



# Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 18 No. 4

Diciembre de 2015

## PRESENCIA DE LAS MUJERES EN LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Leticia Osornio Castillo<sup>1</sup> y Laura Palomino Garibay<sup>2</sup>

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México

### RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es mostrar los cambios que en las últimas décadas ha tenido la presencia de las mujeres en la licenciatura en medicina y particularmente en las especialidades médicas desde una perspectiva de género. La investigación fue de tipo descriptivo, longitudinal, retrospectiva y de corte cuantitativo. Se analiza la matrícula del total de alumnos a nivel nacional de la carrera de medicina y de manera específica de la UNAM, en Faculta de Medicina, FES Iztacala y FES Zaragoza de 1970 a 2012. Se retomaron también datos de la población a nivel nacional de 15 especialidades médicas de los cuatro bloques de especialidades que contempla el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). Los resultados respaldan que si bien la proporción de médicas va aumentando se mantiene la segregación horizontal, las médicas se concentran en determinadas especialidades generalistas (Salud Pública, Oftalmología, Anatomía Patológica, Pediatría, Medicina de Rehabilitación, Anestesiología y Medicina Familiar) y están infra representadas en determinadas especialidades quirúrgicas (Traumatología y Ortopedia, Cirugía General), excluye a las mujeres de las especialidades tradicionalmente consideradas

<sup>1</sup>Profesora Titular A, con Maestría en Psicología Clínica, Doctora en Antropología Social, adscrita a la carrera de médico cirujano, FESI-UNAM. Correspondencia: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Av. de los Barrios No. 1, Col. Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México, C. P. 54090. Teléfono: 5623 12 00. Correo electrónico: letyosornio2005@yahoo.com.mx

<sup>2</sup>Profesora Titular A. Maestra en Investigación en Servicios de Salud; Doctora en Educación. Área de Teoría de las Ciencias Sociales y Psicología Social Teórica. Carrera de Psicología. Correo electrónico: [lpalomino@prodigy.net.mx](mailto:lpalomino@prodigy.net.mx)

de hombres, más prestigiadas y con más alta remuneración en el ámbito de la medicina.

**Palabras clave:** Mujeres, especialidades médicas, género.

## PRESENCE OF WOMEN IN THE MEDICAL SPECIALTIES A VIEW FROM A GENDER PERSPECTIVE

### ABSTRACT

The aim of this paper is to show the changes that have had the presence of women in recent decades in the degree in medicine and medical specialties particularly from a gender perspective. The research was descriptive, longitudinal, retrospective and quantitative type. Enrollment of all students of medical career is analyzed throughout the country and specifically UNAM, in Faculty of Medicine, FES Iztacala and FES Zaragoza from 1970 to 2012. Population data is also resumed nationwide 15 medical specialties of the four blocks of specialties contemplated in Aspiring National Examination of Medical Residence (ENARM). The results support that while the proportion of medical women is increasing, horizontal segregation remains, the medical women focus on certain generalist specialties (Public Health, Ophthalmology Pathology, Pediatrics, Rehabilitation Medicine, Anesthesiology and Family Medicine) and are underrepresented in certain surgical specialties (Traumatology and Orthopedics, General Surgery), excludes women from the men specialties traditionally considered more prestigious and higher payment in the field of medicine.

**Keywords:** Women, medical specialties, gender.

El objetivo del presente trabajo es mostrar los cambios que en las últimas décadas ha tenido la presencia de las mujeres en la licenciatura de medicina y particularmente en las especialidades médicas desde una perspectiva de género, en un afán por contribuir a visibilizar el trabajo de las mujeres dentro de esta disciplina.

El género como categoría de análisis es una de las contribuciones más significativas del feminismo contemporáneo, esta perspectiva ha permitido evidenciar la desigualdad que subyace a la existencia de la diferencia de género, como señala Rubin (1986), las relaciones que se construyen en cada momento histórico son las responsables de construir significados, en el terreno de la diferencia de los sexos la autora propone considerar la organización de la vida

social con base en la existencia de sistemas sexo/género. En el presente trabajo se considera que es una forma de interpretar la realidad humana a partir de problematizar las relaciones entre los sexos como relaciones de poder construidas históricamente y que a lo largo del tiempo han sedimentado una serie de discursos centrados en lo masculino que atraviesan no solo las relaciones individuales sino que a la par son fundantes de las instituciones.

El concepto o categoría de género, de acuerdo a Ortiz (2006), integra tres componentes fundamentales: un componente estructural, que hace referencia a las formas de organización social y división del trabajo que influyen en la inserción de hombres y mujeres en las diferentes esferas laborales; un componente simbólico que se expresa en nuestra sociedad como mediante atributos asociados a dos formas ideales de ser humano que se aplica tanto a personas como a cosas y conceptos abstractos. Y, por último, un componente individual que afecta a la identidad de las personas y la forma en que éstas se reconocen a sí mismas y a sus propios cuerpos. Se puede afirmar entonces que la construcción de la vida pública evidencia un sistema heteronormativo<sup>3</sup> donde la diferencia de sexo subordina y jerarquiza el género. Con respecto a la división del trabajo, el sexo ha sido uno de los criterios usados para fijar las diferencias. En razón de él, y fundamentalmente de las funciones reproductivas femeninas, las responsabilidades maternales, domésticas y familiares se han considerado las más adecuadas para la mujer y a ella se ha encomendado su cumplimiento. Las restantes tareas “economía, educación, cultura, política, pensamiento encajaban mejor con las cualidades naturales de los hombres, correspondiéndoles, pues su desempeño” (Campel, 2004; p. 6).

En el caso de la profesión médica, históricamente ha estado representado el género masculino, éste simboliza la confianza, fuerza, fortaleza, conocimientos, habilidades, prestigio social y estabilidad económica, en los distintos períodos históricos y las distintas culturas, evidencia un espacio público en el que los

<sup>3</sup>La vida social se organiza en función de dos posibilidades sexuales, la heterosexualidad aparece como criterio regulador de la vida pública y se omiten a otros grupos como los homosexuales, bisexuales y transgénero.

varones no quieren perder terreno. La profesión anclada en visiones sexistas<sup>4</sup> mantienen prácticas sociales que colocan en situación de desventaja e inferioridad a la mujer, en este caso a las médicas. Consolidan ideas que subyacen en un pensamiento androcéntrico<sup>5</sup> donde el mejor el más favorecido, con mejores habilidades y destrezas, el que tiene la única forma posible de ver una realidad y solucionar un problema es el médico.

Históricamente ser mujer ha supuesto tener que portar una carga negativa en el reconocimiento de los valores adquiridos con trabajo y estudio, ya que el pensamiento androcéntrico, base del discurrir social, así lo ha determinado por muchos siglos toda vez que la educación superior no fue un espacio considerado “femenino”, lo cual fortaleció la división del trabajo desigual entre hombres y mujeres González, Nigenda y Aguilar (2011).

El género es algo que se va configurando, ordenando, resignificando, a lo largo del tiempo. La Ilustración, las revoluciones americana y francesa, contaron con una importante colaboración femenina. Terminadas ambas experiencias revolucionarias, las mujeres sólo habían logrado, algo más de educación, cierto control sobre su destino y una más clara definición de su posición social, que seguía siendo dependiente jurídica y económicamente del varón. Hasta el concepto “ciudadana” se redefinió para aludir no a una persona que goza de derechos, sino a la esposa del ciudadano. Pero no todo era igual, la filosofía ilustrada había dado a las mujeres, lo mismo que al obrero, una serie de armas intelectuales favorables a su causa, entre las que destacan el concepto de derecho natural y el postulado de igualdad de derechos (Campel, 2003; p. 9).

<sup>4</sup>El sexism, se emplea muy frecuentemente para referirse a las formas de vida social por las que se mantiene en inferioridad a un sexo. Pero también hay autoras que hablan de sexism, o “ideología sexista”, para referirse a las formas de conocimiento, considerándolo como un condicionante inmediato del modo en que las mujeres son pensadas, categorizadas y reducidas al concepto “mujer”. (Ortiz, 2006, p 41).

<sup>5</sup>El término “androcentrismo” se refiere a las formas de conocimiento y supone utilizar en cualquier investigación o análisis una perspectiva que surge de la experiencia social de los varones occidentales, blancos y de clase media. El androcentrismo implica la identificación de lo masculino como lo humano en general y, a su vez, la equiparación de lo humano en general con lo masculino, lo que lleva consigo constituir lo masculino en la norma (Ortiz, 2006 p. 42).

Las primeras luchas a favor de los derechos de la mujer surgieron en la segunda mitad del siglo XIX. Estos movimientos tuvieron como objetivo la lucha por los derechos legales, y quedó en un segundo plano la igualdad en el terreno laboral. En 1848, se celebró en Nueva York la primera convención sobre los derechos de la mujer. Sus resoluciones exigían igualdad de derechos en diversos campos: el matrimonio, los salarios, la propiedad y, finalmente, la custodia de los hijos. En Wyoming se concedió el voto a las mujeres en 1869, fue hasta 1920, que se extendió a todo el país. En Europa las manifestaciones sufragistas fueron muy numerosas, particularmente en Inglaterra, en 1903 el movimiento se organizó y su lucha se radicalizó para conseguir por todos los medios –pacíficos y violentos- el voto femenino (Vega, 2012; p.83).

Durante el siglo XVII y con el desarrollo de las profesiones, el ejercicio de la medicina quedó bajo el imperio de la regulación masculina. A las mujeres se les permitía cuidar a los enfermos en el ámbito familiar, en el hospital o en la cárcel siempre que lo hicieran con subordinación, obediencia y sin remuneración. Lo que avanzó la medicina doméstica del siglo XVI y comienzos del XVII se perdió cuando los hombres doctos tacharon a las prácticas por ellas ejercidas de hechiceras o supercherías. Tuvieron que pasar siglos para que la mujer obtuviera pleno y legal acceso al ejercicio de la medicina (Rodríguez y Rodríguez 2006). La razón y la cultura se asociaban a los hombres, mientras que a las mujeres se reservaba la emoción y la naturaleza (Rodríguez, 2006). Y ello, se debió únicamente a su condición de mujeres. Nos encontramos con un episodio más de esa larga historia del patriarcado, en que las mujeres, que constituimos la mitad de la humanidad, como señala Iglesias (2012), hemos sido consideradas inferiores, enfermas, tendientes a la inestabilidad psíquica, cómplices del diablo, dependientes de otros seres humanos, seres intermedios entre el hombre y el animal en la escala evolutiva, incapaces de realizar actividades intelectuales y de ostentar cargos de responsabilidad en la sociedad, inestables, maliciosas, débiles de razón y dominadas por la sensualidad y las emociones, destinadas por la naturaleza a la procreación y la reducción al ámbito doméstico

El acceso a los estudios y la práctica de la medicina también estuvo vetado a la mujer en los Estados Unidos de América, como lo estuvo en la mayoría de las naciones a lo largo de la historia. La primera mujer que logró matricularse fue Harriet Hunt (1805-1875), que logró que las autoridades académicas de Harvard Medical School aceptaran su ingreso. Culminó su carrera ejerciendo luego como médica homeópata, profesora de obstetricia, ginecología y enfermedades en niños en Rochester College y más tarde psiquiatra cuando se estableció en Londres (Rodríguez, y Rodríguez, 2006). Fue hasta 1915 cuando las mujeres médicos se convirtieron en miembros de la Asociación Médica Americana.

Fue al final del siglo XIX y principios del XX cuando la mayor parte de los países: Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia, Rusia, Suiza, Bélgica, Alemania, Australia, Brasil, Chile y México, admiten a la mujer tanto en la formación teórica como práctica en la educación médica. Pero a pesar de ello, las mujeres que querían hacer de la medicina y otras ramas del saber, su profesión, debían luchar contra toda clase de prejuicios, porque de no hacerlo quedaban socialmente instaladas muy marginalmente en la sociedad (Rodríguez y Rodríguez, 2006).

Con el surgimiento de movimientos feministas se empieza a abrir espacios en la vida pública, incluso se promulgan leyes a favor de la educación de la mujer; por ejemplo en 1972 en Estados Unidos, la reforma de la Ley de Educación superior emitió The Women's Educational Equity Act, cuyo propósito fue promover la equidad educativa para las mujeres y evitar la discriminación de género. La emisión de esta Ley propició el incremento de la matrícula femenina de primer ingreso que pasó de 9% en 1969 a un 22% en 1974, (Conway, Boruquey and Joan 1987), una tendencia similar se observó en el nivel global, incluso en México, donde la matrícula en el nivel nacional ascendió de 19% en 1970 a 50.3% en 2003 (Rodríguez 2011).

En México la presencia femenina en las escuelas o facultades de medicina data del siglo de los partos (Rodríguez, 2011). Un siglo después de que Matilde Montoya superara una serie de obstáculos, críticas y protestas, y de que mostrara

su constancia, voluntad y dedicación, abriendo el camino hacia la ciencia médica a la mujer mexicana, las cosas han cambiado mucho y gradualmente el registro de las mujeres en las escuelas de Medicina ha ido en ascenso. Mientras que en el siglo XIX, fueron dos las mujeres matriculadas en la carrera de “medicina, cirugía y obstetricia”, en los últimos años, es decir, de 1980 a la fecha, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ha habido un cambio significativoen la matricula debido a que cuenta con un mayor número de mujeres, en tanto que el número de estudiantes hombres tiende a reducirse.

Las categorías de género varían a lo largo del tiempo, y con ellas los territorios sociales y culturales asignados a mujeres y hombres (Conway, Boruquey and Joan, 1987). Actualmente en México, el ingreso a la carrera de medicina se ha incrementado de 34.1% en 1980 a 64% en 2010 (Rodríguez, 2011). En España, la proporción de mujeres alcanzó 70% del total entre 1995 y 2004. Existen también tendencias claras hacia este fenómeno en otros países, como Canadá, Estados Unidos y, en América Latina, Uruguay, México y República Dominicana. Las ocupaciones sanitarias sobre las cuales se basa este fenómeno son enfermería, odontología, tecnología en radiología y laboratorio clínico, psicología, trabajo social, terapia física y ocupacional y en medicina, en algunas especialidades como medicina familiar, pediatría y gineco-obstetricia como señalan González, Nigenda y Aguilar (2011).

En el contexto del México actual –con un sistema de salud de corte neoliberal, en una sociedad donde las mujeres gozan de nuevos derechos pero siguen siendo amenazadas por viejas violencias- las medicas comparten con las otras trabajadoras y profesionistas, las mismas preocupaciones y tensiones, que pueden sintetizarse en la búsqueda del equilibrio entre lo público y lo privado, lo personal y lo social, la familia y el trabajo: el dilema entre ser mujer y ser médica, sin perder nada en el camino. Es a partir de lo anterior que coincidimos con Pozio (2013), que convoca a abordar esta problemática y enfatiza que hay que subrayar la centralidad, en el estudio de las profesiones, y en la comprensión de los modos en que los profesionistas y la sociedad organizan los trabajos de cuidados.

El fenómeno de “feminización de las profesiones” ha sido objeto de estudio desde los años 1980 de diversos abordajes y teorías. Este concepto lo describe la literatura (González, Nigenda y Aguilar, 2011), como el ascenso del número de mujeres que se forman y trabajan dentro de una categoría ocupacional específica, sobrepasando el número de hombres que realizan las mismas prácticas.

Han pasado cuatro décadas de formación femenina, además del crecimiento de la matrícula las egresadas, han construido un camino de la escuela a la especialización, se hace necesario entonces visibilizar los lugares donde ahora se encuentran, describir, qué sucede cuando se incrementa el nivel educativo.

### Objetivo

Mostrar los cambios que en las últimas décadas ha tenido la presencia de las mujeres en la licenciatura de medicina y en las especialidades médicas desde una perspectiva de género, en un afán por contribuir a visibilizar el trabajo de las mujeres dentro de esta disciplina.

### Método

La investigación es de tipo descriptivo, longitudinal, retrospectiva y de corte cuantitativo. Para describir en términos operativos la presencia de las mujeres en la medicina se retomó como variable el total de alumnos matriculados.

### Población.

Licenciatura. Matrícula del total de alumnos a nivel nacional de la carrera de medicina y de manera específica de la UNAM de los tres campus en los que se imparte la carrera de medicina: Facultad de Medicina de Ciudad Universitaria (FM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) y Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FESZ) de 1970 a 2012.

Posgrado. Se retomaron datos de la población a nivel nacional de 15 especialidades médicas de los cuatro bloques de especialidades que contempla

en Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). Bloque I. Cinco especialidades que contempla: Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello y Traumatología y Ortopedia. Bloque II, cinco: Anestesiología, Medicina Interna, Medicina de Urgencias, Pediatría y Psiquiatría. Bloque III, solamente dos: Medicina Familiar y Salud Pública. Bloque IV, cuatro: Anatomía Patológica, Medicina de Rehabilitación y Patología Clínica. Se eligieron estas especialidades, porque fueron las más solicitadas durante 2011 y 2012.

Procedimiento. Se revisaron los Anuarios Estadísticos Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior y Anuarios Estadísticos de Posgrado; también, se revisaron bases de datos de UNAM y FESI.

Análisis de datos. Se realizó un análisis cuantitativo, recurriendo a la estadística descriptiva, primeramente de la Carrera de Medicina y posteriormente de las especialidades médicas. De aplicó una  $\chi^2$  para la comparación entre grupos.

## Resultados

Los resultados se presentan de la siguiente manera: Para contextualizar la presencia de la mujer en la carrera de medicina, primeramente se menciona el incremento del porcentaje de mujeres en la licenciatura, después las áreas de conocimiento en la que se encuentra el mayor porcentaje de mujeres.

Posteriormente, se describe el porcentaje de hombres y mujeres de la carrera de medicina a nivel nacional, así como específicamente de los distintos campos de la UNAM en donde se imparte esta carrera, Facultad de medicina CU, FES Iztacala y FES Zaragoza.

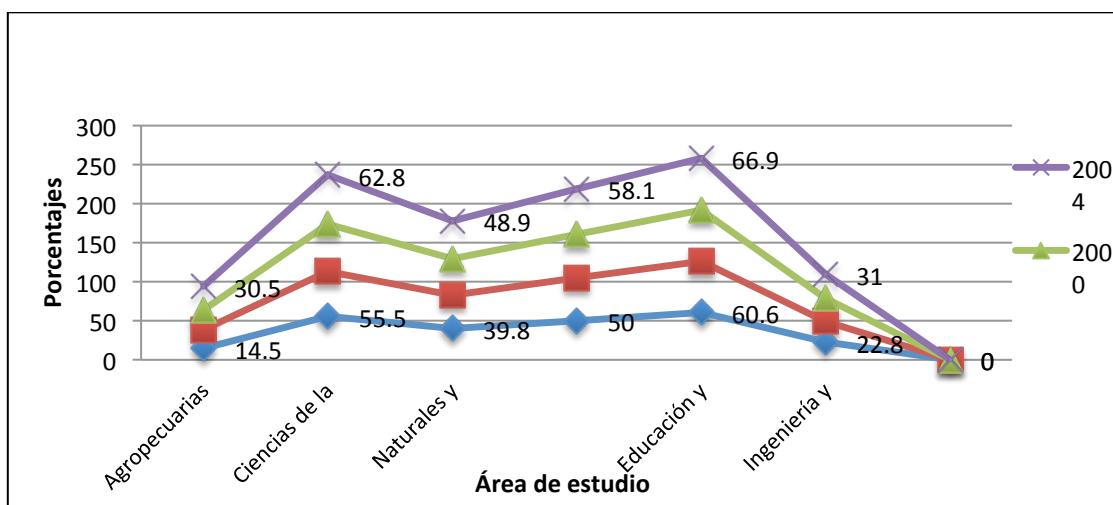
Finalmente, se realizó una comparación de la presencia de las mujeres en las especialidades médicas más solicitadas que a la vez son en las que se encuentra mayor población.

## Población escolar en la licenciatura a nivel nacional

En los ANUARIOS Estadísticos de la Educación Superior de ANUIES, se encuentran registros que a través del tiempo han ido cambiando en la forma de registrar los datos, se retomó de sus bases de datos aquellos que permitían información específica para esta investigación; en el caso de la población de licenciatura, se retomó de 1979 a 2004.

### Mujeres por área de especialidad

Las mujeres de la población escolar de licenciatura en México pasó de 17.2% en 1970; 34.5%, 1980; 40.3%, 1990; 45.1%; 1995; 49%, 2004. Sin embargo, se ha concentrado en su mayoría en dos áreas del conocimiento Ciencias de la Salud y Educación y Humanidades. Los hombres en Ingeniería y tecnología, Agropecuaria y Naturales y exactas; en el área de Ciencias de la Salud, han incrementado de un 55.5% en 1990 a 62.8 en 2004 y en el área de Educación y Humanidades de 60.6% en 1990 a 66.9% en 2004. Con un reducido porcentaje de 22.8% en 1990 en Ingeniería y tecnología que incremento un poco a 31% en 2004 (ver gráfica 1). De los años noventa en adelante se inicia una etapa que busca el reconocimiento de la diferencia sexual, menciona (Palomino 2013) “se realizan los primeros esfuerzos por documentar la importancia de la diferencia por sexo en la realización de estudios superiores. Bedolla (1993), Delgado (1993) y Lamas (1993), entre otras, promovieron una reflexión sistemática dirigida a evidenciar el discurso hegemónico masculino y las implicaciones de éste en diversos ámbitos y prácticas en el terreno de la educación” (p. 619).

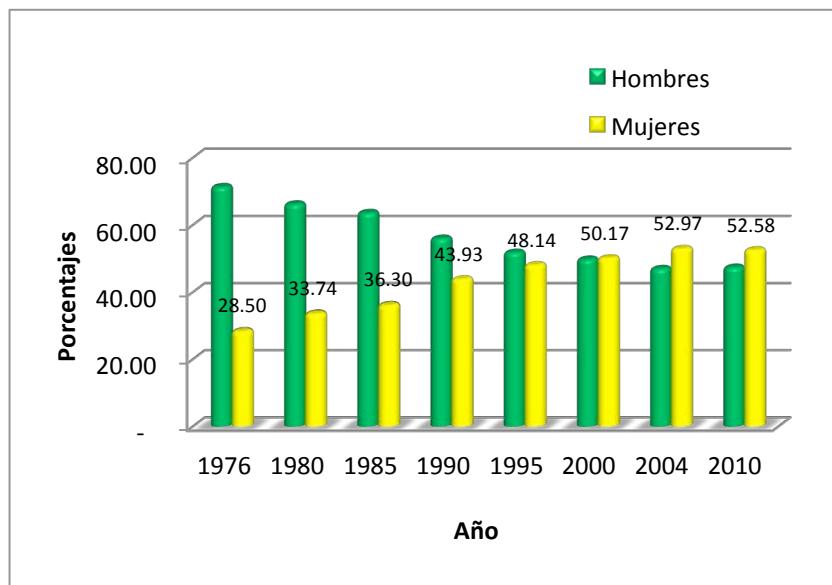


Gráfica 1. Participación de la mujer por área de estudio a nivel licenciatura .Datos retomados de ANUIES

### Licenciatura de medicina

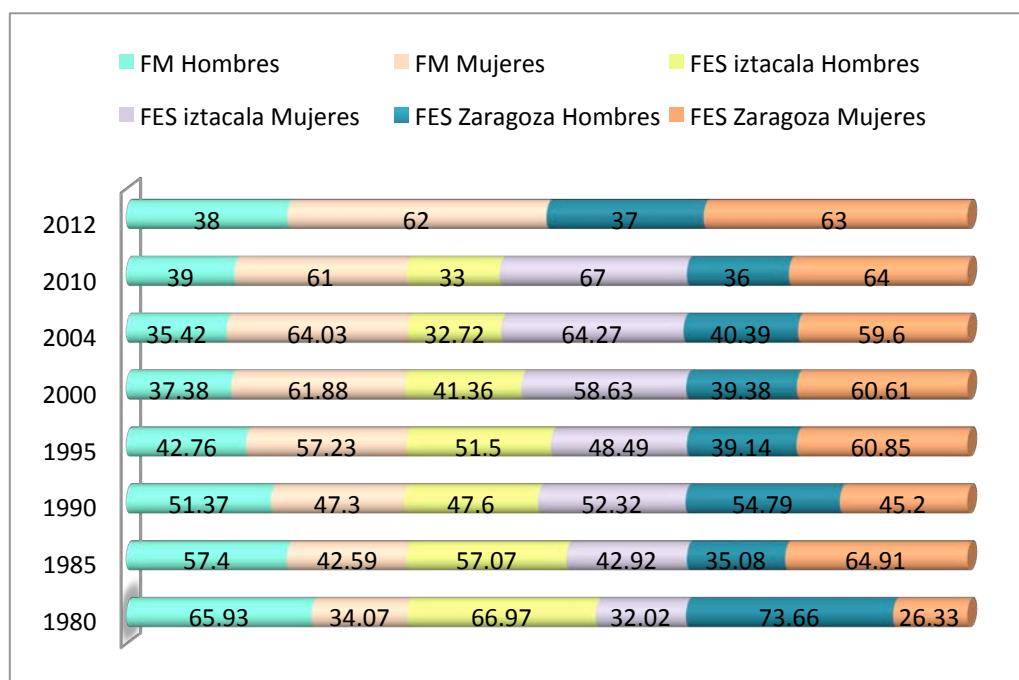
El porcentaje de mujeres en la licenciatura en medicina ha crecido constantemente en comparación con los hombres, pasó de 28.5% en 1976 a 36.30% en 1980, 43.93% en 1990, 50.17% en 2000 y se sostiene por encima del 50% para 2010

(Gráfica 2).



Gráfica 2. Porcentaje población nacional de la carrera de Medicina por sexo.Datos retomados de ANUIES.

En la UNAM, en los tres campus donde se imparte la carrera de presenta una situación similar a la población nacional en cuanto a incremento gradual de mujeres; sin embargo, hay que señalar que la población de mujeres en la UNAM en los tres campus analizados supera a la población nacional en porcentaje de alumnas, ya que en la Facultad de medicina en 1980 el porcentaje de mujeres de 34% paso en 1990 a 47.3% para alcanzar en 2004 64.03%, que disminuyó ligeramente para 2012 a 62%. En la FES Iztacala, los porcentajes son similares, en 1980 hubo un 32.2% de mujeres, que incrementó a 42.92% en 1985, alcanzó superar el 50% en 1990 y para 2010, 67%. La FES Zaragoza, tenía el menor porcentaje de mujeres comparativamente con los otros campus para 1980, 26.33%; sin embargo, para 1985 llegó a 64.91%, disminuyendo ligeramente en el 2000 a 60.61%, volviendo a incrementar en 2010 y 2012 a 64 y 63% respectivamente. La acentuada presencia de las mujeres en esta carrera nos remite a considerar que son profesiones donde se busca principalmente el cuidado del otro Palomino (2013).



Gráfica 3. Porcentajes de la licenciatura de medicina de la FM, FESI, FESZ, por sexo de 1980-2012. Datos retomados de ANUIES

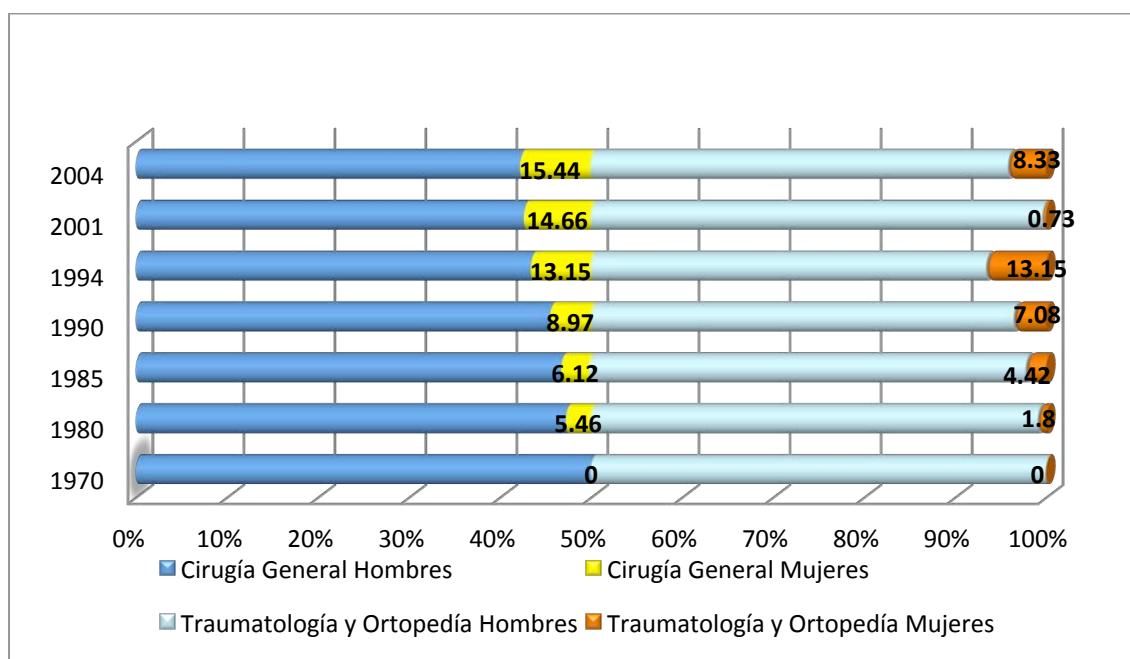
### Población de especialidades médicas

Se analizaron 15 especialidades médicas de los cuatro bloques de especialidades que contempla en Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). Bloque I. De éste, se retomó las cinco especialidades que contempla: Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello y Traumatología y Ortopedia. Bloque II, cinco: Anestesiología, Medicina Interna, Medicina de Urgencias, Pediatría y Psiquiatría. Bloque III, solamente dos: Medicina Familiar y Salud Pública. Bloque IV, cuatro: Anatomía Patológica Imagenología, Diagnóstica y Terapéutica, Medicina de Rehabilitación y Patología Clínica.

Se aplicó una  $\chi^2$  para comparar las poblaciones totales nacionales de cada una de las especialidades de 1980 a 2004 (de los datos reportados por ANUIES) por sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las especialidades. Comenzando por Cirugía general ( $t=5.506$ ,  $gl=48$ ,  $p<.000$ ), Ginecología y Obstetricia ( $4.657$ ,  $gl=48$ ,  $p<.000$ ), Oftalmología ( $t=4.019$ ,  $gl=48$ ,  $p<.000$ ), Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello y Traumatología y Ortopedia ( $t=6.610$ ,  $gl=46$ ,  $p<.000$ ), Anestesiología, Medicina Interna ( $t=5.811$ ,  $gl=47$ ,  $p<.000$ ), Medicina de Urgencias ( $t=2.204$ ,  $gl=48$ ,  $p<.05$ ), Pediatría ( $t=2.092$ ,  $gl=48$ ,  $p<.05$ ), y Psiquiatría ( $t=3.305$ ,  $gl=48$ ,  $p<.05$ ). Bloque III, solamente dos: Medicina Familiar ( $t=2.132$ ,  $gl=44$ ,  $p<.05$ ), y Salud Pública ( $t=2.084$ ,  $gl=34$ ,  $p<.05$ ). Bloque IV, tres: Anatomía Patológica Terapéutica Medicina de Rehabilitación ( $-1.226$ ,  $gl=42$ ,  $p<.01$ ). y Patología Clínica ( $t=1.490$ ,  $gl=43$ ,  $p<.05$ ).

Las especialidades más solicitadas y con más espacios son las quirúrgicas, que representan 41%, como cirugía general, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello, traumatología y ortopedia. También están las dedicadas a la medicina hospitalaria como anestesiología, genética, medicina interna, pediatría, medicina de urgencias, psiquiatría y geriatría. Cirugía general, ginecología, medicina interna y pediatría, que son las cuatro básicas, abarcan más de 65% (dato proporcionado por el entonces Secretario de Salud, 2010).

Comenzando por describir Cirugía general de la población total nacional, encontramos que ha sido un espacio en el que en 1970 no había mujeres y que paulatinamente fue poco a poco incrementando para en 1985 contar con un 6.12%, en 1990 a 8.97 y en 2004 a 15.44%. Por lo que se observa un predominio de hombres en las últimas cuatro décadas dentro de esta especialidad. Un caso aún más evidente es el de Traumatología y Ortopedia, porque de igual forma que en Cirugía, en 1970, no había presencia de mujeres, para 1985 alcanza un 4.42%, en 1990 un 7.08% y en 1994, sube a 13.5% para disminuir en 2001 a .073 y tener un incremento en 2004 a 8.33% De todas la especialidades analizadas, ésta es la que más evidencia la ausencia de mujeres, declarándose como un espacio básicamente masculino (Gráfica 4).

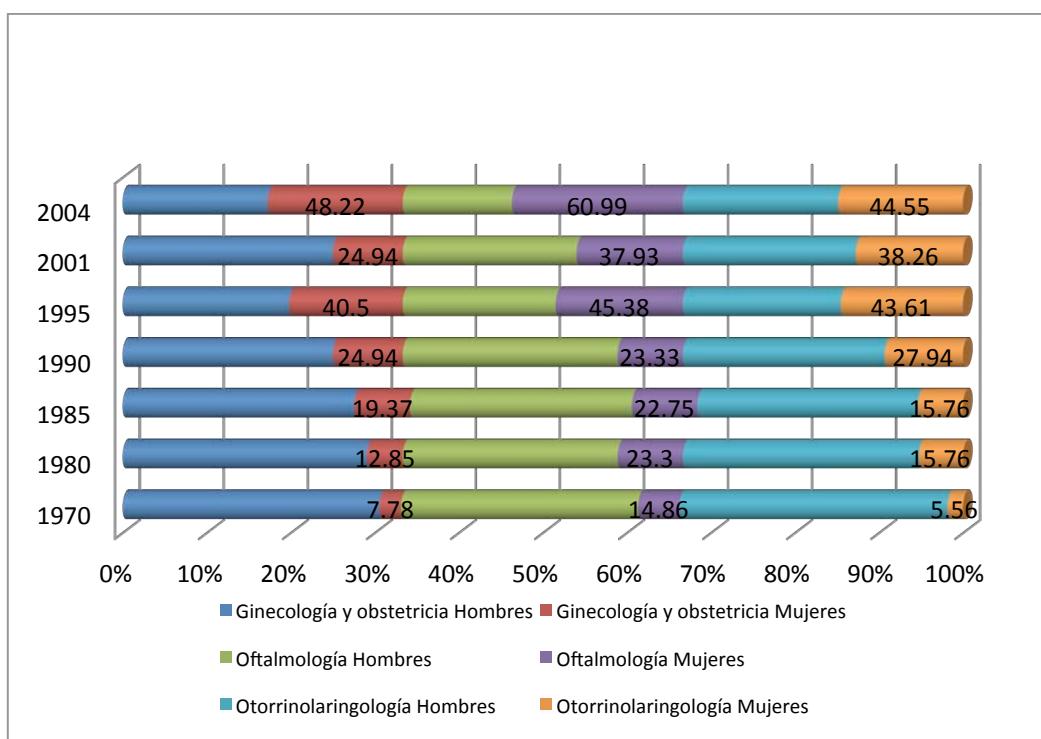


Gráfica 4. Porcentaje a nivel nacional de la población de las especialidades de Cirugía General y Traumatología y Ortopedia. Datos retomados de ANUIES

En la especialidad de Ginecología y Obstetricia, se observó un considerable incremento de la presencia de las mujeres, de la población total nacional de 1970 donde hubo un 7.78% incremento en 1985 a 19.37%, en 1990 a 24.94, 1995 a 40.5, disminuyendo en 2001 a 24.94 y volviendo a casi equiparar a los hombres en 2004 con un 48.23%. Tal es el caso de la especialidad de Otorrinolaringología,

que mostro un incremento paulatino ya que en 1970 solo hubo 5.56%, en 1980 15.76%, 1990 27.94 y da un salto considerable en 1995 a 43.61% disminuyendo un poco en 2001 a 38.26% y volviendo a incrementar en 2004 a 44.55% (Grafica 5).

Por su parte, la especialidad de Oftalmología desde 1970 se fue de las que ya contaba con mujeres en su haber con un 14.86%, incrementando en 1980 a 23.3%, en 1995 a 45.38% y alcanza un porcentaje que supera a la población de hombres en 2004 con un 60.99%. Se destaca como una de las especialidades con más presencia de las mujeres.

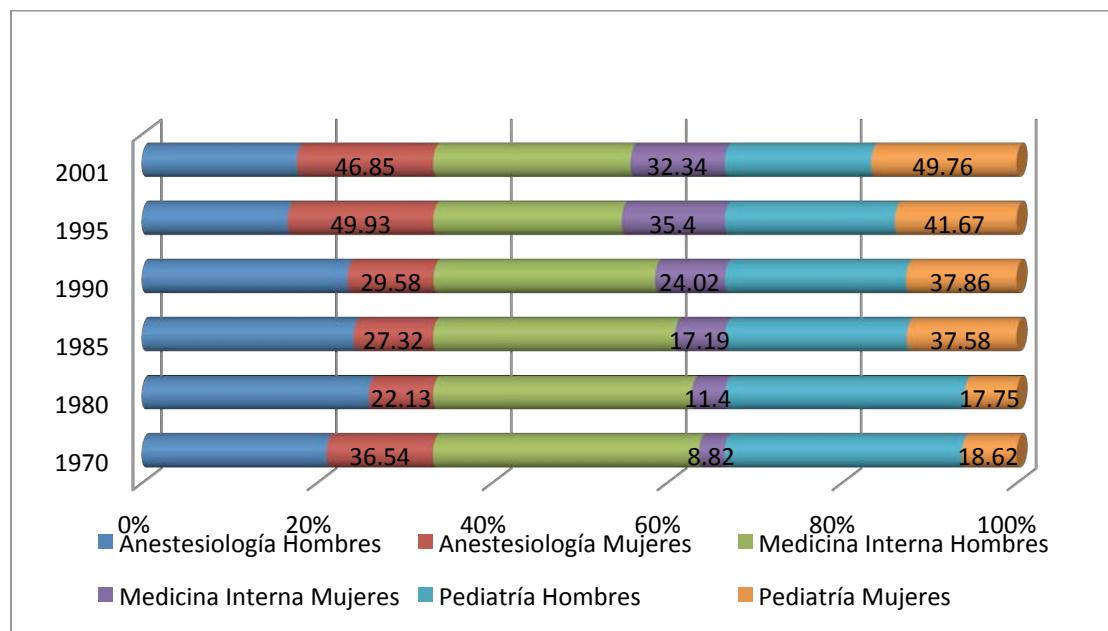


Gráfica 5. Porcentaje a nivel nacional de la población de las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Oftalmología y Otorrinolaringología por sexo. Datos retomados de ANUIES

Anestesiología es otra de las especialidades médicas que cuenta con gran presencia de las mujeres, desde 1970 ya contaba con un 36.54% de mujeres, disminuyendo en 1980 a 22.13%, incrementando en 1990 a 29.58%, en 1995 a 49.93 y disminuyendo ligeramente en 2001 a 46.85%. En Pediatría, también fue de

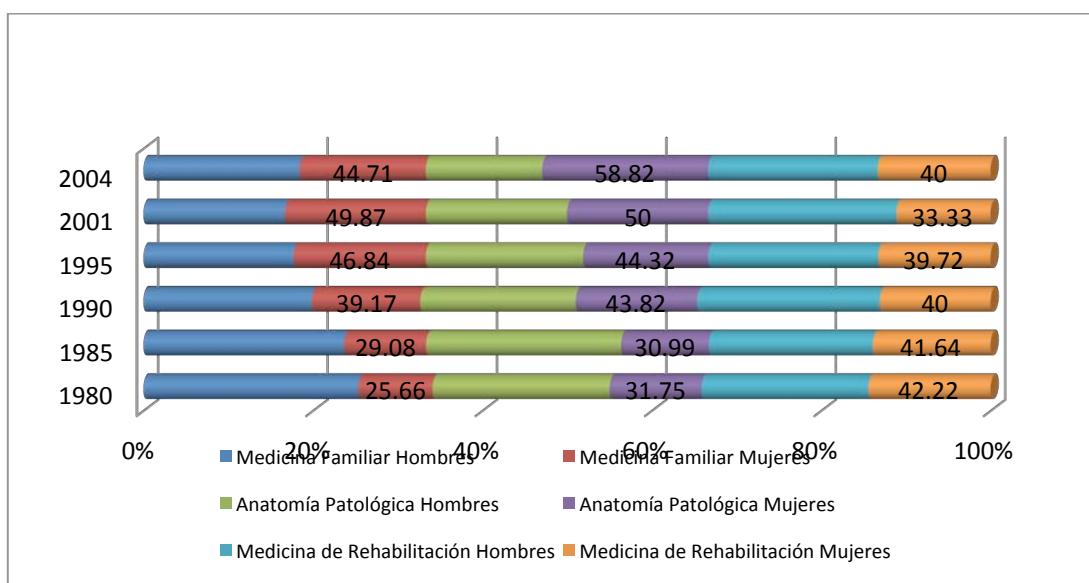
menos a más, en 1970 18.62%, 1985, 37.58%, 1995 41.67% y en 2001 49.76%. Ambas son especialidades con alta población femenina.

Caso distinto es el de Medicina interna, en el que si bien ha incrementado en su matrícula de mujeres a través de los años, continúa mostrando una prevalencia de hombres; en 1970 solo 8.82% mujeres, 1980 11.4%, 1990 sube a 24.04, 1995 se eleva hasta 35.4% y en 2001 alcanza un 32.34%.



Gráfica 6. Porcentaje a nivel nacional de la población de las especialidades de Anestesiología, Medicina interna y Pediatría. Datos retomados de ANUIES

En Medicina familiar la situación de la mujer también ha venido cambiando en cuanto a un incremento en la matrícula en 1980 un 25.66%, en 1985 29.08%, 1990 un 39.17%, 2001 49.87% y en 2004 disminuye ligeramente a 44.71%. Anatomía patológica, es otra especialidad médica en la que las mujeres llegaron a equipararse en porcentaje poblacional con los hombre e incluso ser mayoría, en 1980 un 31.75, 1985 un 30.99, 1990 un 43.82%, en 1995 un 44.3%<sup>2</sup> en 2001 sube a 50% y para 2004 a 58.82%. La especialidad de Medicina de rehabilitación, es otra que se ha mantenido con una población constante de mujeres, si bien no se ha equiparado con los hombres ha sido un espacio en donde el porcentaje ha presentado fluctuaciones y pequeñas disminuciones, continúa siendo una cantidad considerable, en 1980 42.22%, en 1990 40%, en 1995 un 39.72% en 2001 un 33.33% en 2004 40% (Gráfica 7).



Gráfica 7. Porcentaje a nivel nacional de la población de las especialidades de Medicina Familiar, Anatomía patológica y Medicina de Rehabilitación. Datos retomados de ANUIES

Salud pública es otra de las especialidades con predominio de presencia de mujeres, presento un incremento considerable de 1985 a 2004, en 1985 contó con un 31.03%, en 2001 un 50.51% y para 2004 alcanza un 69.52%.

Con respecto a Psiquiatría, en 1970 hubo solo un 7.14% de mujeres, para 1990 incremento a 30.50%, en 1995 subió a 44.4% para disminuir en 2001 a 36.21%. Finalmente en el caso de Medicina de urgencias, en 1985 hubo un 6.56% de mujeres, en 1990 un 14.18%, 1995 un 35.29% y para 2001 subió a 30.79%.

### Discusión y conclusiones

A partir de lo anterior, se puede sostener que la presencia de las mujeres en la medicina si bien como se ha reportado en la literatura y se confirma con lo expuesto en esta investigación a nivel licenciatura ha llegado a estar por encima de 50% con respecto a la población masculina, al incrementar el nivel y hacer un análisis comparativo con las especialidades médicas más solicitadas, encontramos que hay especialidades que siguen siendo territorio masculino, tal es el caso de Cirugía General y muy en particular Traumatología y Ortopedia que en promedio de los años revisados no alcanza ni un 5%, incluso a veces ni un 1%.

La percepción de que la cirugía demanda demasiado 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, desalienta a muchas mujeres de hacerse cirujanas, Son y cols. (2004). Algunas estudiantes de medicina no solicitan carreras quirúrgicas debido a malas experiencias en sus rotaciones, la falta de asesoría y el deseo de un mejor estilo de vida fuera del ámbito profesional. Conscientemente o no, tienden a buscar programas en los que otras mujeres (residentes adscritos) han sido aceptadas, respetadas y exitosas.

Las mujeres que eligen especialidades quirúrgicas en general lo hacen por las mismas razones que los hombres, por la satisfacción de la rapidez de manejo, el tratamiento definitivo, lo excitante de la práctica quirúrgica y la combinación del trabajo cerebral y artístico en el que el talento humano debe ser apoyado independientemente del sexo. Señalan Shoen y cols. (2004) que la práctica quirúrgica representa un reto del cual las mujeres no deben ser excluidas

Una vez dentro de la residencia quirúrgica, los obstáculos a los que tendrán que enfrentarse va desde la discriminación de género, embarazo y familia, inequidad salariales hasta hostigamiento sexual Cortes A. O. y cols. (2005). El hostigamiento sexual se ha tratado de explicar por la estructura del poder jerárquico en los sistemas de salud y por la naturaleza altamente intensa y personal de trabajo, así como por el hecho de que la gente trabaja junta en pequeños grupos durante muchas horas.

Otro aspecto importante es la discriminación de género que se puede dar por los pacientes, que en ocasiones la confianza que le tienen al cirujano hombre es mayor que a la mujer, por pensar que se tiene mayor capacidad física y/o mental.

Es imprescindible transformar el mercado de trabajo en un modelo menos androcéntrico señala Saletti-Cuesta (2011). Son ineludibles las políticas educativas que transformen la cultura sexista, basada en la asignación de género en función del sexo, en una cultura de justicia e igualdad entre todas las personas. Existen estereotipos de que las mujeres son débiles, frágiles, menos hábiles, con poco control sobre sus emociones y conceden menos valor a su carrera que los hombres. En contra parte, los aspectos quirúrgicos representan un significado económico y el prestigio social que conlleva esta especialidad médica, la hace particularmente atractiva para lo que históricamente se ha vendido atribuyendo a los hombres. Evidentemente, esto se relaciona con la cantidad de médicos que se inclinan por estas especialidades.

Las especialidades en las que se observó más presencia en población de mujeres fueron Salud Pública, Oftalmología, Anatomía patológica, Pediatría, Ginecología y obstetricia y Medicina familiar, todas ellas alrededor o superior al 50%. También, tenemos aquellas especialidades en las que la población de mujeres ocupa solamente un tercio de la población total de la especialidad, tal es el caso de Medicina de urgencias, Psiquiatría y Medicina interna.

Oftalmología se conoce comúnmente como una especialidad médica de “mujeres”, por la poca exigencia de atención de urgencias y la necesidad de realizar escasas o ninguna guardia durante su ejercicio Enríquez (2013). Se ha encontrado que las mujeres optan por especialidades con horas de trabajo predecibles o de mayor

interacción con pacientes, como psiquiatría y pediatría (Dacre 2009) y que las médicas tienen mayores habilidades de comunicación, además de que incluyen en su práctica más cuidados preventivos (Phillips y Austin, 2009).

Sin duda alguna, el control de la natalidad ha permitido que las mujeres organicen su tiempo y concilien las actividades familiares y profesionales, optando por la carrera profesional de su elección. Sin embargo, a pesar de la feminización de la carrera de medicina la mujer se encuentra en un rango inferior respecto al mercado laboral; hay mayor desempleo y subempleo entre las mujeres que entre los hombres de profesión médica (Arrizabalga, 2005; (Rodríguez, 2013). Así mismo, éstas tienen una menor participación en los cargos directivos y de decisión política. En las más altas jerarquías de las instituciones que ofrecen atención muy especializada su participación es mínima (Palomino, 2013).

Los resultados presentados respaldan que si bien la proporción de médicas va aumentando se mantiene la segregación horizontal, las médicas se concentran en determinadas especialidades generalistas (Salud Pública, Oftalmología, Anatomía Patológica, Pediatría, Medicina de Rehabilitación, Anestesiología y Medicina Familiar) y están infra representadas en determinadas especialidades quirúrgicas (Traumatología y Ortopedia, Cirugía General, lo cual concuerda por lo reportado por Pozio (2013), La segregación horizontal es un mecanismo altamente eficiente para preservar los territorios y privilegios masculinos, y alimenta creencias acerca de las capacidades diferenciadas entre hombres y mujeres como señalan Burquet, Cooper, Mingo y Moreno (2013). Que como se puede apreciar en esta investigación, excluye a las mujeres de las especialidades tradicionalmente consideradas de hombres.

El avance de las mujeres a nivel demográfico en la profesión comienza a hacerse sentir en los diferentes ámbitos: más en la universidad y en la carrera científica, menos en los cargos ejecutivos y en las instituciones gremiales. Pero allí están, son cada vez más y ya hay mujeres al frente de la Secretaría de Salud y de algunos Institutos Nacionales. Las barreras y los impedimentos ahora son sutiles señala Pozio (2013), no están escritos en la legislación sino en las costumbres, en los mandatos familiares, en culturas y prácticas institucionales, en las pautas

familiares, en los arreglos de pareja, en las mentes, cuerpos, sentimientos – en los habitus- de los y las profesionistas.

La concientización con respecto a la equidad es un factor muy importante para evitar las tendencias sexistas de hombres, pero también de mujeres, por lo que se hace necesario reflexionar sobre la importancia de la incorporación de la mujer en espacios formativos y los retos que implica su participación en ambientes institucionales regulados por un sistema simbólico que privilegia lo masculino, en el presente estudio se muestra la inserción diferenciada en las especialidades médicas, sería oportuno en futuros estudios abordar las razones de esas elecciones así como las implicaciones de su participación en esas especialidades toda vez que se esperaría que su presencia mayoritaria impulsara políticas de equidad de género que redundara en un cambio de actitud y mentalidad de toda la sociedad; de hombres y mujeres que deben tener mayor conciencia de las capacidades de la mujer y de las oportunidades que recibe para demostrarlas. No podríamos concebir la medicina del siglo XXI, sin la participación de las mujeres, no solamente por su contribución en el trabajo médico asistencial, sino también en otros espacios públicos como la investigación, la docencia, los puestos directivos y la presencia gremial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alarcón-Fuentes G. (2011) Feminización de la Medicina en México. En: Lifshitz A., Zerón G. L. y Manuel R. H. *Los RETOS de la educación médica en México*. Tomo II. México. Academia Nacional de Educación Médica.
- Arrizabalga P, Valls-Llobret C. (2005) Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med. Clín.*; 125:103-107.
- Burquet A., Cooper J., Mingo A. y Moreno H. (2013) *Intrusas en la Universidad*. México. UNAM. PUEG, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación.
- Campel R. M. [comp.] (2003) *Mujeres en el Historia*. España. Abada Editores.
- Conway J., Boruque S. y Joan S. (1987) *El Género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. Lamas [comp.]. México PUEG. Programa Universitario de Estudios de Género. Miguel Ángel Porrúa. Estudios de Género.
- Córdova J. (2010) Secretario de salud en. Dato proporcionado al supervisar la aplicación de la XXXIV 2010. <http://www.lasalud.mx/permalink/7061.html>
- Cortés-Flores A. O., Fuentes-Orozco C., López-Ramírez M. K., Velázquez-Ramírez G. A., Farías-Llamas O. A., Olivares-Becerra J.J. y González-Ojeda A., (2005) Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gaceta Médica de México*.141 (4):341-344.
- Dacre J. (2012) We need female doctors at all levels in all specialties. *Br. Med. J.*: 23-25.
- De Garay A. y Del Valle D.M. (2012) Una mirada a la presencia de las mujeres en la educación superior en México. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*.3 (6).
- Delgado A. y Saletti-Cuesta L. (2011) *La feminización de la medicina y el tiempo de trabajo. Feminismo/s*, 8 dic. Pp. 323-33. Disponible en: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132005000400016&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000400016&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0016-3813
- Dubón M.C, Arguera S y Carrillo D. [comp.]. (2013) *La mujer en el ejercicio de la medicina*. México. Editorial Alfil.
- Enríquez M. E. (2013). Tendencias de género en el ejercicio de las especialidades quirúrgicas. En: Carrillo R, Dubón MC, Arguera S y Carrillo D. [comp.]. *La mujer en el ejercicio de la medicina*. México. Editorial Alfil.
- Flores C. (2012) Feminización en medicina: liderazgo y academia. *Educ. Med.* 5(4): 191-195.

- González-Robledo M. C., Nigenda G. y Aguilar E., (2011) Caracterización del proceso de feminización de la profesión médica en México. En: Lifshitz A., Zerón G. L. y Manuel R. H. **Los RETOS de la educación médica en México.** Tomo II. México. Academia Nacional de educación Médica. Pp. 175-186.
- Iglesias –Aparicio P. (2012) **Mujer y Salud: Las Escuelas de Medicina de Mujeres: La batalla de las mujeres por el acceso al ejercicio de la Medicina en el siglo XIX.** España. Editorial académica.
- Ortiz T. (2006) **Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista.** España. Ediciones KRK.
- Palomino G. L. (2013) Presencia de mujeres en puestos directivos en sector salud. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 16,** (2), 2013.
- Phillips S., Austin E. (2009) The Feminization of medicine and population health. **JAMA 301:**869-865.
- Pozzo M. R. (2013). Reconfigurando el género. Experiencias de las mujeres en la medicina mexicana. Tesis del Doctorado en Antropología Social. México. UAM.
- Rodríguez M. I., Rodríguez B. (2006). **Mujeres en la medicina.** España. Grupo Editorial 33.
- Rodríguez M. E. (2011) La mujer en la educación médica. Evolución histórica. En: Lifshitz A., Zerón G. L. y Manuel R. H. **Los RETOS de la educación médica en México.** Tomo II. México. Academia Nacional de educación Médica. Pp. 175-186.
- Rodríguez, M.E. (2013). La mujer en el devenir de la medicina mexicana. En: Dubón M.C, Arguera S y Carrillo D. **La mujer en el ejercicio de la medicina.** México. Editorial Alfil. Pp.109-123.
- La mujer en el ejercicio de la medicina.
- Rubin G. (1986) El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. **Revista Nueva Antropología. año/vol. VIII** (030) México. UNAM.
- Shoen A. Brownstein M, Sheldon G. (2004) Women in Academic General Sugery. **Academic Medicine. 79:**310-318.
- Vega E. (2012).**La mujer en la historia.** (Décima edición). España: Editorial Anaya.