos obtenidos se analizaron con el sistema Excel de Microsoft usando estadística descriptiva. Se hicieron medidas de correlación.

RESULTADOS

De forma voluntaria y anónima 160 mujeres médicas respondieron la encuesta.

Características generales

La edad media de las participantes fue de 42 ± 10.24 años. El 70% reportó ser especialista de ORL-CCC (de las que el 5.6% estaba haciendo una alta o subespecialidad), 15% eran especialistas de un área no quirúrgica, 10% especialistas de otras áreas quirúrgicas y 7.5% eran residentes de ORL-CCC; solo una de las encuestadas era de pregrado. El 85% de las encuestadas provenían de las siguientes sedes: hospitales pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) con el 29.1%, hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el 17.2%, hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el 14.6%, el Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey, con el 12.7% y el Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX con el 11.2%. Otras sedes representadas en menor proporción incluyeron el Hospital Civil de Guadalajara, el Hospital Central Militar y el Hospital Español. El 42.8% de las médicas adscritas reportaron trabajar en la Ciudad de México, seguido de Nuevo León (14.5%), Jalisco (9.4%) y el extranjero (5.1%). El 28.2% restante se distribuyó en 18 entidades federativas, por lo que 11 estados no tuvieron representación. El 48.6% reportó trabajar únicamente en el medio privado, mientras que el 38.4% trabaja en el medio público y privado.

Temas de interés

Las respuestas más relevantes sobre los temas de interés se resumen en el **Cuadro 2**.

Casi la tercera parte de las mujeres encuestadas rechazó ser feminista. No se encontró una correlación entre la edad de la encuestada e identificarse como feminista. Se llevó a cabo un

Cuadro 2. Respuestas obtenidas sobre temas de interés (Continúa en la siguiente página)

Característica	Respuesta n (%)
Identificación como feminista	
Sí	109 (68.1)
No	51 (31.9)
Opinión sobre la perspectiva de género en el trabajo	
Considera importante que exista	117 (73.1)
Desconoce el término pero desea saber más	23 (14.4)
No considera importante que exista	20 (12.5)
Opinión sobre la mujer en puestos de liderazgo	
Inspirador, la representación de mujeres me importa	144 (90)
Irrelevante, me da igual el género de la persona en una posición de liderazgo	14 (8.8)
Otra	2 (1.2)
Percepción de que el género influye en el desarrollo profesional	
Ser mujer me ha perjudicado	79 (49.4)
No ha influido	66 (41.3)
Ser mujer me ha beneficiado	15 (9.4)
Percepción del esfuerzo realizado en comparación con colegas hombres para obtener mismas oportunidades	
Ser mujer implica que me he esforzado más que mis colegas hombres	94 (58.8)
El género no ha influido	63 (39.4)
Ser mujer me ha hecho las cosas más sencillas	2 (1.2)
Otra	1 (0.6)

Cuadro 2. Respuestas obtenidas sobre temas de interés (Continúa en la siguiente página)

Característica	Respuesta n (%)
Posicionamiento sobre la idea de que la Otorrinolaringología es una especialidad “más adecuada para mujeres”*	
Considero que es correcto	22 (13.8)
No considero que sea correcto	61 (38.1)
Esa creencia influyó en mi decisión para escoger especialidad	19 (11.9)
Esa creencia no influyó en mi decisión para escoger especialidad	89 (55.6)
Eso pensaba pero me arrepiento y desearía haber escogido una especialidad más adecuada para una mujer	1 (0.6)
Otra	7 (4.2)
Percepción de que el periodo menstrual ha sido un impedimento para el pleno desarrollo de la especialidad	
Sí	25 (15.6)
Sí, pero el sistema me ha ayudado a compensar	4 (2.5)
No	126 (78.8)
Otra	5 (3)
Equilibrio entre vida personal y profesional	
Sí	111 (69.4)
No	49 (30.6)
Estado civil	
Soltera	51 (31.9)
Casada	84 (52.4)
Divorciada-separada	15 (9.4)
Unión libre	10 (6.3)
Viuda	0
La pareja es médico (a)	
Sí	60 (63.8)
No	34 (36.2)
Decisión de posponer la maternidad para evitar interferir con el desarrollo profesional	
Sí, de forma temporal	77 (48.1)
Sí, de forma permanente	15 (9.4)
No	68 (42.5)
Cantidad de hijo/a (s)	
Sin hijos (as)	68 (42.5)
1	34 (21.2)
2	47 (29.4)
3	10 (6.3)
4	1 (0.6)
Necesidad de renunciar o posponer oportunidades laborales para priorizar el cuidado de la familia	
Sí	75 (81.5)
No	17 (18.5)
Interferencia del trabajo con la lactancia materna exclusiva	
Sí	56 (60.9)
No	36 (39.1)
Disponibilidad de estancia infantil o facilidades para el cuidado de hijo/a (s)	
Sí	36 (22.5)
No	124 (77.5)

Cuadro 2. Respuestas obtenidas sobre temas de interés (Continúa en la siguiente página)

Característica	Respuesta n (%)
Opinión sobre si las estancias infantiles deben ser una prestación universal	
Sí, debe otorgarse independientemente del género y del grado académico	157 (98.1)
No, para nadie. No es obligación de las instituciones brindar estos servicios	2 (1.3)
No, debe ser solo para adscritos (as)	2 (1.3)
No, debe ser solo para mujeres	2 (1.3)
Participación en responsabilidades económicas	
Partes iguales	48 (51)
Él	31 (33)
Yo	15 (16)
Participación en responsabilidades domésticas y labores de cuidado	
Partes iguales	36 (38.3)
Él	6 (6.4)
Ella	10 (10.6)
Yo	42 (44.7)
Percepción de que ser mujer aumenta el riesgo de sufrir discriminación y violencia de género en el ambiente laboral	
Sí, considero que ser mujer me pone más en riesgo	125 (78.1)
No, considero que el riesgo no tiene que ver con el género	34 (21.3)
No, considero que mis compañeros hombres tienen más riesgo	1 (0.6)
Víctima de discriminación o violencia de género en el ambiente laboral	
Sí	104 (65)
No	56 (35)

* La sumatoria de los porcentajes es superior al 100% porque esta pregunta admitió más de una respuesta.

análisis estratificando a las mujeres en generación Z, *millennials*, generación X y *boomers*, pero la ausencia de correlación entre estos factores se mantuvo. En contraste, solamente el 12.5% considera que no es importante que exista una perspectiva de género en el lugar de trabajo.

El 49.4% de las mujeres encuestadas consideran que, en comparación con sus colegas del género masculino, el hecho de ser mujer ha perjudicado su desarrollo profesional. El 58.8% considera que ha tenido que esforzarse más que sus colegas hombres para tener las mismas oportunidades. El 78.8% de las mujeres niega que el periodo menstrual sea un impedimento para el pleno desarrollo profesional; sin embargo, las mujeres que seleccionaron la opción “otra” comentaron que, incluso con el dolor producido por cólicos menstruales, eran capaces de efectuar su trabajo. El 60.1% de las mujeres que ejercen como especialistas consideran que las condiciones para las mujeres médicas han mejorado en comparación a cuando ellas hicieron la especialidad.

Para el 90% de las mujeres encuestadas es inspirador observar a otras mujeres en puestos de liderazgo. La **Figura 1** representa algunas de las hipótesis que explican la subrepresentación de mujeres en puestos de liderazgo.

El 69.4% de las encuestadas consideran que han logrado un equilibrio entre la vida personal y la profesional. El 58.8% de las mujeres encuestadas viven en pareja, 31.9% son solteras y

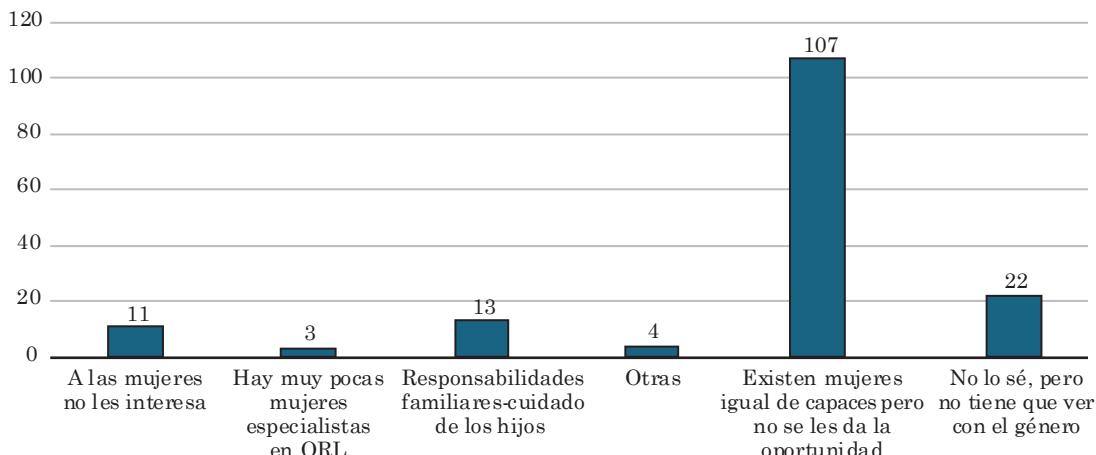


Figura 1

Causas de subrepresentación femenina en puestos de liderazgo.

el 9.4% están divorciadas o separadas. El 51.1% de las mujeres que viven en pareja participan de manera igualitaria con las responsabilidades económicas, mientras que solamente el 38.3% participa de manera igualitaria en las actividades domésticas y de cuidado. No se observó una correlación entre la profesión de la pareja y la participación igualitaria de las responsabilidades.

El 51.2% del total de las mujeres encuestadas consideran que la maternidad es un obstáculo para el desarrollo profesional. El 57.5% de las mujeres decidieron posponer su maternidad para evitar interferir con su desarrollo profesional. La edad media al tener el primer hijo (a) entre las 92 mujeres que reportaron ser madres fue de 30 años, mientras que 22% tenían más de 35 años al momento de tener a su primer hijo (a). La tasa de natalidad fue de 1 hijo (a) por cada mujer. De las mujeres que eran madres, el 81.5% había tenido que renunciar o posponer oportunidades laborales para priorizar el cuidado de su familia, mientras que el 60.9% consideró que el trabajo interfirió con dar lactancia materna exclusiva. Mientras que el 98.1% de las encuestadas consideró que las estancias infantiles deberían ser una prestación universal, solamente el 22% de los centros de trabajo proporciona ese servicio.

El 78.1% consideró que el riesgo de sufrir violencia o discriminación en el lugar de trabajo es mayor para las mujeres que para los hombres. El 65% de las encuestadas había sufrido discriminación o violencia en el ambiente laboral. Se encontró una correlación moderada (coeficiente de correlación de Pearson = 0.46) entre haber sido víctima de violencia o discriminación y la percepción de que las mujeres tienen más riesgo, no así entre haber sido víctima y considerarse feminista. La discriminación debido a género, el acoso sexual y la violencia psicológica fueron las situaciones reportadas con mayor frecuencia. **Figura 2**

Todas las mujeres que fueron víctimas de abuso sexual y violencia física también lo fueron de otros tipos de violencia considerados menos graves. Los hombres médicos de mayor jerarquía fueron el grupo que ejercía discriminación o violencia con mayor frecuencia (**Figura 3**), con el 37.6% de los casos, seguidos de los (as) pacientes o sus familiares, cuyo grupo representó el 16% de los casos. Las mujeres médicas también ejercen discriminación y violencia contra otras mujeres, en particular contra las de menor jerarquía. Solamente el 21.2% de las mujeres que fueron víctimas de discriminación o violencia presentaron una queja. Las principales

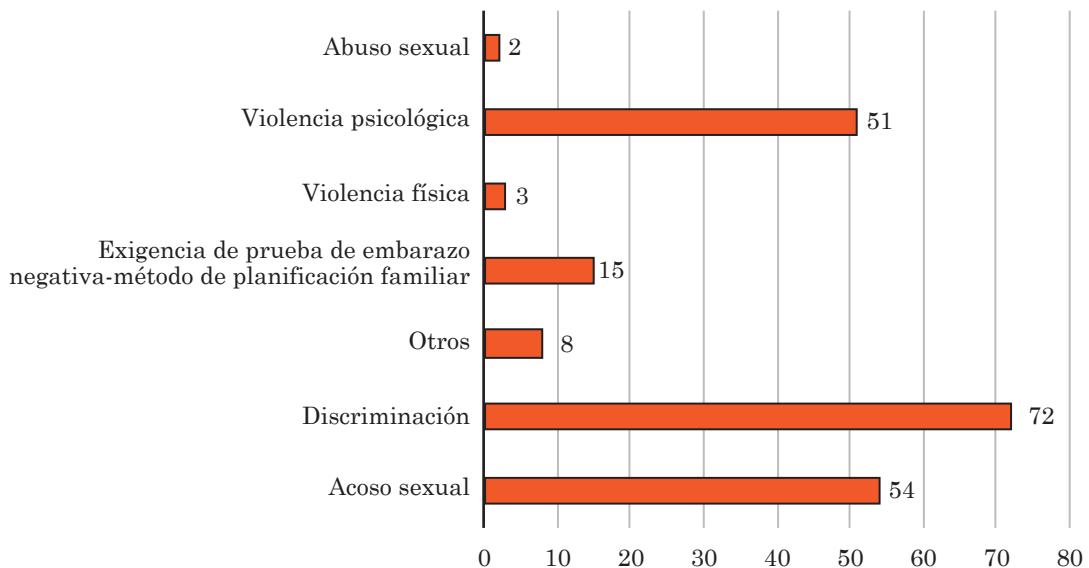


Figura 2

Cantidad de casos de discriminación o violencia reportados.

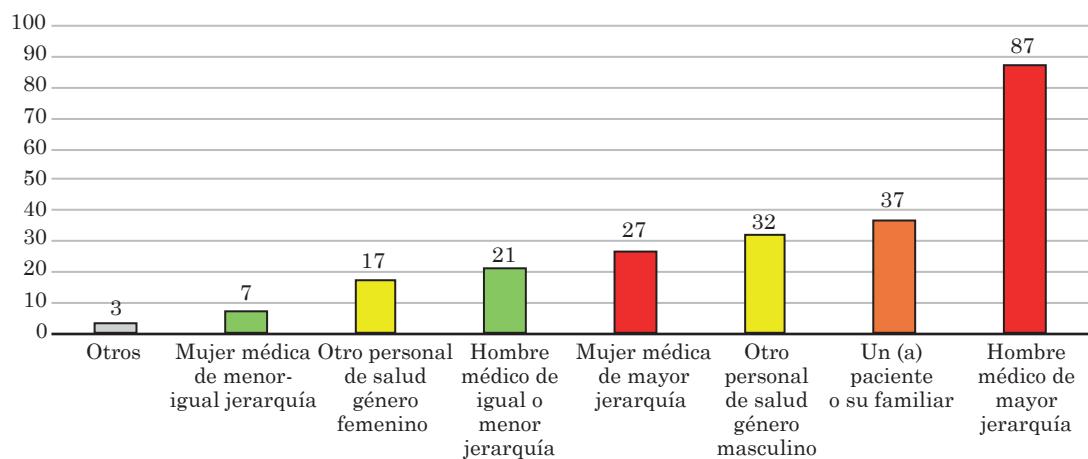


Figura 3

¿Quién (es) ejercen violencia o discriminación contra las mujeres?

razones para no hacerlo fueron el miedo a represalias, pensar que lo ocurrido era normal o no era grave y la frustración sentida al observar que no ocurrió nada con denuncias previas (**Figura 4**). De las mujeres que denunciaron, el 22.7% consideró que se hizo justicia.

Al hacer un análisis estratificado, tomando en cuenta únicamente a las mujeres que no se consideraban feministas, se observó que para el 80% de ellas era inspirador ver una mujer en posición de liderazgo y el 67% consideraba que había mujeres capaces para el puesto pero que no se les daba la oportunidad. Asimismo, el 57% consideró que había tenido que esforzarse más que sus colegas hombres para tener las mismas oportunidades, el 70% consideró que el hecho de ser mujeres aumentaba su riesgo de sufrir violencia y discriminación y el 74% tenía una percepción positiva sobre el término “perspectiva de género”.

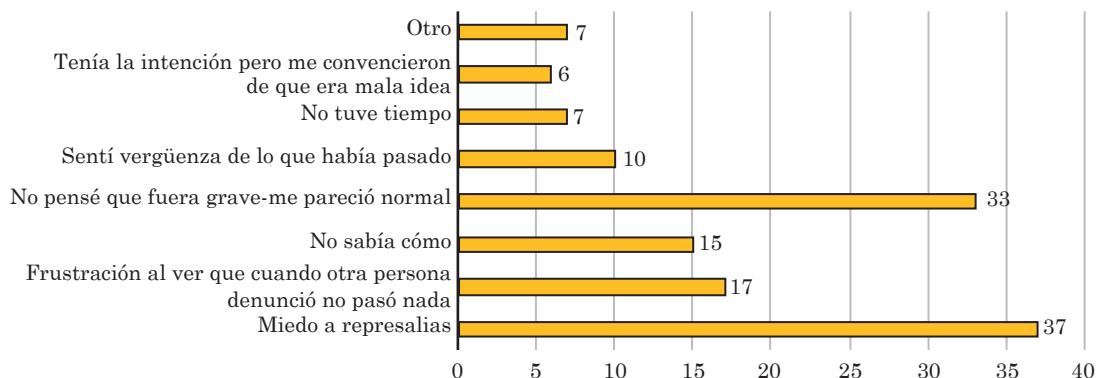


Figura 4

Motivo de no presentar una queja.

DISCUSIÓN

A pesar de la feminización de la medicina y de los estudios que demuestran la capacidad clínica⁵ y quirúrgica de las mujeres médicas,⁶ la trayectoria profesional de éstas sigue sin alcanzar las mismas tasas de éxito que los hombres. La brecha inicia temprano, a pesar de que la matrícula estudiantil es mayoritariamente femenina, la proporción de la población mexicana de 25 años que ejerce como médico (a) es de 54% hombres y 46% mujeres.⁷ Al observar la participación de mujeres en puestos de liderazgo la brecha es más grande. Por ejemplo, al momento de escribir este artículo ninguna mujer otorrinolaringóloga ha sido presidenta de la SMORLCCC, la Federación Mexicana de ORL-CCC o del Consejo Mexicano de ORL-CCC. La mayoría de las mujeres de la encuesta consideran que esta diferencia no se debe a la falta de capacidad, sino a la falta de igualdad en las oportunidades otorgadas. Asimismo, existe la percepción de que es necesario esforzarse más en comparación con los colegas hombres. Esta situación no es exclusiva de las médicas mexicanas y existe evidencia que sustenta que no es simplemente una percepción, los estereotipos de género infravaloran el trabajo de las mujeres y aumentan las brechas.⁸ En la sección de comentarios se expresó de forma recurrente que la falta de representación de mujeres en puestos de liderazgo puede estar en relación con la mayor cantidad de responsabilidades familiares y sociales de las mujeres.

Los estudios previos han identificado que uno de los factores que con mayor frecuencia se asocian con la modificación de la trayectoria profesional de las mujeres es el ejercicio de la maternidad.⁹ Los hallazgos en esta encuesta también apuntan en esa dirección: la mayoría de las mujeres expresó que la maternidad es un obstáculo para el desarrollo profesional. Conscientes del “costo” de la maternidad, un porcentaje significativo de mujeres decidió priorizar su desarrollo profesional: la edad media para tener el primero hijo (a) de la mujer mexicana de un estrato socioeconómico alto o medio alto es de 25 y 23 años, respectivamente;¹⁰ entre las encuestadas la edad media fue de 30 años. En 2020, la tasa de natalidad de mujeres mexicanas entre 40 y 44 años fue de 2.4 hijo (a)s por cada mujer.¹¹ La tasa de natalidad de las mujeres encuestadas fue de 1 hijos (as) por cada mujer. Más alarmante aún es identificar que posponer la maternidad no siempre es una elección. El 9.3% tuvo que presentar una prueba de embarazo negativa o evidencia de ser usuaria de un método anticonceptivo para acceder a un puesto de trabajo; también se compartió un testimonio de exigencia de renuncia al quedar embarazada.

Para las mujeres que eligen ser madres, la pérdida de oportunidades afecta a más del 80%, mientras que el trabajo interfiere con dar lactancia materna exclusiva en más del 60%. La carga de actividades de cuidado no remuneradas también parecen ser un factor que interfiere con el desarrollo profesional. Destaca la disparidad entre la disponibilidad de servicios de cuidado (22%) en comparación con la demanda de éstos (98%). En términos de vida personal, llama la atención el alto porcentaje de mujeres encuestadas que son solteras (31.9%) o divorciadas (9.4%), que supera a lo reportado por mujeres médicas en Estados Unidos con un 11.6 y 1.8%, respectivamente.⁹ Es de interés ahondar más sobre las posibles causas y la repercusión emocional que pueden tener en las mujeres médicas.

La cantidad de mujeres que reportan ser víctimas de violencia o discriminación es alarmante; la mayoría han sido víctimas de más de un tipo de violencia. La violencia y discriminación de género están normalizadas, no solo por los efectores (quienes, con mayor frecuencia, son hombres o tienen una jerarquía más alta que la víctima), sino también por las mujeres que la han sufrido. Éste es un problema importante porque los casos más severos suelen estar precedidos por situaciones que se consideran más “leves” o, incluso, “normales”.

Al considerar a todas las mujeres víctimas de violencia o discriminación de esta encuesta, la tasa de impunidad de estos actos es del 95.2% porque solamente en 5 de 104 casos reportados se consideró que se hizo justicia. La impunidad y la normalización son factores que impiden erradicar la violencia y discriminación. No solamente son los y las colegas trabajadores del sector salud quienes ejercen violencia y discriminación, sino también los (as) pacientes. En el caso de los pacientes, algunas mujeres expresaron explícitamente que se habían negado a recibir atención por una mujer médica o demeritado su trabajo, lo cual puede repercutir en el crecimiento profesional.¹²

“Igualdad” fue la palabra que escribió una de las encuestadas al seleccionar la opción “otras” en la pregunta que hacía referencia al efecto que tiene la representación de mujeres en puestos de liderazgo. Irónicamente, esa misma mujer respondió que no se considera feminista. Ese caso aislado ilustra un fenómeno llamativo que se repite entre las encuestadas. Se observó que un porcentaje significativo de mujeres que no se consideran feministas denuncia la existencia de desigualdad de oportunidades y reconoce la importancia de que exista una perspectiva de género en el trabajo. Este fenómeno orienta a pensar que términos como “feminismo” y “feminista” tienen una connotación negativa en una parte de la población que, además, ocurre de forma similar en los distintos grupos etarios. Con frecuencia, existe confusión de estos términos con “misandria”, que se refiere al rechazo e incluso odio a los hombres y cuyo equivalente sería la “misoginia” y “hembrismo” que promueve la superioridad de las mujeres sobre los hombres y cuyo equivalente sería el “machismo”. En realidad, el “feminismo” tiene como fin la equidad de género y rechaza la sumisión de un género sobre otro. Este fenómeno de desinformación es capitalizado por la polarización y amplificado a través de redes sociales, desestimando las legítimas demandas del movimiento feminista.^{13,14}

La encuesta muestra que los estereotipos machistas no son exclusivos de los hombres. Por ejemplo, algunas de las mujeres encuestadas (13.8%) consideran que hay especialidades “más adecuadas para las mujeres” e, incluso, algunas (12.5%) consideran que ese pensamiento influyó al momento de elegir la especialidad. Por otro lado, la violencia y discriminación de género también son ejercidas por mujeres, aunque en una proporción significativamente menor. Todo lo anterior me lleva a plantear nuevas preguntas: “¿Es suficiente la feminización de la medicina para lograr la equidad de género?”, “¿son suficientes los discursos demagógicos

y despliegues de color morado que se viven cada 8 de marzo para lograr la equidad?", "es garantía la presencia de las mujeres en puestos de liderazgo para terminar con la desigualdad?". Mi teoría es que no. Considero que es necesario replantear las campañas feministas, favoreciendo la crítica informada, constructiva y que busquen la reconciliación y cooperación de ambos géneros. Estas campañas no pueden ir aisladas, es fundamental que vayan a la par de políticas con perspectiva de género que permitan un cambio estructural del sistema, que permita a más mujeres desarrollarse plenamente al igual que los hombres, sin que eso implique un sacrificio desproporcionado de su vida personal. Estas políticas pueden incluir programas de mentoría dirigidos a mujeres, proporcionar mayor flexibilidad laboral en ciertas etapas de la vida, adaptar espacios dentro de los centros de trabajo que apoyen a las mujeres que deciden ejercer su maternidad (como estancias infantiles o áreas de lactancia), establecer un plan de cuidados nacional que disminuya el porcentaje de trabajo no remunerado que llevan a cabo las mujeres, formar protocolos claros contra la discriminación y violencia de género que se centren en la prevención, en evitar la revictimización y en terminar con la impunidad.

Entre las limitantes del estudio está el *método de muestreo*, que tiene sesgos importantes. Probablemente este método sea la causa de la escasa representación de médicas en formación. Asimismo, es necesario determinar la validez de las preguntas y respuestas incluidas, así como de los temas explorados.

A pesar de las limitantes, el objetivo de identificar y analizar factores asociados con la brecha de género en la práctica médica se cumplió. La información recabada en este estudio exploratorio es de utilidad para diseñar instrumentos de medición más robustos. Aumentar la cantidad y calidad de información sobre los retos persistentes es decisivo para desarrollar y evaluar estrategias orientadas a alcanzar la equidad de género y construir una ORL-CCC más justa e inclusiva.

CONCLUSIONES

La feminización de la ORL-CCC mexicana es una realidad. A pesar de que se ha demostrado objetivamente que la calidad de la atención en áreas clínicas y quirúrgicas es comparable a la de los colegas del género masculino, la discriminación, la sobrecarga de las responsabilidades familiares y labores de cuidado no remuneradas y la falta de oportunidades repercuten negativamente en la trayectoria profesional de las mujeres. A pesar de que las condiciones han mejorado paulatinamente, queda mucho por hacer. Los datos de este estudio revelan áreas de oportunidad para implementar políticas con perspectiva de género que fomenten la equidad y cierren las brechas de desigualdad.

Agradecimientos

A las organizadoras del 1er Foro Nacional de la Mujer en ORL-CCC en México. A la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello y a todas las mujeres que proporcionaron su apoyo para la difusión y elaboración de la encuesta.

REFERENCIAS

1. Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization; 2019 (Human Resources for Health Observer Series No. 24). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Graue-Wiechers E, Alarcón-Fuentes G, Guevara-Guzmán R, Osytosky-Wegman P. La feminización de la medicina en la educación médica y áreas biomédicas. En: Corona-Vázquez T, Medina-Mora E, Ostrosky-Wegman O, Sarti-Gutiérrez EJ, Uribe-Zúñiga P, La Mujer y la Salud en México. Colección de Aniversario 150 años de la Academia Nacional de Medicina. México: Academia Nacional de Medicina, 2014: 125-145.

3. Beltrán-Rodríguez Cabo O. Datos históricos y panorama actual de Mujeres en la Otorrinolaringología Mexicana, presentado en 1er Foro Nacional de la Mujer en ORL-CCC de México, realizada en Ciudad de México, 2025. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=Og0s-87iegw&t=9142s>
4. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Essue BM, Nargund RS, et al. The feminization of medicine in Latin America: 'More the-merrier' will not beget gender equity or strengthen health systems. Lancet Reg Health Am 2022; 8:100201. <http://doi.org.10.1016/j.lana.2022.100201>
5. Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, et al. Comparison of hospital mortality and readmission rates for medicare patients treated by male vs female physicians. JAMA Intern Med 2017; 177 (2): 206-213. <https://doi.org.10.1001/jamainternmed.2016.7875>
6. Blohm My, Sandblom G, Enochsson L, Österberg J. Differences in cholecystectomy outcomes and operating time between male and female surgeons in Sweden. JAMA Surg 2023; 158 (11): 1168-1175.
7. INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE 2021). Comunicado de prensa No. 580/21.
8. Winkel AF, Telzak B, Shaw J, Hollond C, et al. The role of gender in careers in medicine: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. J Gen Intern Med 2021; 36 (8): 2392-9. <https://doi.org.10.1007/s11606-021-06836-z>
9. Bakkensen JB, Smith KS, Cheung EO, Moreno PI, et al. Childbearing, infertility, and career trajectories among women in medicine. JAMA Netw Open 2023; 6 (7): e2326192. <https://doi.org.10.1001/jamanetworkopen.2023.26192>
10. INMUJERES, Desigualdad en cifras: Una mirada a la maternidad en México. 2020; 6 (6): 1-2. <https://bit.ly/3fO4GF1>
11. INEGI, Censos y Conteos de Población y Vivienda (2020). Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años por grupo de edad. <https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/>
12. Barnett J, Bjarnadóttir MV, Anderson D, Chen C. Understanding gender biases and differences in web-based reviews of sanctioned physicians through a machine learning approach: mixed methods study. JMIR Form Res 2022; 6 (9): e34902. <https://doi.org.10.2196/34902>
13. Mazzini C, Ficoseco VS. Críticas a las militancias feministas en redes sociales: Deshistorización, banalización y sexualización como estrategias de silenciamiento. Textos y Contextos desde el sur 2022; 10: 161-179.
14. Huang Q. Anti-Feminism: four strategies for the demonisation and depoliticisation of feminism on Chinese social media. Feminist Media Studies 2022; 23 (7): 3583-3598.