

Las mujeres en la Academia Nacional de Medicina de México: análisis de su inserción y ubicación en la élite médica

Ana Cecilia Rodríguez-de Romo*

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México
y Laboratorio de Historia de la Medicina, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, SSA, México D.F., México

Recibido en su versión modificada: 6 de diciembre de 2007

Aceptado: 29 de febrero de 2008

RESUMEN

Se analiza la inserción de la mujer en la Academia Nacional de Medicina de México (ANM), un ámbito originalmente masculino, y las características del grupo femenino. Hasta el año 2006, la ANM tenía 536 académicos, de los cuales 62 eran mujeres. Se investigó fecha de ingreso a la ANM y edad en ese momento, edad actual, si tenían hijos, el departamento y área donde se ubicaban y su pertenencia al Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Se identificó que las académicas planean sus carreras, son competitivas, buscan y ocupan posiciones de poder, pero las cuestiones de género aún determinan sus decisiones profesionales.

Palabras clave:
— Mujeres, Academia Nacional de Medicina de México

SUMMARY

This article analyzes women's admission to Mexico's National Academy of Medicine (NAM) originally an all-male institution. We describe the demographic characteristics of female members of the NAM. By the year 2006, the NAM had 536 academic members, 62 of them were women. Data gathered included date of entry to the NAM, members' age at time of admission, current age, whether they had children and the field and or area to which they were assigned. We also analyzed membership to the "National System of Researchers" (Sistema Nacional de Investigadores, SNI). Women admitted to the NAM were all competitive scholars who planned their career choices, sought and achieved positions of power yet gender issues still determined their professional careers.

Key words:
Women, Mexican National Academy of Medicine —

Antecedentes

Esta investigación estudia a las mujeres que pertenecen a la Academia Nacional de Medicina (ANM) en nuestro país. Tomando como modelo de estudio a las académicas, se analiza la inserción de la mujer en un grupo médico de élite y las características de esta comunidad. Cabe señalar que la motivación para realizar este trabajo surgió a raíz de un par de invitaciones que dos distinguidas colegas académicas me brindaron. En abril de 2000, la doctora Ana Flisser organizó un simposio acerca de la presencia y participación de la mujer en la ANM. En febrero de 2005, la doctora Teresa Corona encabezó otro sobre la inserción de la mujer en el medio académico. Mi campo en las humanidades médicas no son los estudios de género, pero consideré que en ambos casos sería atractivo hablar de la comunidad femenina de la ANM. El análisis fue enriquecedor, ya que evidenció situaciones poco conocidas pero muy significativas; además, no hay estudios de élites médicas

femeninas. Así, decidí completar la investigación y actualizar los datos hasta el año 2006.**

La mayoría de los estudios de género aborda muy diversas problemáticas de las mujeres en los estratos marginados o desprotegidos de la sociedad. Por el contrario, no son numerosas las investigaciones cuyos resultados se refieren a las mujeres en situación opuesta, es decir, las que constituyen grupos especiales en la ciencia, la economía, la política o las humanidades. Evidentemente este grupo de mujeres, por ejemplo, las médicas exitosas, no tiene los problemas que sufren campesinas, reclutas, iletradas, madres niñas o adolescentes, pero se ven confrontadas a otros producto de su incursión en una disciplina cuya identidad la historia ha definido como masculina.¹

** Resultados parciales de esta investigación fueron presentados en el IV Coloquio Internacional de Historia de Mujeres y de Género en México. El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán, México 14-16 marzo, 2007.

* Correspondencia y solicitud de sobretiros: Ana Cecilia Rodríguez-de Romo. Av. Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama, Del. Tlalpan, 14449 México D.F., México Tel.: (55) 5606 3822, extensión 5032. Correo electrónico: ceciliar@servidor.unam.mx

En la actualidad, las mujeres en las escuelas de medicina constituyen más de la mitad de la población total, sin embargo, no han incidido de igual manera en las posiciones de liderazgo o poder en la disciplina. Por un lado, habrá que esperar a que esa joven población alcance la edad activa para insertarse en el medio, pero, por otro, la razón no siempre está en la parte externa: parece que con frecuencia se debe a una decisión propia en el afán de congraciarse las actividades profesionales con las personales.

Introducción

La ANM fue creada en 1864, desde entonces ser académico ha significado reconocimiento, prestigio y, de cierta forma, pertenecer a la élite médica. En 1887 se graduó la primera mujer de médico cirujano por la Universidad Nacional de México, la doctora Matilde Montoya y Lafraga (1859-1938), sin embargo, es hasta 1957 que ingresó una mujer en la ANM, la doctora Rosario Barroso Moguel (1923-2006). La siguiente fue aceptada en 1965, la doctora Julieta Calderón de Laguna (1918-2001) y para 1973 se incorporó la tercera, la doctora María de la Soledad Córdova Caballero (1929-vive). Desde entonces y muy lentamente se han abierto las puertas de la ANM a las mujeres. A partir de 2000 su inserción puede considerarse numerosa.

Entre 1887 y 1957, el único antecedente que da cuenta de la relación de las médicas con la ANM es una serie de cartas escritas en 1927 por el entonces presidente de la Academia, doctor Everardo Landa, y la doctora Antonia L. Ursúa, presidenta de la Asociación de Médicas Mexicanas.² Landa le pidió a Ursúa los nombres y domicilios de las 15 asociadas, para invitarlas a asistir a la sesión inaugural del año académico. El doctor Landa se refiere a la doctora Ursúa como "muy estimable señorita", en lugar de "muy estimable doctora".

La ANM tiene un reglamento para ingresar y un comité de admisión que discute los casos, pero la documentación que consigna las reuniones no es accesible para su consulta. Sería ilustrativo conocer qué se dijo de la solicitud de Rosario Barroso, la primera académica, y si antes o después de ella hubo otras mujeres que pidieron entrar; recuérdese que transcurrieron 11 años desde su ingreso hasta la siguiente mujer aceptada.

En otros países se ha estudiado la admisión de las mujeres en las sociedades médicas y aunque el contexto es diferente, los casos muestran que el tema causaba conflictos. En Estados Unidos empezaron a graduarse doctoras en medicina a partir de 1849. Entre los problemas que provocó este hecho estaba que había que decidir si al convertirse en médicas, las mujeres podían ser reconocidas como miembros del gremio y, por lo tanto, debían ser aceptadas en las sociedades.³ Seguir los debates es muy atractivo, pues tanto los argumentos a favor como en contra son perjudiciales para la parte femenina. En resumen, los partidarios de su ingreso apuntaban que eso fortalecería a la medicina ortodoxa sobre la práctica "irregular" de los homeópatas o las comadronas. Los que estaban en contra se apoyaban en la supuesta menor capacidad de las mujeres y el pobre nivel

académico de sus escuelas de medicina. La Sociedad Médica de Massachusetts fue la primera en aceptar una mujer en 1884.³ En Estados Unidos, la situación local de cada estado influyó notablemente en el estatus de las mujeres dedicadas a la medicina. Al inicio del siglo XX, las sociedades médicas florecieron e impusieron sus propias reglas para la admisión, a la sombra de una especie de feminismo victoriano que pronto se fracturó.⁴ Despues de la Primera Guerra Mundial, la segregación declinó y aparentemente el gremio médico en general empezó a compartir los mismos espacios. Sin embargo, las asociaciones exclusivamente femeninas no dejaron de existir, así en 1919 se creó la *Medical Women's International Association*; en los años cuarenta surgió la *Pan American Medical Women's Alliance*; y en 1938, en Chile, nació la Agrupación Médica Femenina.⁵ Años antes, el 5 de mayo de 1926, en nuestro país se había formado la Asociación de Médicas Mexicanas, bajo la presidencia de la doctora Ursúa y dos vicepresidentas, Margarita Delgado y Ormesinda Ortiz Treviño.²

Modelo de estudio y resultados

Hasta el año 2006, la ANM contaba con 536 académicos, de los cuales 474 eran hombres y 62 mujeres. En estas mujeres se investigaron los siguientes parámetros: fecha de ingreso a la ANM y edad en ese momento, edad al momento de este estudio, si tenían hijos y vida de pareja, el departamento y área donde se ubicaban y su pertenencia al Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Muy pocas académicas no eran médicas, tenían formación en biología, química, psicología o sociología, y se ubicaban en los departamentos de Biología Médica o Salud Pública. Éstas no se eliminaron de la muestra pues se consideró que no afectaban el objetivo de estudio.

Las mujeres integran tan sólo 11.5% de los académicos. De éstas, 16 son titulares (por antigüedad) y 46 son numerarias. Para finales de 2006 habían fallecido cuatro: Rosario Barroso Moguel (1921-2006), Julieta Calderón de Laguna (1918-2001), Blanca Raquel Ordoñez de la Mora (1937-2002) y María de Lourdes Tamayo Sánchez (1930-2006), quienes tampoco se sacaron de la muestra por no exigirlo los fines del estudio.

Número de mujeres en la ANM a partir del primer ingreso en 1957

De 1957, cuando entró Rosario Barroso Moguel (el presidente era el doctor Bernardo Sepúlveda), a 1990, el ingreso fue más bien lento con amplios períodos en los que no hubo mujeres aceptadas (Figura 1). En 1965 ingresó la segunda, Julieta Calderón de Laguna (presidente doctor Miguel Jiménez Sánchez) y en 1968 la tercera, María de la Soledad Córdova Caballero (presidente doctor Isaac Costero). Las dos primeras ya fallecieron y es difícil sustraerse a la mención de lo interesante y Enriquecedor que fueron sus vidas.⁶ En 1979 se incorporaron cuatro doctoras (presidente doctor Jaime Woolrich Domínguez). Es claro que a partir de 1991 el ingreso se disparó: en 1994 se admitieron siete

nuevas académicas (presidente doctor Carlos Campillo Serrano); cifra que se superó en 2001 cuando se incorporaron nueve mujeres (presidente doctor Julio Sotelo Morales).

Edad de ingreso y edad al momento de este estudio

De las académicas, 23 tenían entre 41 y 45 años de edad cuando ingresaron a la ANM, 18 estaban entre 46 y 50 años (Figura 2). Las únicas aceptadas en la década de sus treinta fueron Rosario Barroso, que contaba con 34 años, y Blanca Raquel Ordoñez, de 32, actualmente fallecidas. Es interesante notar que entraron a edad más temprana de la que ingresaron las que son más jóvenes ahora, cuando probablemente el acceso era más restringido.

Para finales de 2006, la edad de 42 de las 62 académicas fluctuaba entre 51 y 70 años. De éstas, 16 tenían entre 51 y 55 años, y 10 entre 66 y 70. La más joven era de 44 años y había una académica con 87 años. De las cuatro académicas fallecidas, dos murieron a la edad de 82 años, una cuando tenía 76 y otra 65.

El Sistema Nacional de Investigadores y la vida familiar

El Sistema Nacional de Investigadores (SNI) fue creado en 1984 con la finalidad de apoyar a los científicos de nuestro país mediante estímulos económicos. La proporción de las mujeres en el SNI ha aumentado lentamente, al pasar de 19% en 1984, a 30% en 2003. Ser investigador nacional se ha convertido en una vía legítima que otorga un estatus a nivel individual y, sobre todo, dentro de la estructura institucional.⁷ Requisito de entrada es el grado académico; la pertenencia y nivel dependen principalmente del número y

la calidad de las publicaciones y, en menor grado, de la formación de recursos humanos. En otras palabras, ingresar o mantenerse en el SNI significa realizar investigación de calidad, lo cual precisa de mayor esfuerzo y puede provocar un gran estrés. Asumiendo esto, también se investigó cuántas académicas formaban parte del SNI. Por otro lado, igualmente se obtuvo información respecto al número y edad de los hijos. Algunas fueron renuentes a informar su estado civil, por lo que este parámetro se eliminó de la muestra. Hubiera sido útil conocer el dato, considerando que también implica tiempo y esfuerzo compartir la vida cotidiana con una persona. Sólo 57 personas respondieron a las preguntas.

Se partió de la idea que cumplir con ambos parámetros, SNI e hijos, es difícil ya que su confluencia incrementa el esfuerzo. La información indica que de 57 académicas, 29 (51%) eran investigadoras nacionales y tenían hijos, 12 (21%) pertenecían al SNI pero no tenían hijos y sólo ocho (14%) no pertenecían al SNI y tenían hijos; un número igual ni pertenecía al Sistema ni tenía hijos. Estos datos indican que ser académica y ser exitosa en la investigación científica pueden ser dos situaciones que confluyen, pues 72%, o sea 41 académicas, pertenecía al SNI y de éstas, 50% también era madre. Llama la atención que de 57 mujeres, 20 (35%) no tenían hijos.

Área y departamento de ubicación

Para el análisis del departamento y área de ubicación de las académicas, se partió del supuesto que existían estilos de trabajo en cada subdisciplina. Por ejemplo, en la investigación básica, las investigadoras, en su mayoría independiente y titular, pueden planear sus experimentos y hacer sus propios horarios. En cambio, en la clínica y la cirugía existen los horarios hospitalarios de consulta o cirugía que no dependen del médico. Además, en muchos casos, la espe-

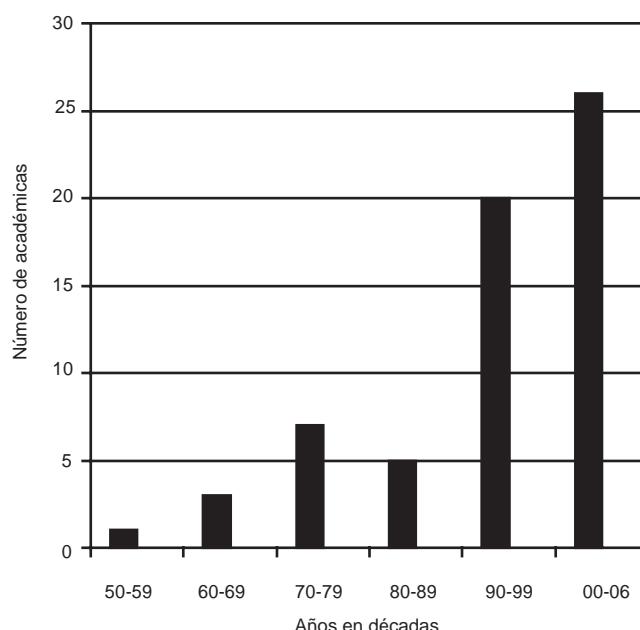


Figura 1. Número de mujeres que ingresaron en cada década (62 mujeres).

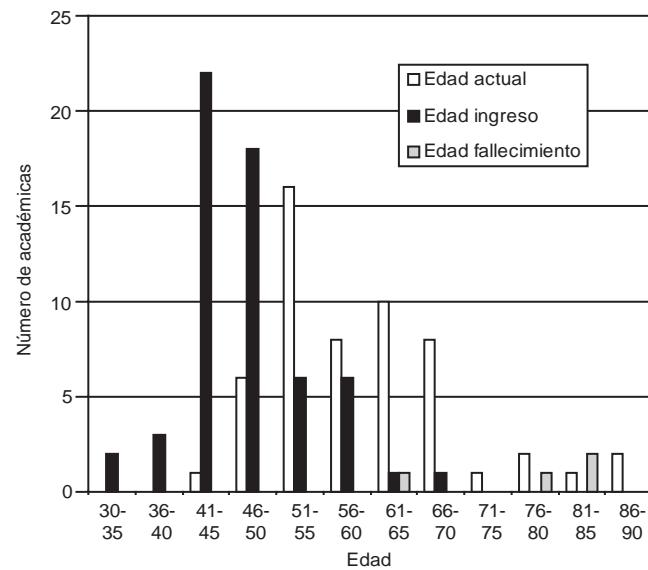


Figura 2. Edad de ingreso, al momento del estudio y de fallecimiento (62 mujeres).

cialidad define la atención al paciente en la noche o en momentos inesperados, como sucede en la obstetricia o la pediatría. La consulta privada generalmente es en la tarde, cuando los niños ya no están en la escuela. En la sociomedicina hay horarios institucionales que una investigadora puede acomodar a su conveniencia.

En la ANM existen cuatro departamentos: Biología Médica, Cirugía, Medicina y Salud Pública y Sociología Médica. En el primero generalmente se encuentran las investigadoras de las ciencias básicas; hasta 2006 contaba con 23 académicas, de las cuales 20 estaban en el SNI. En Cirugía sólo existían cuatro académicas y ninguna en el SNI. Al Departamento de Medicina pertenecían 25 doctoras, con 16 investigadoras nacionales. Finalmente, 10 mujeres en el Departamento de Salud Pública y Sociomedicina, cinco de ellas son parte del SNI. En el cuadro I se incluyen todas las académicas según departamento y área en la ANM.

Conclusiones

Para el año 2006, las académicas en la ANM representaban 11.5% de la población total. La entrada fue lenta entre 1957, año en que se admitió a la primera mujer, y 1990 (16 ingresos). A partir de entonces y hasta 2006, la admisión se aceleró incorporándose 46 mujeres. Lo anterior coincide con las tendencias mundiales actuales de aceptación de mujeres en clases de élite.

La edad promedio en el momento de integrarse a la ANM fue entre 41 y 45 años, es decir, 22 ingresos que representan 35 %. La cifra hace pensar que la mayoría entró una vez concluido el pico de la vida reproductiva. La edad de predominio para 2006 era entre 51 y 55 años, con 16 académicas en ese rango, que representaban 27% de la población total. Veinticuatro doctoras, 40%, rebasaban los 60 años, cuando los hijos ya son independientes. Al respecto cabría preguntarse a qué edad la mujer alcanza su madurez académica.

Más de la mitad, 29, combinaba dos situaciones muy demandantes: tener hijos y satisfacer los requerimientos que su actividad profesional impone para pertenecer al SNI.

Hasta 2006, las académicas en general eran mayores de 50 años y un buen número rebasaba los 60, lo que habla más bien de una población madura y con experiencia.

Aunque un número importante no precisó su estado civil, por la forma de responder se puede suponer que predominaban las casadas y las divorciadas.

1. Preocupación y responsabilidad familiar: todas las académicas con hijos o vida de pareja dejaron ver la importancia y preocupación que significa el buen desarrollo de su vida familiar, sobre todo al tener hijos adolescentes. En este aspecto se puede concluir que es posible pero difícil para la mayoría de las académicas, compaginar la maternidad, la vida de pareja y la carrera académica. La mayoría piensa que la combinación lentifica su desarrollo profesional.⁸ En relación a los hijos, una académica divorciada dijo que tuvo que sacrificar la consulta privada de la tarde para estar más con sus hijas adolescentes, pues si no "la cosa iba por mal camino". Cuando a otra se le preguntó si era casada contestó: "hasta ahorita sí".
2. Desempeño en áreas de horarios adaptables: en su mayoría, las académicas estaban en el área de Biología Médica, eran científicas independientes puesto que superaron la etapa de asistentes, colaboradoras o asociadas;⁹ esto les daba libertad de trabajo. En número siguieron las de la sección de Medicina, que debían someterse a horarios hospitalarios y a veces sacrificar la consulta privada vespertina, sobre todo si tenían hijos adolescentes. Sólo había cuatro académicas en Cirugía, pero en especialidades que les permitía escoger las horas de ejercicio. Las del campo social pueden incluso trabajar en casa y construir su horario.
3. Área o disciplina en la ANM: de acuerdo con los resultados, parecería que hay especialidades médico-científicas femeninas como dermatología y genética, y especialidades

Cuadro I. Departamento y área en los que se ubican las académicas de la ANM (62)

Biología médica 23	Cirugía 4	Medicina 25	Salud pública y Soc. Méd. 10
Laboratorio SNI 20	Hospital SNI 0	Hospital Consultorio SNI 16	Institución SNI 5
Anat. Patológica 4	Anestesiol 1	Dermatología 4	Ecol. Médica 1
Biol. Rep. 2	Oftalmol 1	Hematología 1	Hist. Fil. Med. 1
Bioquímica 2	Oncología 2	Infectología 1	Med. Veter. 1
Fisiología 2		Medicina Fam 1	Salud Pública 2
Genética 4		Nefrología 1	
Inmunología 3		Neumología 1	
Microbiología 1		Neurología 1	
Parasitología 2		Nutriología 1	
		Pediatría 3	
		Psiquiatría 1	
		Reumatología 1	

médico-científicas masculinas como cirugía y neurofisiología. Es curioso mencionar que de las investigadoras sólo dos estaban en fisiología, campo en el que pueden hacerse experimentos agudos largos. La proporción de investigadoras básicas en la ANM fue buena, 37%, y sería interesante indagar las razones por las que escogieron el laboratorio para desarrollarse intelectualmente.

No hay muchas científicas que sirvan de modelo en la historia, aunque es curioso observar la presencia de mujeres en el surgimiento de disciplinas científicas como la botánica o la geología, su predominio en otras como la psicología, su influencia en una más como la antropología y la misma medicina.¹⁰ De las cirujanas, dos estaban en oncología, una en anestesia y otra en oftalmología. No hubo ginecoobstetras, a quienes despertaran las pacientes en trabajo de parto.

También hay que considerar el “estilo” de la subdisciplina. Las exigencias de la formación, tiempo o trato entre colegas, no son iguales para la neurocirugía que para la cirugía dermatológica, por ejemplo. La elección del tema de investigación, especialidad o campo de trabajo, no sólo depende de la experiencia personal, social y científica (es decir biográfica); parecería que también involucra cuestiones de género y educación.¹¹

4. El poder: sobre este aspecto, con los datos reunidos es posible apuntar que fuera del ámbito de la ANM, la mayoría de las académicas son investigadoras independientes (en todas las áreas), directoras o jefas de departamentos y servicios. Dos habían sido directoras de Institutos Nacionales de Salud y una había sido nombrada también directora; sería interesante escuchar los problemas de género que seguramente han confrontado como primeras mujeres líderes de grandes instituciones. Al seno de la propia ANM ha habido secretarias generales y de actas, así como tesoreras, pero nunca una presidenta, lo que no significa que no hayan mostrado interés por serlo. Dos mujeres han buscado la presidencia de la ANM pero no fueron beneficiadas con los votos necesarios.

Estudiando las sociedades españolas de salud pública, Teresa Ortiz ha encontrado que los puestos donde se concentran las mujeres son las tesorerías y las vocalías, y que no hay presidentas.¹² Sin embargo, el Colegio de Médicos de Madrid tuvo la primera presidenta en el año 2000, la doctora Juliana Fariña González, jefa del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico.

Los estudiosos de género han propuesto el concepto “techo de cristal”,¹³ una especie de superficie superior invisible que las mujeres se autoimponen en su carrera laboral. Se refiere a la decisión personal de rechazar las oportunidades que se presentan para ocupar puestos de responsabilidad y decisión, por anteponer la vida familiar y no verse confrontadas a situaciones que involucren aspectos emocionales. También apuntan que “las mujeres temen ocupar posiciones de poder” o “no les interesa ocupar puestos de responsabilidad”.¹⁴ Los resultados de este estudio muestran que estos principios no se aplican a todas las académicas. La mayoría planifica su carrera, muestra ambición y se capacita para lograr sus fines.

Discusión

Hasta el año de 2006, las mujeres constituyan 11.5% de la población total de la ANM. El trabajo ofrece explicaciones a esta baja proporción, pero una muy clara y que no se puede soslayar es el pobre ingreso de mujeres a las escuelas de medicina, cuando menos hasta mediados del siglo XX. También es un hecho que a las mujeres se les exige más cuando incursionan en ámbitos inicialmente masculinos como la medicina, donde todavía no hay suficientes modelos femeninos con los que identificarse, que entre las mismas mujeres hay rivalidad y que las doctoras pueden ser muy calificadas, pero de acuerdo a la bibliografía en general, prefieren ubicarse en campos si no menos atractivos, quizá menos desafiantes.

En las élites de mujeres principalmente se encontraron estudios con empresarias,¹⁴ y los resultados son muy semejantes a los pocos que hay en la medicina. Casi todos los directores generales con capacidad de decisión económica en las grandes compañías son hombres, la relación en los niveles más altos es 1 a 14 (regresando a las médicas, la ANM no ha tenido presidentas, pero sí existen directoras de escuelas de medicina). En economía existe lo que llaman *segregación vertical*: hay menos mujeres en los más altos niveles (en la medicina, otra vez, son muy pocas las directoras de escuelas e institutos) y *segregación horizontal*: las mujeres se ubican en las ramas consideradas de menor relevancia, como recursos humanos.¹⁴ Las excepciones no dejan de ser atractivas: Carly Fiorina fue la protagonista de una revolución innovadora que convirtió a Hewlett Packard de fabricante de impresoras a proveedor de servicios globales de tecnología.¹⁵ Sus detractores atribuyen a la ambición y no a su capacidad, los beneficios que aportó a Hewlett Packard, y el escándalo de su caída en 2005 quizás no habría sido tanto si se hubiera tratado de un hombre.

La participación como dirigentes en puestos de representación política y gremial es baja. Para 1996, sólo había tres mujeres en las direcciones generales de las cámaras de la CONCAMIN y estaban en embellecimiento físico, industria cinematográfica y la industria de las lavanderías.¹⁵

Igual que las empresarias, las médicas de la ANM debieron adquirir experiencia y un determinado nivel antes de pretender integrarse a la corporación. También tener o haber tenido una situación económica relativamente privilegiada que les haya permitido estudiar y después sacrificar horas de consulta o escoger horarios sin merma o dependencia total del ingreso económico. Un alto índice de las empresarias no tenía compañero (solteras o divorciadas). Aunque no se exploró, por algunas respuestas se intuyó que la diferencia de ingreso económico a favor de la mujer o el éxito profesional reflejado en la aceptación por la ANM, tuvo o tiene alguna influencia negativa en la vida de pareja de algunas académicas (situación semejante sucede con las empresarias).

Como ya se mencionó, no son abundantes los estudios con médicas. Pero vale la pena mencionar el realizado en 1999 con la población médica en Noruega, ya que incluyó a todos los doctores que en ese momento tenía el país, y las

preguntas que se plantearon.¹⁶ Entonces los noruegos contaban con 14 070 médicos, de los cuales 3939 eran mujeres y 10 131 hombres. La idea era explorar la relación entre hombres y mujeres en las posiciones de liderazgo. Además de las limitaciones individuales como las familiares y no ambicionar ser líder, se puso atención en las limitaciones estructurales para explicar por qué las médicas que aspiran a posiciones altas encuentran barreras invisibles. Encontraron que los consejos de patrones y amigos contribuían a estructurar el “techo de cristal”, concepto explicado en líneas anteriores. Aunque en Noruega la proporción de mujeres en la medicina se había incrementado, éstas tendían a establecerse en trabajos rutinarios y mal remunerados, además, los estereotipos se mantenían: no había neurocirujanas. Sin soslayar la discriminación, la baja proporción de mujeres en las posiciones de autoridad, para el estudio reflejó un efecto sistemático donde la mujer simplemente no busca las posiciones de liderazgo. También mostró que es difícil apartarse de la tradicional actitud jerárquica que caracteriza a la medicina, asociada a la edad y al género, y que las mujeres enfrentaban un dilema cuando tenían que escoger entre los puestos asociados al poder e influencia, y la familia (matrimonio y niños) y responsabilidades emocionales. De igual modo, en sus decisiones consideraban las largas horas de trabajo y las guardias, así como la carrera de la pareja.

Volviendo al caso mexicano, con esta investigación se contestaron las preguntas que en un principio se plantearon, pero también se abrieron otras interrogantes, por ejemplo:

1. ¿La muestra puede considerarse representativa de la población femenina en las sociedades académicas de las llamadas ciencias duras? o,
2. ¿sólo es reflejo de la medicina en particular?
2. ¿Cuáles son las motivaciones de la muestra estudiada para entrar a la ANM? Algunas posibilidades podrían ser: la vinculación con la ANM, conciencia colectiva, compromiso, formar parte de redes, contactos o gremios, la ambición intelectual o el deseo de alcanzar un estatus privilegiado y lo que esto implica.
3. ¿Las académicas de la ANM tienen algo que las haga diferentes a otras profesionales? Y si es así, ¿dónde radican esas diferencias?
- Aunque aquí aplicaría bien eso de que no son todas las que están ni están todas las que son, ¿tuvieron la oportunidad de una mejor preparación?, ¿su educación o personalidad las hace buscar ser diferentes, el prestigio o el poder? o ¿desean la superación personal, la satisfacción intelectual o persiguen ideales?
4. ¿Cómo explicar que en este momento la población femenina es mayor que la masculina en las escuelas de medicina?

Todas preguntas dignas de respuesta, que dan la pauta para un siguiente estudio.

Agradecimientos

Mi sincero agradecimiento para las académicas que amablemente contestaron mis preguntas, permitiendo así la realización de este trabajo. Igualmente gracias para las señoras Elizabeth Gutiérrez Ochoa y Lydia Cornejo Ochoa, por el material facilitado; a Cecilia Rivera, por el apoyo técnico; a los doctores Teresa Corona, Ana Flisser, Héctor Pérez-Rincón, Ranulfo Romo, Julio Sotelo y la maestra Gabriela Castañeda, por sus comentarios.

Referencias

1. Ortiz-Gómez T. Fuentes orales e identidades profesionales: Las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX. Asclepio; 2005;57:75-98.
2. Expediente del doctor Everardo Landa. Archivo Histórico de la Academia Nacional de Medicina de México, ANM.
3. Kaufman M. The admission of women to nineteenth century American medical societies. Bull Hist Med 1976;50:251-260.
4. More E. The Blackwell Medical Society and the professionalization of women physicians. Bull Hist Med 1981;61:603-628.
5. Ortiz-Gómez T, Delgado-Sánchez A, Sánchez D, Tabora-Rivero A. Female professional identities and Spanish women doctors in late Francoism (1965-1978). En: Rodríguez-Sala ML y Zubieto J, coordinadores. Mujeres en la ciencia y la tecnología: Hispanoamérica y Europa. México: UNAM; 2005, p 121.
6. Rodríguez-de Romo AC, Castañeda-López G, Robles-Valencia R. Protagonistas de la medicina científica mexicana 1800-2006. México: Facultad de Medicina, UNAM, Plaza y Valdés Editores. En prensa.
7. Corona T. La mujer en la ciencia. Texto leído con motivo del In memoriam a la doctora Rosario Barroso Moguel en el INNN, 2006.
8. Levinson W. Women in academic medicine: Combining career and family. The N Engl J Med 1989;321:1511-1516.
9. Gotzonyi-Ainley M. D'assistantes anonymes à chercheuses scientifiques: une rétrospective sur la place des femmes en science. En: Des femmes dans les sciences et des sciences sur les femmes. Lasvergnas I. (ed.), Les cahiers de recherche sociologique, Québec, Can., 1986, pp. 55-71.
10. Pérez-Sedeño E. Una ciencia ¿de quién y para quién? Ciencias 2005;77:22.
11. Ortiz-Gómez T. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En: Ramos E, editor. La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer; 2002, p. 31.
12. Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega-del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. Gac Sanit 2004;18:192.
13. Burin M. Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En: Burin M, Bleichmar ED, compiladores. Género, subjetividad y psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Paidós; 1996, p. 79, 82.
14. Zabludovsky G. Mujeres ejecutivas y empresarias en México. En: García-Viveros M, Pulido A, compiladores. Humanismo, mujer, familia y sociedad. México: Sociedad Internacional de Provalores Humanos E. Fromm-S. Zubirán, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, Instituto Nacional de la Nutrición SZ; 1996, pp. 206-234.
15. Poder, amargo poder. Revista Expansión. Marzo 2005, p. 70.
16. Kvaerner K. J. Female medical leadership: cross sectional study. BMJ 1999;318:93-94.