

Feminización en medicina: liderazgo y academia

Carmina Flores-Domínguez

Describiendo el fenómeno

Han pasado muchos años desde que, en 1887, Matilde Montoya se graduara y pasara a convertirse en la primera mujer mexicana en titularse como médico. Cuánto ha cambiado este panorama desde aquella primera incursión, repleta de obstáculos y dificultades, a las estadísticas actuales donde se contempla que más del 50% de los estudiantes de medicina, casi en el ámbito mundial, son mujeres [1]. A las chicas que día a día se matriculan en las escuelas de medicina parece no interesarles el hecho de que las mujeres tuvieron acceso a la formación en medicina apenas a finales del siglo XIX, y realmente, ante la situación actual, es probable que no reflexionen sobre este tema hasta que se vean sometidas a algún tipo de falta de oportunidades, discriminación o *mobbing* dentro del campo laboral.

Este fenómeno, denominado 'feminización' de la medicina o de la práctica médica, es aceptado por muchos y criticado por otros tantos. ¿Será un término ofensivo? ¿Será un halago? En mi opinión, la igualdad de condiciones y dignidad es inherente a cualquier persona humana, sin diferencias por su sexo. Me gustaría hacer un esbozo de la situación, a la luz de su impacto en el liderazgo y la academia.

Algunos autores han analizado este fenómeno desde la perspectiva que ha ido de la integración a la discriminación [2]; a pesar de que las mujeres se gradúan en mayor número año tras año, siguen habiendo diferencias entre los ingresos [3] y las oportunidades que tienen de obtener puestos de liderazgo [4].

Algunos autores alertan sobre el peligro de esta incorporación, a la que denominan masiva, pues consideran que en ocasiones las mujeres no tienen la capacidad física o mental para soportar las cargas de trabajo y estrés que implica [4,5]. Es común que se contemple a la mujer como un 'peligro' laboral, ya que será ella quien habitualmente solicite permisos para cuidar a algún familiar enfermo o hacerse cargo de sus hijos. Otros se preocupan por

la cuestión del embarazo, exista o no, ya que la mera posibilidad asusta y, para algunos, trabajar con una embarazada supone inconvenientes o estrés [4]. Se han expuesto tesis que remarcen que la denominada 'feminización de la medicina' es la culpable de la falta de cobertura en salud [5]. Para Sibbald, esta idea es meramente absurda debido a que considera que los médicos actuales, independientemente de su sexo, son menos propensos a trabajar todas las horas que los médicos anteriormente trabajaban [6].

En un estudio realizado por Batchelor se demostró que las mujeres se retiran más tarde, es decir, permanecen activas más tiempo en su profesión, independientemente de tomar alguna pausa por motivos familiares [7]. Las mujeres adquieren una amplia experiencia de la vida fuera del campo laboral; por ello, adquirir un equilibrio entre su profesión y su vida personal siempre constituirá una mejora más que un detrimiento en su labor como profesional [8].

Estudios realizados sugieren que las mujeres médicas son más propensas a trabajar jornadas más cortas que los hombres [9], mientras que otros consideran que tanto hombres como mujeres dedicados a la medicina buscan obtener un mejor equilibrio entre su vida personal y su trabajo, con lo cual estarían en igualdad de condiciones [8,10]. Esto es tomando en cuenta meramente cuestiones de horas trabajadas y no la productividad en sí.

Las mujeres pueden alcanzar éxito en su profesión, con el natural desarrollo de la persona y la sociedad, y son capaces de satisfacer sus necesidades personales si se les brinda apoyo, si se generan estructuras y medidas logísticas, y si se eliminan prácticas vejatorias, discriminatorias o actitudes sexistas [11]. Finalmente, el bienestar de la persona reside en poder alcanzar un equilibrio entre su vida personal y su vida profesional; las necesidades que se aplican a las mujeres médicas son las mismas que toda persona, hombre o mujer, desearía poder alcanzar.

Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Anáhuac México Norte. Huixquilucan, Estado de México, México.

Correspondencia:
Dra. Carmina Flores Domínguez.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Anáhuac México Norte.
Avda. Universidad Anáhuac, 46.
Col. Lomas Anáhuac. CP 52786.
Huixquilucan, Estado de México,
México.

E-mail:
carmina.florres@anahuac.mx

© 2012 Educación Médica

En principio, la medicina requiere las mentes más brillantes, independientemente de su sexo, y por esto se precisa diversidad.

Para Spence, la incorporación de la mujer en la profesión médica ha ayudado a humanizarla [12]; las mujeres en la práctica médica tienen habilidades de comunicación, ofrecen apoyo emocional y se involucran más en dar explicaciones comprensibles a sus pacientes. Se ha demostrado que los pacientes que se comunican más y mejor con sus médicos y perciben su ‘atención’ frecuentemente alcanzan mejores resultados en su salud [13,14]. Para Sibbald, es importante que entrenemos a las mujeres para poder cuidar de su profesión y ser una influencia en la política de ésta, así como para convertirse en abogados de sus pacientes [6]. Para poder lograr esto, debe contarse con mentores que apoyen a las mujeres para llegar al éxito en su carrera [15]. Diversos estudios han descrito que las mujeres médicas ponen mucha más atención en aspectos psicológicos, sociológicos e interpersonales en la consulta, lo cual finalmente establece una relación médico-paciente eficaz [16-18].

Liderazgo y mujer

¿Qué es un estilo femenino de liderazgo? Se ha descrito como femenino aquello que se refiere a las características de la mujer, lo cual incluye rasgos del carácter, estilos de interacción y patrones de razonamiento, habla y comunicación, lo cual comprende todos o alguno de los siguientes componentes [19]: empatía, ayuda, preocupación, aceptación de los demás, ser una persona atenta, respuesta a sus intereses y motivaciones, orientación al interés colectivo, metas de colectividad, cohesión social, estabilidad, preferencia por las relaciones abiertas e igualitarias, cooperación...

El estilo de liderazgo de la mujer se ha considerado como uno ejercido de una manera más integral y orientado a un modelo de acción participativa e inclusiva, donde todos los involucrados pueden estar al tanto de las situaciones y exponer su punto de vista, sabiendo de antemano que éste podría verdaderamente tomarse en cuenta. Es un modelo en el que existe más empatía y orientación hacia el bien común, pero también es un modelo en el cual rige la competitividad.

Se ha descrito en algunos estudios, como el de Rosener [20], que la mujer en general se percibe como una líder transformacional: busca la participación y comparte tanto la información como el propio poder, busca obtener la opinión de los demás

antes de tomar decisiones y también prueba los cambios antes de implementarlos definitivamente.

Otro rasgo es que el liderazgo en la mujer genera en los subordinados un sentimiento de inclusión, pertenencia y de saberse importante, lo que finalmente se traduce en vitalidad para los proyectos. La motivación es un punto esencial: un líder motivado transmite en los demás la misma sensación [20]. El liderazgo transformacional logra crear una sensación en los subordinados que verdaderamente los ‘transforma’, estimulándolos a ver el fin último de sus esfuerzos, y se ha establecido que existe una relación directamente proporcional entre la creencia en fines mayores o superiores y la satisfacción laboral [21].

Las mujeres parecen autolimitarse de cierta manera en el fenómeno que se ha descrito como ‘techo de cristal’ [22]: ellas conocen sus limitaciones al saber que deben decidir entre su vida profesional y la formación de una familia. Es una especie de ‘barreira invisible’ que, en cierta manera, puede considerarse que se autoimponen o que aceptan en base a las presiones externas a las que son sometidas [23].

Otros autores hablan de las dificultades que viven las mujeres para adoptar figuras de liderazgo predominantemente ocupadas por hombres y cómo el estilo de liderazgo femenino es más democrático, orientado a la inteligencia interpersonal y transformacional [24,25]. En el mundo de la medicina podemos ser testigos de este tipo de situaciones.

En el liderazgo femenino se habla de una mayor efectividad, que se explica por las dificultades a las que se enfrenta para alcanzar y mantener posiciones de liderazgo y también a que tienden a apoyar y estimular a sus subordinados, lo que finalmente se traduce en un mejor ambiente laboral y, por ende, una mayor productividad [24]. Las mujeres luchan por alcanzar posiciones ejecutivas y de liderazgo, pero luchan mucho más por mantenerse en ellas dentro de un ambiente adverso.

En estudios conducidos en Estados Unidos se habla y se elogia el estilo de liderazgo de la mujer en diversas esferas de la vida; particularmente se ha visto que la mujer ha manifestado estilos de liderazgo que se han asociado a efectividad y productividad, pero la mayoría de las personas todavía prefiere que sus equipos sean llevados por hombres. Las mujeres se enfrentan día a día con obstáculos para alcanzar posiciones de liderazgo y deben luchar para poder llegar a ellas y demostrar sus capacidades [26].

Las mujeres y las minorías forman en Estados Unidos cerca del 80% de la fuerza laboral. Las mujeres en las áreas académicas de la medicina se enfrentan diariamente a un mundo que ha cambiado

'a medias'. A pesar de que se cuenta con mujeres preparadas, se está dejando desperdiciar gran parte de su potencial, según Morahan y Bickel [27].

Un estudio dirigido en el ámbito de la educación médica entre 1998 y 1999 confirmó que, desde el punto de vista de 34 jefes de servicio de cinco especialidades distintas, las mujeres afrontan barreras para ocupar puestos de liderazgo, a pesar de que la matrícula de mujeres en las carreras médicas ha ido en aumento. Este estudio demostró que únicamente el 6% de los puestos de dirección estaban ocupados por mujeres. Esta evidencia ha hecho hincapié en la falta de mentores efectivos, oportunidades de desarrollo profesional y ambiente de trabajo libre de ideologías de género [28]. Este estudio fue realizado en Estados Unidos, por lo que podemos imaginar la situación en países con otro tipo de mentalidad y oportunidades.

Tesch describe que en el estudio que condujo en 1995 las mujeres tendían a ser promovidas a un ritmo mucho más lento, fenómeno que no se explica en base a la productividad u otros factores laborales [23].

Se ha sugerido que el problema podría residir en la cultura organizacional de las instituciones. Existen varias propuestas en las que se incluye la de saber identificar las cuestiones culturales que han llevado a que el ambiente laboral sea tan adverso para las mujeres y valorar el talento humano independientemente del género [27].

Un estudio conducido para evaluar la validez y aplicación de la teoría de la congruencia de rol, donde se trata de explicar cómo la preconcepción de lo que es un líder y un liderazgo puede contrastar con la preconcepción de la función del género, demostró que efectivamente, al tener dos candidatos para un puesto de ejercicio de liderazgo, siempre se elige al hombre; los autores destacan que 'resulta llamativo el prejuicio tan marcado hacia las mujeres que desempeñan cargos que implican poder y liderazgo debido a su especial aptitud para desempeñar dichos cargos' [29].

Mujeres en medicina

En el campo de la medicina se ha demostrado que las mujeres tienen difícil la tarea de poder llegar a ocupar posiciones de liderazgo, pero se ha visto también que en áreas o campos de la misma disciplina donde predominan las mujeres, pueden llegar a este tipo de posiciones de forma mucho más rápida y fácil [30]. Como ejemplo podríamos citar las áreas de dermatología u oftalmología, especialidades que se conocen comúnmente como 'de mujeres'

por la poca exigencia de atención de urgencias y la necesidad de realizar escasas o ninguna guardia durante su ejercicio. Esto contrasta con las especialidades quirúrgicas, tradicionalmente ubicadas como masculinas, las cuales brindan menores oportunidades para las mujeres, incluso en el ámbito académico, pues tienden menos que los hombres a ser profesores a tiempo completo en estas áreas [31].

Las mujeres tienen difícil el acceso a posiciones de liderazgo tanto en el área clínica como en la académica porque no avanzan tan rápidamente ni son recompensadas de la misma manera que sus colegas hombres con la misma preparación [32].

La vida académica todavía es un terreno a alcanzar para las mujeres en la medicina, Amrein et al realizaron un estudio donde se observó que, a pesar de haber un número cada vez más creciente de mujeres en la práctica de la medicina, no siempre llegan a alcanzar rangos académicos altos o pertenecer a los comités editoriales de las revistas. Los autores consideran que esto es importante para el continuo desarrollo y para servir de ejemplo a las nuevas generaciones [33]. En muchas ocasiones, la causa de este retraso en la participación de la mujer en la vida académica reside en la dificultad que afrontan las mujeres para encontrar buenos tutores, oportunidades de desarrollo laboral y ambiente laboral libre de discriminación [28].

Es muy triste escuchar en pleno siglo XXI cómo mujeres pertenecientes a la Academia Nacional de Medicina reconocen que el hecho de formar una familia ententece su desarrollo profesional [34], cuando debería tratarse de una cuestión de ánimo y regocijo. Todas las personas deberían poder ejercer su profesión y que ésta implique un grado alto de satisfacción, sin ver como un obstáculo o una desventaja el resto de los componentes de su existencia.

Puede mejorarse la participación de la mujer en el ámbito académico de la medicina, ya que su participación activa puede beneficiar a las instituciones [35] no solamente porque son médicos preparados de la misma forma que los hombres, sino porque su estilo propio de liderazgo brinda ventajas complementarias en un equipo de trabajo. Sin embargo, no siempre se consigue tener equipos con un número equitativo de hombres y mujeres.

Es una realidad que las mujeres que se han expuesto como líderes femeninas en su contexto social tienden a dejarse llevar menos por estereotipos de género que aquellas que no se han expuesto a tal experiencia [36], por lo que mientras una mujer se va abriendo camino y llega a una posición de liderazgo, esto inspira al resto de mujeres de su entorno. Cada mujer que se abre camino rompe con es-

tereotipos y ayuda a lograr un mejor funcionamiento y una mayor vinculación.

El hecho de tener figuras cercanas que hablan de la experiencia de éxito de otras mujeres, poder contar con ejemplos de vida que estimulen la búsqueda de alcanzar mayores metas, debe estimular a las mujeres a la búsqueda del ejercicio de su liderazgo.

Existen diferencias sustanciales entre las recompensas y logros a los que pueden llegar las mujeres, que no son atribuibles a diferencias en la productividad o compromiso entre hombres y mujeres. Los logros que han alcanzado las mujeres en los últimos años no son proporcionales a salario, posiciones de liderazgo ni reconocimiento y trato por parte de pares o superiores [37]. Sin embargo, debemos trabajar en centrarnos en el ejercicio del liderazgo y el trabajo de cada persona, independientemente de su origen o sexo. La formación desempeña un papel importante en el cambio y transformación de la sociedad, por lo que las escuelas y facultades de medicina del mundo deben apoyar y comprender el papel de la mujer en la sociedad, adaptarse y promover su integración participativa en la educación médica y en el ejercicio de la profesión. El problema existente se recrudece cuando la mujer inicia la formación de una familia, es decir, casarse y, predominantemente, cuando queda embarazada y tiene hijos [38].

Encaminados hacia el futuro

Debemos realizar un ajuste en la mentalidad y en la educación para poder conseguir un trato más igualitario, justo y equitativo con el fin de que las mujeres y los hombres sean tratados con el mismo respeto y dignidad y cuenten con los mismos derechos para trabajar y poder formar una familia, sin que esto implique quedarse sin trabajo o ser relegado a funciones menos importantes e incluso triviales que requieren poca o nula creatividad, desperdiando así el talento humano y constituyendo, a largo plazo, pérdidas para cualquier institución y para la sociedad.

En algunos estudios se ha demostrado que las mujeres jóvenes tienden a vivir menos rechazo y discriminación que generaciones anteriores; sin embargo, éste sigue siendo un factor que impacta directamente en la satisfacción laboral [39]. Un buen líder debe tener cuidado en brindar y asegurar un ambiente laboral sano y libre de presiones innecesarias para todos sus subordinados, con el fin de lograr que todos caminen en la misma dirección. Cuando se quiere lo que se hace, cuando uno se identifica y

dedica sus esfuerzos hacia una dirección, es más fácil llegar a la meta señalada.

Las mujeres deben sentirse igualmente respaldadas y apoyadas y, además, percibir un ambiente en el que hombres y mujeres se traten de igual manera, lo mismo que la exigencia y posibilidades de crecer. Esto debe formar parte de la formación de las nuevas generaciones de médicos [40]. Como educadores y formadores, tenemos una enorme responsabilidad en romper paradigmas y esquemas, transformar ideologías y permitir que todas las personas tengan las mismas posibilidades de crecimiento y desarrollo. Si un liderazgo es efectivo y auténtico, terminará por ejercerse de una u otra forma, una experiencia que han demostrado miles de mujeres que, desde hace siglos, se han dedicado a trabajar para lograr un mundo mejor.

Cada día es más necesario que las instituciones diseñen e implementen mejoras que se traduzcan en menor disparidad entre oportunidades de desempeño y futuro académico en el ámbito de la medicina [41]; esto finalmente puede beneficiar a las instituciones y tener un fuerte impacto en su productividad y motivación. Una institución educativa jamás debe dar una imagen discriminatoria cuando, desde hace años, la mayor parte de las matrículas son de chicas jóvenes entusiastas.

Bibliografía

1. Pamo-Reyna O. Una visión histórica de la participación femenina en la profesión médica. Rev Soc Peru Med Interna 2007; 20: 109-22.
2. Arrizabalga P, Valls-Llobret C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. Med Clin (Barc) 2005; 125: 103-7.
3. Heath I. Women in medicine: continuing unequal status of women may reduce the influence of the profession. BMJ 2004; 329: 412-3.
4. Wynn R. Saints and sinners: women and the practice of medicine throughout the ages. JAMA 2000; 283: 668-9.
5. McKinstry B. Are there too many female medical graduates? BMJ 2008; 336: 748.
6. Sibbald B. Feminization of medicine –people say it like it's a bad thing. JAMC 2002; 167: 914.
7. Batchelor AJ. Senior women physicians: the question of retirement. N Y State J Med 1990; 90: 292-4.
8. Dacre J. Are there too many female medical graduates? BMJ 2008; 336: 749.
9. Davidson JM, Lambert TW, Goldacre MJ. Career pathways and destinations 18 years on among doctors who qualified in the United Kingdom in 1977: postal questionnaire survey. BMJ 1998; 317: 1425-8.
10. Gray SF. Doctors of both sexes are seeking balance between life and work. BMJ 2004; 329: 742.
11. Fabre C. Women in medicine: women do not have to choose. BMJ 2004; 329: 743.
12. Spence D. Women in medicine: status cannot be the driver. BMJ 2004; 329: 743.
13. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. JAMA 2002; 288: 756-64.

14. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985; 102: 520-8.
15. Sakamoto K, Dipple K. Becoming a woman physician scientist. *Acad Med* 2009; 84: 817.
16. Cartwright LK. Personality differences in male and female medical students. *Psychiatry Med* 1972; 3: 213-8.
17. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Educ Prim Care* 2011; 22: 297-303.
18. Maheux B, Dufort F, Béland F. Professional and sociopolitical attitudes of medical students: gender differences reconsidered. *J Am Med Women Assoc* 1988; 43: 73-6.
19. Adler N. Global leadership: women leaders. In Warner M, Joynt P, eds. *Managing across cultures: issues and perspectives*. 2 ed. London: Thompson; 2004. p. 234-55.
20. Rosener J. Ways women lead. *Harv Bus Rev* 1990; 68: 119-25.
21. Sparks JR, Schenk JA. Explaining the effects of transformational leadership: an investigation of the effects of higher-order motives in multilevel marketing organizations. *Journal of Organizational Behavior* 2001; 22: 849-69.
22. Cotter DA, Hermsen JM, Ovadia S, Vanneman R. The glass ceiling effect. *Soc Forces* 2001; 80: 655-82.
23. Tesch BJ, Wood HM, Helwig AL, Nattinger AB. Promotion of women physicians in academic medicine. Glass ceiling or sticky floor? *JAMA* 1995; 273: 1022-5.
24. Eagly A, Johannesen-Schmidt MC. The leadership styles of women and men. *J Soc Issues* 2001; 57: 781-97.
25. Bass B, Avolio B, Atwater L. The transformational and transactional leadership of men and women. *Appl Psychol* 2008; 45: 5-34.
26. Eagly A. Female leadership advantage and disadvantage: resolving the contradictions. *Psychol Women Q* 2007; 31: 1-12.
27. Morahan P, Bickel J. Capitalizing on women's intellectual capital in the professions. *Acad Med* 2001; 77: 110-2.
28. Yedidia M, Bickel J. Why aren't there more women leaders in academic medicine? The views of clinical department chairs. *Acad Med* 2001; 76: 453-65.
29. García R, López E. Congruencia del rol de género y liderazgo: el papel de las atribuciones causales sobre el éxito y el fracaso. *Rev Latinoam Psicol* 2006; 38: 245-57.
30. Kaerner K, Aasland OG, Botten GS. Female medical leadership: cross sectional study. *BMJ* 1999; 318: 91-4.
31. Sexton KW, Hocking KM, Wise E, Osgood MJ, Cheung-Flynn J, Komalavilas P, et al. Women in academic surgery: the pipeline is busted. *J Surg Educ* 2012; 69: 84-90.
32. Ash A, Phyllis C, Goldstein R, Friedman R. Compensation and advancement of women in academic medicine: is there equity? *Ann Intern Med* 2004; 141: 205-12.
33. Amrein K, Langmann A, Fahrleitner-Pammer A, Pieber TR, Zollner-Schwetz I. Women underrepresented on editorial boards of 60 major medical journals. *Gend Med* 2011; 8: 378-87.
34. Rodriguez AC. Las mujeres en la Academia Nacional de Medicina de México: análisis de su inserción y ubicación en la élite médica. *Gac Med Mex* 2008; 144: 265-70.
35. Fried L, Francomano C, MacDonald S, Wagner E, Stokes E, Carbone K, et al. Career development of women in academic medicine. *JAMA* 1996; 276: 898-905.
36. Dasgupta N, Asgari S. Seeing is believing: exposure to counterstereotypic women leaders and its effect on the malleability of automatic gender stereotyping. *J Exp Soc Psychol* 2004; 40: 642-58.
37. Wright A, Schwindt A, Bassford T, Reyna V, Shisslak C, St. Germain P, et al. Gender differences in academic advancement: patterns, causes, and potential solutions in one U.S. college of medicine. *Acad Med* 2003; 78: 500-8.
38. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, Sacaramucci A, Barnett BC, Szalacha L, et al. Relation of family responsibilities and gender to the productivity and career satisfaction of medical faculty. *Ann Intern Med* 1998; 129: 532-8.
39. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, Szalacha L, Barnett BC, Palepu A, et al. Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Ann Intern Med* 2000; 132: 889-96.
40. McGuire LK, Bergen MR, Polan MK. Career advancement for women faculty in a U.S. school of medicine: perceived needs. *Acad Med* 2004; 79: 319-25.
41. Nattinger A. Promoting the career development of women in academic medicine. *Arch Intern Med* 2007; 167: 323-4.