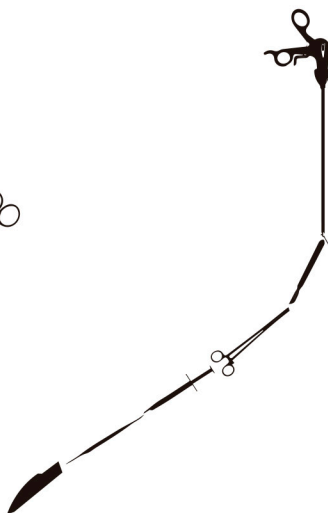
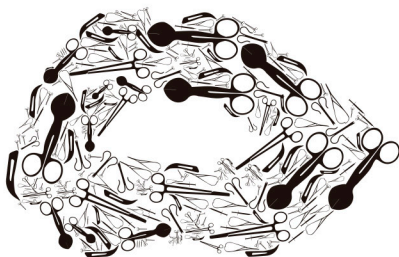




Historias de éxito

— La mujer en la Cirugía General —



— Dra. Lilia Cote Estrada —

Dra. Angélica H. González Muñoz

Dra. Elena López Gavito

Dra. Abilene Escamilla Ortiz

Historias de éxito

— La mujer en la Cirugía General —

— Dra. Lilia Cote Estrada —

Dra. Angélica H. González Muñoz
Dra. Elena López Gavito
Dra. Abilene Escamilla Ortiz

Historias de éxito
La Mujer en la Cirugía General

ISBN 978-607-95707-7-4

Derechos reservados:

© Dra. Lilia Cote Estrada

Ninguna parte de esta obra puede ser reproducida o transmitida, mediante ningún sistema o método, electrónico o mecánico sin consentimiento por escrito de los autores.

Esta obra comprende 1,000 ejemplares más sobrantes para reposición

Impreso en México por



Tel.: 8589-8527 al 32.

Agosto de 2019

Índice

Dedicatorias	7
Agradecimientos	8
Reflexiones	9
Currículums	14

I. Capítulos

Prólogo	32
Dr. José Ángel Córdova Villalobos	
Proemio	35
Dr. Guillermo Soberón Acevedo	
Historias de éxito. La mujer en la Cirugía General. Introducción	47
Dra. Lilia Cote Estrada	
Las mujeres en la ciencia y la docencia	63
Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola	
La feminización de la medicina	72
Dr. Rubén Argüero Sánchez, Dr. Germán Fajardo Dolci	
The woman surgeon in the global context: The home renovation	82
Nancy D Perrier, MD, FACS, Mary L Brandt, MD, FACS, FAAP, Feibi Zheng, MD, MBA, Lillian S Kao, MD, FACS, Andrea Hayes-Jordan, MD, FACS, FAAP, Linda G Phillip, MD, FACS, V Suzanne Klimberg, MD, PhD, FACS	
La proyección de la cirujana general	86
Dr. Eduardo M ^a Targarona Soler, Dra. Elena Martín Pérez	
Equidad de género	94
Mtra. Mayra Aidee Pérez Ambriz	
La mujer y los Derechos Humanos	103
Dr. Agustín Antonio Herrera Fragoso	
Ser mujer, vocación y responsabilidad social	108
Mtra. Verónica Ramos Terrazas	
El desarrollo de las cirujanas en la Asociación Mexicana de Cirugía General	121
Dra. Elena López Gavito	

La certificación de las cirujanas en México a 40 años de la fundación del Consejo Mexicano de Cirugía General Héctor Faustino Noyola Villalobos, María Graciela Zermeño Gómez	133
La cirujana y el trasplante de órganos Dr. Rubén Argüero Sánchez	145
La cirujana y la educación Dra. Angélica H González Muñoz	150
Las cirujanas y las publicaciones científicas Dra. Abilene Cirenía Escamilla Ortiz	158
La cirujana en la investigación Clotilde Fuentes Orozco, Ana Olivia Cortés Flores, Alejandro González Ojeda, Elba Stephanie Gutiérrez Navarro, Andrea del Socorro Álvarez Villaseñor	162
La mujer y la tecnología en cirugía Dra. Adriana Liceaga Fuentes, Dr. Diego Camacho, Dr. Natan Zundel	167
El desarrollo del liderazgo de la mujer en cirugía Dra. Adriana Hernández López, Dr. J Octavio Ruiz Speare	173
Las cirujanas y la formación jurídica del cirujano general Dra. Lilia Cote Estrada, Dra. Elena López Gavito, Dr. Jorge Luis Mariñelarena Mariñelarena, Lic. Abraham Amiud Dávila Rodríguez	180
Futuro de la participación de la mujer en cirugía general Acad. Dr. Salvador Francisco Campos Campos	199
Reflexiones de una vida compartida Dra. Lilia Cote Estrada Lic. Jorge Hernández Montes de Oca Lic. Paulina Hernández Cote MBA Jorge Arturo Hernández Cote Dra. Angélica H. González Muñoz Lic. Gloria Cano González Dr. Rodolfo Cano Jiménez Dr. Leodegario Correa Romero Dra. Irma Cruz Mendoza Dr. Héctor Moran Ramírez Dra. Elena López Gavito Dr. Jorge Rafael Montalvo Sánchez Mejorada	209

II. Historias de éxito

El papel médico y social de la cirujana en las comunidades rurales Dra. María del Carmen Barradas Guevara	218
Cirugía general, ¿en serio? Dra. Adriana Chaparro Delgadillo	222
De la batería a la laparoscopia... Dra. Adriana Liceaga Fuentes	225
La Generala y otras mujeres Dra. María Alejandra Ramírez Ramírez	228
Las limitaciones son obstáculos salvables Dra. Alejandra Guillermina Miranda Díaz	231
La pintura en la historia quirúrgica de mi vida Dra. Irma Cruz Mendoza	235
Soy una mujer plena, una historia más Dra. Angélica H. González Muñoz	238
Voy a contar mi historia en el campo de la cirugía Dra. Amanda Castañeda Rodríguez Cabo	242
No somos iguales... ¡somos mejores! Dra. Celina Cuellar Aguirre	245
Las cirujanas también hacemos investigación Dra. Clotilde Fuentes Orozco	249
Historia de una mujer inquieta desde antes de nacer Dra. Elena López Gavito	252
Tres momentos, tres encuentros Dra. Elizabeth Dolores Gutiérrez Cantón	257
Una vida de pasiones Dra. María Enriqueta Baridó Murguía	260
Opera u Ópera: cuestión de acentos Dra. Gloria González Uribe	263
Un bisturí para la dama Dra. María Graciela Zermeño Gómez	267

¿El tamaño importa?	271
Dra. Iraís Chávez Aceves	
Cirujano sin perder la esencia de ser mujer	274
Dra. Irma Alicia Cortes Rivera	
Mi pequeña historia	277
Dra. Julia Matilde Hernández Jerónimo	
Una zurda en el mundo de los cirujanos	281
Dra. Leticia Beltrán Bravo	
Abrir caminos para cerrar brechas	284
Dra. Lilia Cote Estrada	
La operación de mi vida	291
Dra. Lourdes Delgado De La Cruz	
El fénix que todos traemos dentro	294
Dra. Lucía Vásquez Sánchez	
Mi padre, primer radiólogo en el estado. “Quiero ser como él, o mejor”. Sueño de una niña...	298
Dra. Luz María Rivas Moreno	
¿Cirujano o Cirujana?	301
Dra. Martha Esperanza Ramírez Martínez	
Los vericuetos y vicisitudes de mi andar por los quirófanos	305
Dra. María Norma Gómez Herrera	
Mi victoria durante la residencia de cirugía	309
Dra. Jackeline Hernández Hurtado	
Excelencia en cirugía bariátrica (ya sabía barrer y trapear)	313
Dra. Liza María Pompa González	
De la costura a la sutura	317
Dra. María Eugenia Ordoñez Gutiérrez	

III. Encuestas

Encuesta Nacional de Cirujanas Generales	324
--	-----

Dedicatorias

Dra. Lilia Cote Estrada

A mis compañeros de vida y de aventuras,
cuya comprensión y apoyo han hecho posible lograr metas,
a quienes lejos de limitarme me han motivado e inspirado
y me permiten tener una vida plena estando a su lado.

Con todo mi amor y gratitud
para Jorge, Paulina y Jorge Arturo.

Dra. Angélica H. González Muñoz

Agradezco a Dios y a la vida todo lo que me han dado.
A mi esposo Rodolfo Cano, a mi hija Gloria Araceli Cano,
a mi madre Gloria Muñoz, y a todos los que me han apoyado
e impulsado para hacer lo que hago y lo que soy.

**“Nunca es demasiado el agradecimiento
cuando viene del corazón”**

Agradecimientos

A cada uno de los autores por sus aportaciones y voto de confianza al sumarse a este proyecto. Su participación ha sido invaluable.

A las cirujanas generales por una vida de trabajo, esfuerzo y dedicación y cuyos logros están abriendo puertas para las nuevas generaciones.

A la Mtra. Verónica Ramos Terrazas por su amistad, apoyo y complicidad.

A la Asociación Mexicana de Cirugía General por su trabajo permanente a favor de los cirujanos generales.

A los Lic. en Comunicación y en Diseño Gráfico, jóvenes creativos que le dieron imagen a este proyecto.

Eduardo E Marañón Martínez

Roberto Alejandro Olguín Solorio

Brenda Betsabe Hernández Martínez

Lucero Citlaly Mendoza Molina

Julie Berenice Estrada Murillo

Reflexiones

“The next generation of women in surgery have a distinct advantage: there are now seasoned, strong, dependable, responsible and committed women available to serve as role models.”

Nancy Perrier

The University of Texas MD Anderson Cancer Center.
Department of Surgical Oncology.

“Women in Surgery are becoming the norm. Our ‘next generation’ is smart, strong and confident while also feminine, empathetic, nurturing and resilient. The best of all worlds.”

Melanie Goldfarb

Center for Endocrine Tumors and Disorders.
John Wayne Cancer Institute

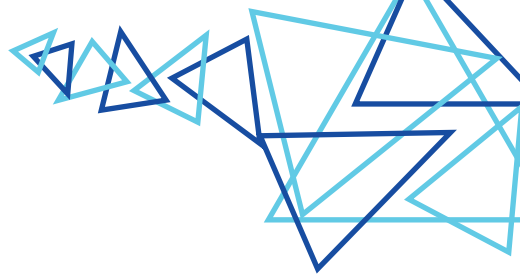
“...serán esposas y madres, deberán ser buenas, serán médicos y algunas cirujanos; este oficio les roba todo, pero deben y tienen que ser excelentes. No es fácil pero he allí el reto.”

Dr. Nassin Tata

Expresidente de la Federación
Latinoamericana de Cirugía General







CURRÍCULUMS
AUTORES
DE CAPÍTULOS

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Nació en la ciudad de León, Guanajuato, México, el 19 de agosto de 1953.

Es médico cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato, donde también estudió una maestría en Administración Pública y la especialidad en Administración Pública Estatal y Municipal. Es especialista en Medicina Interna, Cirugía General y Endoscopia Digestiva por la Universidad Paul Sabatier, Toulouse, Francia, y por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Además, la Universidad Paul Sabatier, la Universidad Autónoma de Guadalajara, la Universidad Autónoma de Chiapas y la Universidad Autónoma Benito Juárez de Tabasco le han conferido el grado de *Doctor Honoris Causa*.

Ha sido presidente del Consejo General del Instituto Electoral del estado de Guanajuato, evaluador de trabajos de investigación de la convocatoria SSA-CONCYTEG y consejero ciudadano propietario del Consejo General del Instituto Electoral de su estado natal. Precandidato a la gubernatura del estado de Guanajuato por el PAN en 2012, y candidato a la presidencia municipal de León, Guanajuato, en 2015.

En el sector académico, ha sido titular de la Academia de Profesores y Alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato, donde también fue profesor titular de la licenciatura en Nutrición y de Medicina de 1982 a 2013, y director de la Facultad de Medicina entre 1990 y 1997; presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina entre 1995 y 1997, periodo en que inició los procesos de certificación de las unidades formadoras de profesionales médicos.

Pertenece a la Academia Nacional de Medicina, a la Academia Mexicana de Cirugía, a la Academia Mexicana de Bioética, a la Academia Nacional Francesa de Medicina y a la Academia Francesa de Cirugía, así como a siete asociaciones médicas: la Asociación Mexicana de Gastroenterología, la Asociación Mexicana de Cirugía General, la Asociación Mexicana de Endoscopia Digestiva, la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, la Asociación de Médicos Especialistas Certificados del Estado de Guanajuato; la *American Gastroenterology Association*, la *American Society of Gastrointestinal Endoscopy*.

En 1993, fue secretario de relaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología; en 1994, presidente de la Asociación Mexicana de Endoscopia Digestiva; en 1995, presidente de la Comisión de Educación Quirúrgica de Pregrado de la Asociación Mexicana de Cirugía General; y en 2014, presidente del congreso de la Asociación Mexicana de Endoscopia Digestiva. Desde 2014 es presidente honorario de la Fundación de la Asociación Mexicana de Endoscopia Digestiva. Desde 2013 forma parte del Patronato del Hospital General de México.

Ha asistido a 206 congresos o talleres nacionales e internacionales, ha impartido 345 ponencias o conferencias magistrales en diferentes foros nacionales o internacionales, ha publicado 58 artículos científicos en revistas con comité editorial en diferentes países, 34 artículos científicos de difusión, 22 artículos en libros médicos; editó la *Revista Mexicana de Educación Médica* y ocho libros, principalmente médicos.

Fue diputado federal en la LIX Legislatura de 2003 a 2006. Durante dicho cargo, presidió la Comisión de Salud y fue miembro de la Comisión de Ciencia y Tecnología.

En 2007 fue condecorado con la Orden al Mérito del Gobierno de Polonia por su trabajo en el fortalecimiento de las relaciones entre los dos países en su desempeño como presidente del Grupo de Amistad México-Polonia en la LIX Legislatura de la Cámara de Diputados, y en 2010 recibió la condecoración de Caballero de la Legión de Honor de Francia por su labor en beneficio de la salud de la población mexicana y por su trabajo de más de 30 años para fortalecer las acciones de cooperación y amistad entre México y Francia. De diciembre de 2006 a septiembre de 2011 estuvo a cargo de la Secretaría de Salud, y del 16 de marzo al 30 de noviembre de 2012 fue Secretario de Educación, ambos cargos a nivel federal en el gobierno del presidente Felipe Calderón Hinojosa.

Ha recibido 46 reconocimientos por diversas instituciones, asociaciones o gobiernos tanto en México como en el extranjero por su trabajo académico, político o de servicio.

Actualmente, se desempeña como médico gastroenterólogo, cirujano general y endoscopista en su consultorio privado; es asesor de empresas privadas nacionales e internacionales del sector salud, conferencista de *Speakers México*, *Smart Speakers*, y de *Allenamenti Speakers Bureau*, miembro de la junta de gobierno del Centro de Integración Juvenil, presidente honorífico de la Fundación Franco-Mexicana para la Medicina (31 de marzo de 2014), así como *senior advisor* de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) y vocal del Comité Ejecutivo del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica COMAEM (2016-2018).

Dr. Guillermo Soberón Acevedo

Nació en Iguala, Guerrero, México, el 29 de diciembre de 1925. Realizó sus estudios profesionales en la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en donde obtuvo el título de Médico Cirujano en 1949, y en la Universidad de Wisconsin, en donde llevó a cabo estudios de postgrado conducentes al grado de Doctor en Filosofía en la Especialidad de Química Fisiológica. Es miembro de diversas sociedades científicas en México y en el extranjero. Ha sido profesor e Investigador en la Universidad Nacional Autónoma de México. Fue Profesor Visitante “Edward Larocque-Tinker” de la Universidad de Wisconsin. Ha sido Investigador en el Instituto Nacional de la Nutrición (1956-1965); Director e Investigador en el Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM, (1965-1970); fue Coordinador de la Investigación Científica (1971-1972); y Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (1973-1981). En el sector público, fue Coordinador de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República (1981-1982); Secretario de Salubridad y Asistencia (1982-1986); Secretario de Salud (1986-1988); y Coordinador del Consejo Consultivo de Ciencias (1989-1995). Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional para el Genoma Humano (2000-2004); Presidente del Consorcio Promotor del Instituto de Medicina Genómica (1999-2004); Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Bioética (2004-2005); Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética (2005-2009); Asesor Personal del Secretario de Salud Federal (2009-2012); actualmente es Presidente del Consejo Asesor Científico y Médico del ISSSTE (2012-2018). Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) (1989-2004) y del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM) (2002-2006). Actualmen-

te es Presidente Emérito de FUNSALUD desde 2004 y de COMAEM desde 2016. Ha sido beneficiario de once Doctorados *Honoris Causa* (Wisconsin, 1976; Oviedo, 1979; Aguascalientes, 1979; Tel Aviv, 1982; Salamanca, 1986; Autónoma de Guadalajara, 1992; UNAM, 1996; Morelos, 1996; Hidalgo, 2004; Instituto Nacional de Salud Pública, 2007; Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2010) y merecedor de diversas condecoraciones en el país y en el extranjero entre ellas miembro de El Colegio Nacional desde 1981 a la fecha y fue nombrado Médico Ilustre de la Nación en el patio de la Secretaría de Salud Federal el 23 de octubre de 2013 e Investigador Emérito del Instituto Nacional de Salud Pública el 11 de febrero de 2014. Cuenta con más de 140 trabajos, 20 libros y tiene más de 110 aportaciones en libros. Tiene más de 450 comunicaciones formales en conferencias y congresos en el país y en el extranjero. Presidió el Consejo Directivo del Club Universidad Nacional, A.C. (PUMAS) de 2000 a 2004.

Dra. Lilia Cote Estrada

Médico Cirujano. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.

Residencia rotatoria. Centro Médico la Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social. Especialidad Cirugía General. Centro Médico la Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social. Certificada y recertificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General.

Diplomado Políticas Públicas en Salud y Seguridad Social. Instituto Nacional de Administración Pública. Gerencia Hospitalaria Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Gestión en Cirugía. Estancia Hospital San Pau y San Creu, Universidad de Barcelona. Maestría Administración en Instituciones de Salud. Universidad La Salle. Especialidad Derecho Administrativo Facultad de Derecho UNAM.

Asistencia y conferencista en congresos nacionales e internacionales.

Director general Adjunto Arbitraje. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Asesor médico. Unidad de Atención Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010-2013)

Asesor médico. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013-2016)

Consejero titular. Consejo Asesor Científico Médico del ISSSTE.

Conferencias nacionales e internacionales (2013-2018).

Asesor en Seguridad del Paciente. Academia Aesculap México a partir de 2017.

Diversas publicaciones sobre cirugía, responsabilidad profesional, calidad y seguridad del paciente.

Autora de tres libros: *Controversias médico legales*, *Cirugía en el Paciente Geriátrico* y *Mejores Prácticas en Calidad y Seguridad del Paciente*.

Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General (2008-2009).

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Médica pediatra, maestría en Medicina, maestría y doctorado en Ciencias con campo de estudio en Educación Médica por la UNAM, con mención honorífica en todos los grados. Certificada por el Consejo Mexicano de Pediatría, última recertificación vigente al 30 de

enero de 2021. Formación directiva por la UVM, el *Institute for Health Improvement* y por el IMSS. Idiomas: español e inglés. Edad 50 años.

Desde febrero de 2016 es Titular de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud del IMSS, con antigüedad laboral de 24 años. Los cargos previos incluyen médico no familiar, jefa de Educación e Investigación Médica; jefa de División de Educación en Salud, directora de Educación e Investigación en Salud en la UMAE Hospital de Pediatría de CMN SXXI del IMSS, y jefa de Área en la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud. Desde 1992, profesora de pregrado para la Universidad La Salle, de cursos técnicos y pos-técnicos y de educación continua en el IMSS; profesora de las especialidades de Pediatría y de Medicina Familiar, profesora y tutora de maestría y doctorado, miembro del Subcomité Académico de Pediatría y Consejera Titular del Consejo Interno Asesor de la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina en la UNAM. Calificada como profesora de carrera asociada C e investigadora asociada C en el IMSS. Ha asesorado la tesis de 35 alumnos de especialidad, maestría y doctorado. Ha sido sinodal en el examen profesional de 124 alumnos de especialidad, maestría y doctorado.

Miembro, coordinadora del Área de Enseñanza de la Medicina y vocal del Comité de Educación Médica de la Academia Nacional de Medicina; miembro de la Academia Mexicana de Pediatría y miembro fundador de la Academia Nacional de Educación Médica. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de 2009 a 2012. Asociada Académica de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina AC. Editora en jefe de *Archives of Medical Research* desde 2016, y miembro del comité editorial de la *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* y de la *Revista de Investigación en Educación Médica*. Vocal Suplente de Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social de CONACYT y representante institucional en el Consejo Asesor Científico y Médico del ISSSTE.

Distinciones profesionales: Excepcional calidad en examen profesional, medalla “Alfonso Caso” por la UNAM. Premio a la actuación médica en el IMSS (1998, 1999, 2000, 2003, 2004, 2012, 2013). Premio Afore-Banorte-Fundación IMSS al mérito médico 2013 (Categoría educación en salud).

Es autora y coautora de 11 capítulos en libros de Medicina, Pediatría y Educación Médica, y de 45 artículos científicos en revistas arbitradas e indizadas.

Dr. Rubén Argüero Sánchez

Facultad de Medicina UNAM, Universidad de Stanford California USA, Universidad de Alabama Birmingham, Universidad de Colima.

Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, UNAM, Universidad de Colima.

Especialidad: Cirugía de Tórax. Cardiopulmonar.

Certificado por:

- Consejo Nacional de Cirugía de Tórax.
- Consejo Nacional de Neumología.
- Programa de Alta Dirección de Empresa AD-2, (IPADE), Universidad Panamericana.

Autor del Primer trasplante de corazón en México.

Pionero Mundial en el implante de células madre al corazón.

Profesor titular por concurso de oposición en postgrado en Cirugía cardiotorácica.
 Preside el Comité Académico de Educación Médica de Postgrado.
 Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía, y de otras Academias y Sociedades.
 Presidente del Departamento de Cirugía. Academia Nacional de Medicina. 2010-2012.
 Ex Director del Hospital de Cardiología, Siglo XXI, IMSS. Y Ex Director del Hospital General del Centro Médico La Raza, IMSS.
 Miembro propietario Decano del Consejo Técnico de la Facultad de Medicina, UNAM. División de postgrado.
 Vocal del Consejo de Administración de Unidades mixtas, UNAM.
 Investidura en Grado de *Doctor honoris causa*, Universidad Autónoma del Estado de México junio, 5 del 2014.
 Director Interino de la Facultad de Medicina de la UNAM, de noviembre del 2015 a febrero del 2016.
 Jefe del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina UNAM, abril de 2016 a la fecha.
 Consejero Titular del Consejo Asesor Científico y Médico. CACyM del ISSSTE.
 Ha impartido más de 1,250 conferencias a nivel nacional y en el extranjero: Asia, Europa, Sudamerica, USA, etc.
 Publicaciones:
 Tres libros y 19 capítulos, ha dirigido 23 tesis de Licenciatura, Maestría y Doctorado, 250 trabajos publicados en revistas nacionales y extranjeras. Trabajos libres más de 150. Múltiples reconocimientos; entre otros:

- Premio “Dr. Fernando Ocaranza” Academia Nacional de Medicina.
- Premio Nacional, medalla de oro por el IMSS.
- Felicitación por C. Presidente el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, por la realización del Primer Trasplante de Corazón en México, agosto 1988.
- El C. Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León entrega Premio a la Excelencia Médica por ser pionero en el campo de trasplantes de órganos y tejidos en nuestro país en el Siglo XX.
- Felicitación del C. Presidente Lic. Vicente Fox Quesada por haber sido merecedor del Máster de Oro del Fórum de Alta Dirección y Reconocimiento al Mérito Médico 2005.
- El C. Presidente Lic. Felipe Calderón Hinojosa entrega la distinción con la Condecoración “Eduardo Liceaga” de Ciencias Médicas y Administración Sanitario Asistencial, otorgada por el Consejo de Salubridad General y Secretaría de Salud.
- Otorgan Medalla al Mérito Mexiquense de Cardiología “Dr. Rubén Argüero”.

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Médico cirujano, originario de la Ciudad de México, egresado de la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle (ULSA), especialista en Otorrinolaringología por la UNAM y el Hospital General de México y maestro en Alta Dirección.
 Ha desempeñado cargos como Subdirector de Enseñanza de Pregrado del Hospital General de México “Doctor Eduardo Liceaga”, Director de Enseñanza y posteriormente Director General del Hospital General “Doctor Manuel Gea González”, titular de la Comisión

Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); Subsecretario de Integración y Desarrollo de la Secretaría de Salud; Titular de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigador en Ciencias Médicas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud. En 2017, fue nombrado Presidente de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM) y es el actual Director de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Cuenta con más de 136 artículos en las áreas de educación médica, otorrinolaringología, calidad de la atención, seguridad del paciente, influenza A (H1N1), así como formación y planeación de recursos humanos para la salud. También es autor, coautor y/o coeditor de 33 libros y 22 capítulos. Es miembro de 12 asociaciones médicas entre las que destacan la Academia Nacional de Medicina de México, la Academia Mexicana de Cirugía, la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud, así como de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

También ha recibido diversos reconocimientos, entre los que destacan el Premio Bial de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud A.C.) “Alfonso Robinson Bours” en Educación Médica; el de la ANMM a la mejor obra médica; dos veces el Premio “Doctor Manuel Castillejos” de la Academia Mexicana de Cirugía (AMC) y el Premio Nacional de Investigación por la Fundación GlaxoSmithKline y Funsalud en la categoría de Economía de la Salud. Fue director asociado de la revista *Archives of Medical Research*, donde actualmente es miembro del Comité Editorial, así como del Comité Editorial del *British Medical Journal Open Access*.

Nancy Perrier, MD, FACS

Is a Surgical Oncologist and tenured and endowed Professor in the Department of Surgical Oncology at MD Anderson Cancer Center. She completed her surgical training at Mayo Clinic in Rochester, Minnesota and fellowship training in both Endocrine Surgical Oncology and Outcomes Based Research in Epidemiology and Biostatistics at the University of California, San Francisco. She was a National Institute of Health funded T32 research fellow. She is a graduate of the Jesse H. Jones Graduate School of Business at Rice University, with a certificate in Health Care Management. Dr. Perrier has had a career interest in endocrine neoplasms. Her scholarly works, of more than 350 publications and 42 book chapters, range from safe implementation of new medical technology to value based cost of care. She currently serves as a Director on the American Board of Surgery which provides oversight of more than 30,000 surgeons with regard to training, certification and professionalism policies governing surgery in the United States. Regarded as an expert, Dr. Perrier serves in multiple capacities at MD Anderson including Director of Value for the Division of Surgery, section chief and medical director. Nationally her influence extends across multiple societies and organizations including senior authorship of guidelines for care and lead editing of the American Joint Commission on Cancer 8th Edition Manual for staging of cancers. She is highly regarded for her clinical excellence, integrity, initiative, effectiveness and as a consummate leader for her peers.

Dr. Eduardo M^e Targarona Soler

Nació en Barcelona, España, el 3/2/56. Se formó en la Universidad de Barcelona y se entrenó durante el periodo de residencia en el Hospital Clinic, afiliado a la Universidad de Barcelona (1981-1986). Tras su periodo de residencia disfrutó de un *Fellowship* de investigación en el mismo hospital (1987). El Dr. Targarona fue cirujano durante tres años en el Hospital de Mutua de Terrassa, así como del Hospital Clinic (9 a.) y actualmente es jefe de la Unidad de Cirugía Gastrointestinal en el Hospital de Sant Pau, afiliado a la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) desde 1997. Obtuvo el grado de doctor con Premio Especial en 1989. Completó su entrenamiento con diferentes estancias en el Paul Brousse Hospital (Prof. H Bismuth), Hammersmith Hospital (Prof. RCN Williamson) y Ninewells Hospital (Prof. Sir Alfred Cuschieri). Ganó la oposición de profesor de tiempo completo de la UAB en 2008. El interés clínico más importante del Prof. E Targarona ha sido la cirugía mínimamente invasiva con especial interés en la fisiopatología, cirugía hematológica, esófago gástrica benigna, bariátrica y colorrectal. Es autor o coautor de más de 350 trabajos científicos, con un factor de impacto global superior a 593 y un factor H de 35 (*Web of Science*) y 45 (*Google Scholar*). Ha colaborado en la edición de cuatro libros y 74 capítulos de libros. Ha sido presidente de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) así como de la *European Association of Endoscopic Surgery* (EAES). A la vez, ha sido el representante español en la UEG, UEMS y otras organizaciones sanitarias en Europa. Actualmente es presidente del Consejo de Cirugía Española, y del Consejo de MIS de la UEMS. Es miembro del consejo editorial de nueve revistas quirúrgicas y editor de la sección de endoscopia quirúrgica, así como editor en jefe de *Cirugía Española*, la revista de la Asociación Española de Cirujanos. Es también director del máster en Técnicas Quirúrgicas Endoscópicas (UAB). Es miembro honorario de seis sociedades quirúrgicas incluyendo EAES, SICE, SPCIR, SPCMI, SCC y ASA, así como miembro honorario del Consejo de MIS de la UEMS y miembro electo de la Real Academia de Medicina de Catalunya. Ha ganado más de 33 premios, 10 internacionales y 24 nacionales. Ha impartido más de 800 ponencias y conferencias en diferentes congresos nacionales e internacionales.

Dra. Elena Martín Pérez

Licenciada en Medicina y Cirugía, Universidad Complutense de Madrid, 1989.
Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, Servicio de Cirugía, Hospital Universitario de La Princesa, 1990-1994.
Doctora en Medicina y Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.
Médico adjunto del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, marzo 1995-2008.
Profesor asociado de Cirugía, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid desde 2000.
Jefe de Sección de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, mayo 2008-2018.
Vocal del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC), Hospital Universitario de La Princesa desde 2007. Vicepresidenta de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario de La Princesa desde enero de 2008.

Jefe de Estudios de Formación Especializada y presidente de la Comisión de Docencia del Hospital Universitario de La Princesa, desde octubre de 2014.

Profesor asociado de Cirugía en la Universidad Autónoma de Madrid desde el año 2000.

Coordinadora del 4º curso de Medicina en el Hospital Universitario de La Princesa (2010-2011).

Dirección de tesis doctorales: ocho; cursos de doctorado: 56; capítulos de libros nacionales e internacionales 40; publicaciones en revistas nacionales: primer autor 87, segundo autor 31. Publicaciones en revistas extranjeras: primer autor 10, segundo autor 38; proyectos de investigación: 11.

Estancias en centros extranjeros: siete.

Miembro de múltiples sociedades científicas.

Vocal de la Junta Directiva del Grupo Español de Tumores Neuroendocrinos (GETNE) desde octubre de 2008.

Secretaria general de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) (noviembre de 2014-diciembre de 2016), vicepresidenta 2ª AEC.

Miembro de la *International Hepatopancreatobiliary Association* (desde 2018).

Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Vicepresidenta primera de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) desde 2018.

Mtra. Mayra Aidee Pérez Ambriz

Licenciada en medicina. Especialista en sexología educativa. Maestra en sexología clínica. Experiencia en la atención médica sexológica en la consulta privada.

Experta en temas de género y diversidad sexual con amplia experiencia en el acompañamiento de procesos biopsicosociales relacionados a la confirmación sexo-género de personas transgénero y acompañamiento de personas significativas.

Fundadora y directora general de Sayume SI S.A. de C.V., empresa privada que cuenta con servicios educativos clínicos culturales y espirituales en favor de la salud y el bienestar de las personas.

Miembro editorial y revisor de pares de la revista canadiense *Journal of LGBT Youth*.

Docente en la maestría de sexología clínica del Instituto Mexicano de Sexología.

Conferencista en congresos nacionales e internacionales.

Ponente en talleres y conferencias relacionadas con la sexualidad en diversas instituciones educativas e instituciones de salud públicas y privadas.

Ha participado en diversos medios de comunicación con artículos de opinión impresos y electrónicos, radio y televisión.

Actualmente, participa todos los jueves en el programa “Y sin embargo” del Instituto Politécnico Nacional.

Dr. Agustín Antonio Herrera Frago

Licenciado, Maestro y Doctor en Derecho, estudio la Especialidad en Derechos Humanos por la Universidad Complutense de Madrid, y el doctorado en Bioética y Biojurídica (Cátedra de la UNESCO Madrid, España). Profesor y conferencista en diversas Universidades

de México en temas de Derechos Humanos Bioética y Biojurídica, autor de 5 libros, varias coautorías y artículos, miembro del grupo de Axiología de Madrid, España, de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, de la red de Derechos Humanos en la Economía del Conocimiento (DHEC) y, del Gruppo di Ricerca in Neurobioetica, en Roma, Italia e Investigador del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla.

Mtra. Clementina Verónica Ramos Terrazas

Licenciada en Relaciones Comerciales, Instituto Tecnológico de Chihuahua.

Maestría en Responsabilidad Social, Universidad Anáhuac.

Diplomados en Sustentabilidad, Universidad Anáhuac.

Diplomado en Desarrollo Gerencial, ITAM.

Miembro de la Comisión de Seguridad del Paciente conformada entre la Academia Mexicana de Cirugía y la Fundación Academia Aesculap México y Asociada en la Academia Nacional Mexicana de Bioética.

Actividad Docente, en materias de Administración y Mercadotecnia.

Participación en congresos nacionales y cursos con los temas de Seguridad del Paciente, Responsabilidad Social, Mercadotecnia, Gestión de Riesgos y Bioética.

Ha colaborado para diversas empresas e instituciones en los ámbitos de Mercadotecnia, Relaciones Públicas, Comunicación Corporativa, Responsabilidad Social, Bioética, Servicio al Cliente y Ventas.

Coordinadora para Latinoamérica para la Red Internacional de Academia Aesculap desde 2014 a la fecha.

Fundadora y Directora de la Fundación Academia Aesculap México, 2002 a la fecha.

Con más de 20 años de participación y especialización en el Sector Salud Mexicano.

veronica.ramos@academia-aesculap.org.mx

Dra. Elena López Gavito

Médico Cirujano Universidad La Salle. Especialidad Cirugía General, Hospital General Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE 1976-1980.

Lic. en Derecho. Universidad Autónoma de Sinaloa. Mención Honorífica Promedio 9.96.

Certificada y Recertificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General.

Delegada del Consejo Mexicano de Cirugía General Estado de Sinaloa 2014-2016.

Asistencia a Congresos Nacionales e Internacionales.

Profesor Titular Ciencias de la Salud en Bachillerato 1993-2008 Instituto Anglo Moderno, Mazatlán Sinaloa.

Jefe de Enseñanza. Hospital Sharp Mazatlán, 1996-2009.

Conferencias en Congresos Estatales y Nacionales.

Cursos formación de peritos de 2004 a la fecha.

Directora del Curso Postgrado, Asociación Mexicana de Cirugía General y Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica. Actualidades en Derecho Médico.

Profesor titular curso taller práctica médica segura avalado ISO 9001.

Publicaciones múltiples entre otras:

Revista CAMES Edición bimestral 2012-2013 circulación nacional y revista Universidad Autónoma de Sinaloa.

Marco jurídico del Médico, Reflexiones vocación del médico, *Lex artis* médica, Secreto profesional del médico, Relación de causalidad.

Actualidades en Derecho Médico. Cirujano General Vol. 33. Suplemento 2 abril-junio, 2011, Las demandas y la medicina defensiva. Cirujano general 34 s 2: 140-142, 2012.

Fellow of American College of Surgeons 2018.

Presidente Asociación Mexicana de Cirugía General. 2018-2019.

Dra. María Graciela Zermeño Gómez

Cirujana General Hospital General CMN “La Raza”. Cirujana General y de Trauma de los Hospitales de la SS de la CDMX. Profesor de Cirugía de Pregrado y Postgrado de la UNAM.

Dr. Héctor Faustino Noyola Villalobos

Médico Cirujano. Escuela Médico Militar.

Cirugía General Hospital Central Militar.

Certificado y Recertificado por el Consejo Mexicano de Cirugía General.

Hospital Militar Central desde 1996, ha desempeñado puestos como Jefatura de Trasplantes, Cirugía y Área de Cirugía y actualmente es Subdirector Médico.

Sus principales focos de atención en el área clínica es el trasplante de órganos agregando recientemente la realización de procedimientos con asistencia robótica, es el primer cirujano en México en realizar una nefrectomía para donante de trasplante con el sistema robótico Da Vinci, con más de mil trasplantes renales.

En el año 2008, recibió el reconocimiento al desempeño médico, de manos del entonces Presidente de México Felipe Calderón Hinojosa. En 2016, ingresó a la Legión Nacional de Honor de México.

Cuenta con 48 publicaciones en revistas nacionales e internacionales.

Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía, Presidente del Consejo Mexicano de Cirugía General, Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Actualmente es Subdirector Médico del Hospital Central Militar.

Dra. Angélica H González Muñoz

Médico Cirujano, Facultad de Medicina, UNAM.

Residencia Rotatoria de Postgrado. Especialidad en Cirugía General.

Curso de Postgrado y Alta Especialidad en Cirugía Endoscópica, Curso de Formación de Profesores De Medicina, Título Universitario de Especialidad en Cirugía General: Cédula de Especialidad: AE 008602.

Certificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General CMCG: 18 de julio 1998, 1ra Recertificación el 01 julio 2004, 2da Recertificación agosto 2012, 3ra Recertificación febrero 2018.

Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública: IESAP, Cedula SEP: 8279956.

Diplomado: Desarrollo Directivo, UVM. Diplomado: Calidad para Directivos UVM. Diplomado: Administración de los Servicios de Salud en las Unidades Médicas y Hospitalarias UVM. Diplomado: Gerencia en Salud: ITAM.

Médico No Familiar. Cirugía General, Hospital General de Zona Núm. 32 y 47 y Jefe de Servicio en el Hospital General de Zona Núm. 1 Hospital General de Zona 1-A “Venados”, IMSS. Directora de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria UMAA Núm. 1 Tláhuac. Delegación Sur del D.F. IMSS. Coordinador de Programas Médicos y Jefe de Área de los Servicios Médicos Integrales: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS. Coordinadora de Enseñanza de Cirugía del Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor Asignatura A de Introducción a la Cirugía, en la UNAM. Consejera Técnica de la UNAM. Coordinadora del Comité de Calidad y Desarrollo de la Asociación Mexicana de Cirugía General. 2006, 2007, 2008, 2013, 2015, 2016. Coordinadora del Comité de Educación Médica Continua de la Asociación Mexicana de Cirugía General. 2008, 2009, 2010.

Dra. Abilene Cirenía Escamilla Ortiz

Médico Cirujano Universidad la Salle Generación 86-91.

Especialidad en Cirugía General egresada del Hospital General Tacuba ISSSTE (1993-1996). Ex Presidente del Colegio Médico Lasallista.

Ex Presidente de la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas.

Profesor Titular de Bases de la Cirugía en la Universidad la Salle, Facultad Mexicana de Medicina 2000-2011 y 2015 a la fecha.

Profesor adjunto de Cirugía General Hospital General Tacuba ISSSTE (Oct. 2016 a la fecha).

Coordinadora de Cirugía del Hospital General Tacuba del ISSSTE (Feb. 2008 a Feb. 2014).

Actualmente, Adscrito al Servicio de Cirugía General Hospital General Tacuba ISSSTE.

Publicaciones en Libros de Cirugía General y en revistas, en el boletín de la Asociación.

Mexicana de Cirugía General, participación en Guías de Práctica Clínica en el ISSSTE.

Metodología en Guías de Práctica Clínica en el ISSSTE (2010-2013).

Miembro del Comité de Investigación Hospital General Tacuba ISSSTE (2014-junio 2019).

Miembro del Comité Editorial de la Revista Cirujano General y del Boletín.

Actualmente, editora de la revista Cirujano General.

Participaciones con ponencias y trabajos por parte del Colegio Médico Lasallista, Asociación Mexicana de Cirugía General, Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas.

Dra. Clotilde Fuentes Orozco

Médico Cirujano y Partero. Cédula profesional 2263821.

Especialidad de Cirugía General. Cédula especialista 3873307.

Maestría: Ciencias Médicas Orientación Cirugía 1999-2001. Cédula 7254665.

Doctorado: Ciencias de la Salud Orientación Epidemiología Clínica 2002-2004. Cédula.

Asistencia a Cursos y Congresos: 120, Presentación de Trabajos oral y en póster en Jornadas y Congresos: 160.

Socio Activo de la Asociación Mexicana de Cirugía General. Enero del 2008.

Miembro de la Academia de Investigación Jalisco, Mayo 2008.
Tutor en el “Programa Nacional de Servicio Social en Investigación en Salud” Generación Agosto 2010-Julio 2011-2018
Nombramiento de Nivel I por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) a partir del 1.º de Enero del 2014-2017.
Tercer Lugar Premio CANIFARMA 2015, con el trabajo: “Efecto antiinflamatorio de atorvastatina sobre el injerto renal en trasplante de donante vivo”. Diciembre, 2015.
Recalificación como Investigador Titular B. Instituto Mexicano del Seguro Social. 16 de Febrero del 2017.
Premio Sarquis Merrewe 2017, con el trabajo: *Effect of Fibrin Glue on the Incidence of Surgical Complications After Living-Related-Donor Kidney Transplantation: Results of a Randomized Clinical Trial*. Junio 2017.
Nombramiento de Nivel II por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) a partir del 1.º de Enero del 2018-2021.
Artículos Publicados: 75.
Capítulos de libros: 13.
Actividades docentes: Sinodal en examen de Maestría y Doctorado: 14; Tesis dirigidas 147. Citaciones 960.

Dra. Adriana Liceaga Fuentes

Egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle. Residencia en Cirugía General con la distinción de la mejor residente de la generación obteniendo el premio a la Excelencia Académica Olegario Vázquez Raña.
Realizó un *Fellowship* en Cirugía Gastrointestinal y Bariátrica en el Hospital Clinic de Barcelona. *Observer Fellowship* en los Hospitales Universitarios de Estrasburgo (IRCAD Francia), Departamento de Cirugía Ginecológica y Cirugía Colorrectal.
Entrenamiento en Cirugía Miniinvasiva en el Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Verona, Italia; Universidad de Pernambuco, Brasil; Casa di Cura Florencia, Italia, Hospital Sírio-Libanês, San Pablo, Brasil.
Fundadora del primer *Fellowship* en Cirugía Bariátrica en México con aval de la División de Postgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
Conferencista en múltiples foros internacionales y ha realizado cirugía de demostración *en vivo* con fines de enseñanza.
Profesor y co-director en el *Research Institute Against Digestive Cancer* (IRCAD) en Francia y Brasil.
Es miembro del Comité Científico de la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica (AMCE) y del Comité Editorial Nacional de la revista *Cirujano General* de la Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG).

Natan Zundel, MD

Professor of Surgery Vice-Chairman Department of Surgery, Florida International University Herbert Wertheim College of Medicine.

Miami Beach, FL. Clinical Professor of Surgery at the Department of Surgery at FIU, Herbert Wertheim College of Medicine in Florida, and University at Buffalo, NY. Experience and world class educator in Minimally Invasive and bariatric surgical procedures.

Active member of the following societies, serving on various committees and executive boards: ACS, ASMBS, SAGES, IFSO, IFSES, FELAC, ABE, ASGE, ALACE of which he was also a former President. Active or/and Honorary member of Surgical, Laparoscopic and/or Bariatric Societies in 42 Countries around the world.

Former President of several international surgical societies and meetings including the World Congress of Endoscopic Surgery (2012), International Federation for Obesity Surgery (IFSO) (2015-2016), the Latin-American chapter of IFSO (2013-2015), and the VI IFSO LAC Congress in Los Cabos, Mexico, (July 8-11,2015). President and Governor for the ACS South Florida Chapter. And also President of IFSES (2019-2021). Executive Director of FELAC on March 2017. Editor of or Co-Editor of 6 Books. He currently serves on several editorial boards: Bariatric Times, Surgery for Obesity and Related Diseases, Obesity Surgery, Surgical Laparoscopy, Endoscopy, Percutaneous Techniques, Surgical Endoscopy, Bariatric Surgical Practice and Patient Care in the US, along with 6 other international publications.

SAGES International Ambassador Award in 2015, the ASMBS Master Educator Award in 2017, and the ASMBS Surgical Innovation Award 2018.

He was awarded the academic rank of Professor of Surgery at various universities in 4 different Countries.

Diego Rafael Camacho, M.D., FACS.

Academic Training: Universidad Francisco Marroquin, Guatemala City, Guatemala, -Bachelor of Science, Biology. Doctor of Medicine. Universidad Francisco Marroquin. Resident General Surgery, The Ohio State University Medical Center Columbus, Ohio (1999-2004), Chief Resident (2003-2004). Postdoctoral Fellowship Baylor College of Medicine. Minimally Invasive.

Faculty Appointments: Director of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery. Montefiore Medical Center Bronx, NY, Associate Professor, Department of Surgery, Montefiore Medical Center The University Hospital for the Albert Einstein College of Medicine Bronx, NY. Minimally Invasive Surgery Fellowship Program Director Montefiore Medical Center Bronx NY, 2008-present.

Director of Minimally Invasive Surgery, Staff Surgeon South Texas Health System McAllen, TX 2005-2008.

Board Certification: Diplomate of the American Board of Surgery, 2006 No-51037, Advanced Trauma Life Support American Board of Surgeons. American Board of Surgeons, 2000 BLS/ACLS, American Heart Association CFMG, Certificate # 0-5926449, 1999.

Awards: Best Doctors Fairfield County CT (2019), Named Best Doctors in America (2013,2014, 2018), Named-America's Top Surgeons (2011) Best Teaching Resident of the Year Award (2003), Top 5% of graduating class, Doctor of Medicine Universidad Francisco Marroquin, Guatemala City, Guatemala (1999).

Membership in many Professional and Scientific Societies, Committees and Administrative Services, Invited lectures and presentations in USA and LATAM.

Many publications and research about endoscopic surgery, Bariatric Surgery.

Dra. Adriana Hernández López

Médico General, egresada de la Facultad de Medicina “Dr. Ignacio Chávez” de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en Morelia, Michoacán.

Cirujano General, egresada de Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Egresada del Curso de Endoscopia Diagnóstica y Terapéutica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, de la Secretaría de Salud.

Entrenamiento formal en Cirugía Endoscópica en Bois Bernard, Francia, con el Doctor Gérard Fromont.

Diplomada en el Manejo de la Patología Herniaria por la Universidad de Monterrey; actualmente Profesora Asociada del mismo.

Exdirectora de la Línea de Servicio de Cirugía del Hospital Centro Médico ABC (2011-2015).

Expresidenta del Consejo Mexicano de Cirugía General A.C. (2012-2014).

Expresidenta de la Asociación Mexicana de Hernia A.C. (2015-2017).

Expresidenta de la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica A.C. (2016-2017).

Miembro del Colegio Americano de Cirujanos.

Miembro del Colegio Americano de Gastroenterología.

Miembro Titular de la Academia Mexicana de Cirugía.

Miembro Titular de la AMCG.

Miembro Emérito de la AMG.

Miembro Activo: AMCE, EAES, FELAC, SAGES, AHS, AMH, ALACE, FELH, SOHAH, SSAT.

Premio “Aesclepio” de Cirugía Endoscópica, 2019.

José Octavio Ruiz Speare FACS (Hon)

General de División Médico Cirujano Retirado

Cirujano general, de trauma y de trasplante de órganos

- Originario de Real del Monte, Hidalgo
- Graduado de la Escuela Médico Militar con estudios de postgrado en el Hospital Central Militar y la Universidad de Minnesota.
- Maestría en Ciencias. Universidad de Minnesota.

Nombramientos

- Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital Central Militar.
- Fundador y jefe de la Unidad de Trasplante Renal del Hospital Central Militar.
- Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital Central Militar.
- Comandante del Hospital Móvil de Campaña del Ejército Mexicano.
- Jefe de los Servicios Médicos del Estado Mayor Presidencial.
- Director del Cuerpo Médico del Centro Médico ABC (2011-2015).

Logros principales

- Pionero en el campo del trasplante renal en México, inició esta práctica en 1973 y la ha desarrollado en forma continua desde hace 45 años.

- En 1986 inició el Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma (ATLS), del que por 32 años consecutivos ha sido coordinador y educador por México y ha colaborado en la capacitación de más de 50,000 médicos mexicanos.
- Autor de 14 libros (cirugía, trasplantes, educación médica y quirúrgica y liderazgo) e innumerables artículos científicos, habiendo impartido más de 750 conferencias en los temas de cirugía, trauma, trasplantes y liderazgo.
- Actualmente es director del Centro de Estudios en Liderazgo Médico y del Centro de Educación Médica por Simuladores del Centro Médico ABC.
- Único cirujano iberoamericano en ser miembro fundador de *The Academy of Master Surgeon Educators* (sólo 41 miembros en el mundo). Octubre 2018.

Dr. Jorge Luis Mariñelarena Mariñelarena

Médico Cirujano. Universidad Autónoma de Chihuahua.

Cirugía General. Centro Médico del Noreste, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey. Universidad Autónoma de Chihuahua.

Certificado y recertificado por el Consejo Mexicano de Cirugía General.

Cirujano General HGZ Núm. 17, IMSS, Cd. Cuauhtémoc, Chihuahua.

Práctica médica privada.

Profesor de Medicina Legal, habilidades médico-quirúrgicas y taller de integración. UACJ, Campus Cuauhtémoc.

Profesor conferenciante en congresos y colegios estatales desde 2004 hasta la fecha.

Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General, Colegio de Posgraduados en Cirugía General. Consejo Mexicano de Cirugía General.

Federación de Colegios de Médicos del Estado de Chihuahua.

Coordinador del Comité Médico-Legal AMCG 2008-2015.

Expresidente de la Federación de Colegios de Médicos del Estado de Chihuahua 1991-1993 y 2001-2003.

Autor de múltiples publicaciones de artículos de cirugía y aspectos médico-legales.

Lic. Abraham Amiud Dávila Rodríguez

Abogado, egresado de la Universidad de Guadalajara (1989-1994). Maestría en Derecho Constitucional por la Universidad de Guadalajara (2012-2014). Actualmente cursando doctorado en Derechos Humanos. Universidad de Guadalajara. Director general de Medical Legal Center-Salomon & Warner, S.C., firma especializada en el ramo del Derecho Médico. Director de VHS El Expediente Clínico Electrónico. Investigación y desarrollo de cartas específicas de consentimiento informado respecto a los principales procedimientos médicos realizados en México (2005).

Profesor invitado a los cursos de Formación de Peritos en Medicina con la Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Nuevo León, Academia Mexicana de Cirugía, A.C., Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C., Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología, A.C., Federación Mexicana de Colegios de Ortopedia y Traumatología, A.C., entre otras.

Miembro de la Asociación Nacional de Abogados de Empresa, A.C.; miembro de la Academia de Medicina Legal Mexicana, A.C.; miembro de la Asociación Mundial de Derecho Médico. Ha impartido más de 100 conferencias en los últimos 15 años.

Publicaciones: capítulos del libro *El marco jurídico del Ejercicio Profesional de la Cirugía General*. Editorial: Universidad Autónoma de Querétaro (La Cirugía General y el Cirujano [2011]); artículos: La Ley, la Ética y la Medicina, Aspectos Legales de la Práctica Médica. Revista El Secreto Profesional, La influencia de los docentes ante la responsabilidad médica.

Acad. Dr. Salvador Francisco Campos Campos

Médico cirujano por la Universidad La Salle.

Especialista en Cirugía General por la UNAM.

Especialista en Cirugía del Aparato Digestivo.

Diplomado en Epidemiología Clínica.

Certificado y Recertificado por el Consejo Mexicano de Cirugía General y el Consejo Mexicano de Gastroenterología.

Académico titular de la Academia Mexicana de Cirugía.

Cirujano retirado de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”, IMSS.

Cirujano en activo del Hospital Ángeles Lindavista y Hospital de Especialidades MIG en la Ciudad de México.

Profesor de pre- y postgrado en la Facultad de Medicina de la UNAM.

Profesor de internado de pregrado en la Facultad de Medicina de la Universidad Anáhuac.

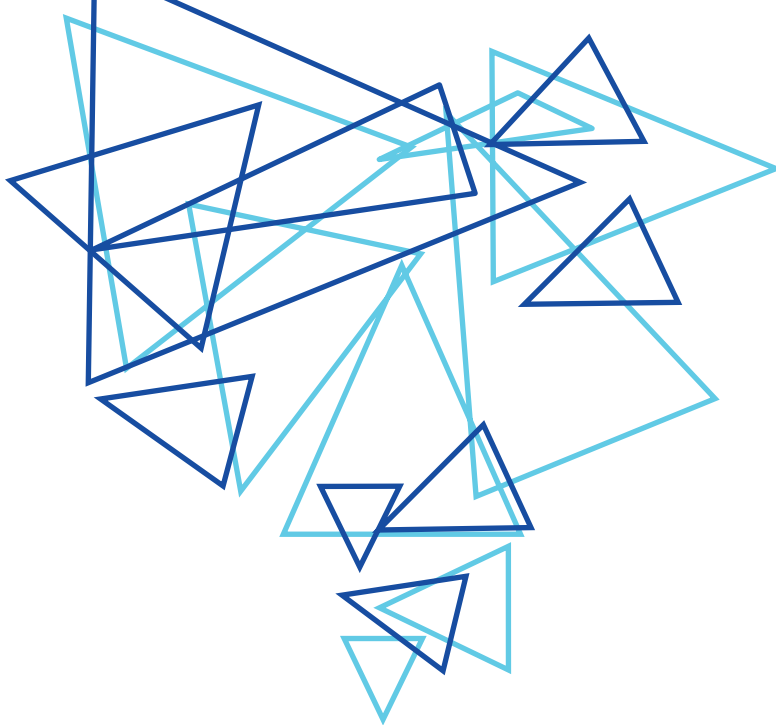
Expresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Exsecretario General de la Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC).

Director Ejecutivo de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Miembro de más de 10 asociaciones médicas relacionadas con la cirugía y gastroenterología en México.

Miembro del *American College of Surgeons* (ACS), *Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons* (SAGES), [[http://Society%20for%20Surgery%20of%20the%20Alimentary%20Tract%20\(SSAT%0d\)%0b%0dwww.ssat.com/%0d](http://Society%20for%20Surgery%20of%20the%20Alimentary%20Tract%20(SSAT%0d)%0b%0dwww.ssat.com/%0d)], *Society for Surgery of the Alimentary Tract* (SSAT), *International College of Surgeons* (ICS), Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC), Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica (ALACE).



I. CAPÍTULOS



Prólogo

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Agradezco infinitamente a la Dra. Lilia Cote Estrada la invitación a participar en este libro, cuya existencia, de hecho, será un homenaje y reconocimiento en principio a todas las mujeres y, por supuesto, de manera muy especial, a quienes han dedicado su vida a la salud y en particular a la actividad quirúrgica.

Porque este libro constituye, sin duda, una reivindicación de los derechos de la mujer ante situaciones discriminatorias que han vivido y siguen viviendo en diferentes ámbitos de la vida diaria, en los que aún se cuestionan sus oportunidades sólo por el hecho de ser mujeres; se les niega el reconocimiento a sus capacidades, y porque, además, estas actitudes vergonzantes e indignas hacia ellas sin duda han sido uno de los factores por los que la violencia a la que se encuentran expuestas cotidianamente no ha podido ser erradicada.

Desde la historia antigua, aún cuando en el antiguo Imperio romano y en Grecia se pueden encontrar documentos que sugieren que la mujer participaba en la cirugía, ya en la Edad Media se sabe que tenían prohibido ejercer la medicina y, por supuesto, la cirugía; la mujer estaba destinada a las labores del hogar; en los siglos XIV y XV, si la mujer quedaba viuda de un médico, podía realizar las labores de su difunto esposo, incluyendo la cirugía.

El primer dato de una cirujana fue el de Elena de Céspedes, nacida en Alhama de Granada, la cual se vestía como hombre para lograr participar en la guerra contra los moriscos; aprendió la cirugía y la practicaba porque el hacerse pasar por hombre le permitió obtener su licencia.

Posteriormente, en Italia, María Petraccini Ferretti a finales del siglo XVIII aprendió cirugía al trabajar con su marido; al principio le fue denegado el permiso porque se consideró que una mujer “no podía tener la mano firme y audacia”, pero más tarde al insistir, logró ser sometida a una evaluación de habilidades, lo que le permitió obtener la licencia. Más tarde, su hija Zaffire se licenció en Medicina, y practicó la cirugía. Su madre había abierto el camino para que las mujeres se interesaran en la medicina y en la cirugía. En el siglo XIX, James Berry, quien en realidad era Margaret Ann Bulkley, fue “recordado” por realizar una de las primeras cesáreas exitosas.

En el siglo XX, las mujeres ya no necesitaban hacerse pasar por hombres para poder ejercer la medicina; sin embargo, esto les daba más reconocimiento.

Aún hasta finales del siglo XX encontramos historias de desigualdades para el ingreso a la carrera de Medicina en nuestro país. Así, si revisamos la matrícula en las escuelas y facultades, vemos como en los años 70 las mujeres escasamente ocupaban entre el 8 y 10% de la misma; sin embargo, progresivamente empezaron a interesarse en el estudio de la Medicina, los exámenes de admisión en su calificación se volvieron anónimos, y el rendimiento de las mujeres en muchos casos fue superior al de los hombres. De tal modo, en la Universidad Nacional Autónoma de México en 2003, el porcentaje de mujeres estudiantes de Medicina era ya del

64%, y ésta ha sido la realidad de la mayoría de las escuelas y facultades en el siglo XXI, en que la feminización de la matrícula se encuentra entre el 60 y 70%; estos cambios ciertamente no han sido sólo en Medicina, sino en muchas carreras gracias a la oportunidad de acceso que progresivamente se ha incrementado de manera general, pero en especial para las mujeres.

Este interés por estudiar Medicina, aunado al hecho de la apertura de una gran cantidad de escuelas y facultades (actualmente 162 en el país) ha traído como consecuencia el aumento general de la matrícula y de los egresados, de tal forma que el número de aspirantes a una residencia médica mediante el ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a las Residencias Médicas) también se ha ido incrementando de manera importante, superando la cifra de 40,000 en los años recientes, lo cual, aunado a la imparcialidad del mismo y a la no discriminación progresiva de las mujeres para cualquier especialidad, ha ido aumentando el número de ellas dedicadas a diferentes áreas de la cirugía, incluyendo algunas en las que rara vez se veían. Estos hechos se pueden observar ya en grandes hospitales europeos; por ejemplo, en el Hospital Princesa de Madrid en la última convocatoria, entre los elegidos para la residencia de cirugía del aparato digestivo, el 62% eran mujeres, y esto lo veremos cada día de manera más frecuente en México.

Sin embargo, aún en la actualidad la mujer ha tenido que seguir enfrentando desafíos en la práctica de su especialidad, en particular cuando es quirúrgica, y en muchos casos desde su residencia, donde con frecuencia aún son desplazadas por los hombres o expuestas a acciones de acoso o amenaza; y posteriormente, ya en su vida profesional, la limitación que significa en muchos casos el ejercicio adecuado de la función de madre, esposa y además de profesional de la Medicina en una especialidad tan demandante como la cirugía; por ello, se refiere en algunos artículos que la mujer prefiere continuar soltera o divorciarse para desempeñar de la mejor manera la profesión que le satisface y ser exitosa. Incluso en la práctica profesional, si bien cada día los pacientes aceptan con la misma seguridad y satisfacción recibir atención de una mujer que de un hombre, también es cierto que en muchos casos los médicos varones prefieren referir a un paciente con un cirujano hombre que con una mujer; sin embargo, estamos convencidos de que estas actitudes aún presentes deberán ir cambiando con el tiempo.

En tiempos recientes, en los diferentes ámbitos del quehacer humano y en el respeto a los derechos de los demás, estamos viviendo una era de gran apertura y diversidad y progresivamente se ha modificado la percepción que se tiene para apreciar lo que cada profesión significa y entendemos el porqué de la participación de las mujeres en actividades que en épocas anteriores se consideraban exclusivamente masculinas, en las que el desempeño en muchas ocasiones es superior en cuanto a calidad, humanidad y satisfacción por el trato especial que por lo general distingue a las mujeres.

Las mujeres cirujanas hacen frente a diferentes desafíos, al igual que los hombres se someten a un entrenamiento estresante, a semanas de 70 a 80 horas llenas de intenso trabajo y las pocas horas libres muy a menudo las dedican a las labores del hogar o de la familia. Sus ambiciones personales se ven limitadas por sus obligaciones maternas y de matrimonio y, en general, los años más complejos en la vida familiar coinciden con los del avance de su carrera.

Por lo anterior, en los Estados Unidos las disciplinas quirúrgicas son aún masculinas de una manera desproporcionada, y vemos cómo, a pesar del incremento de la matrícula femenina, conforme la mujer progresa en su nivel educativo y de responsabilidad profesional, el número de ellas va disminuyendo por las razones anteriormente expuestas.

En estudios científicos se ha demostrado que en pacientes tratados por mujeres cirujanas ha habido disminución de la mortalidad a 30 días y evoluciones similares incluyendo estancia hospitalaria, complicaciones y readmisiones con respecto a los hombres cirujanos.

En nuestro país, desde el siglo XIII, cuando se institucionalizaron los estudios de Medicina, se prohibió el acceso a las mujeres, y esta situación se mantuvo hasta ya iniciado el siglo XX. Matilde Montoya fue la primera médica con estudios formales universitarios; y fue el 5 de mayo de 1926 cuando se creó la Asociación de Médicas Mexicanas; por otra parte, hasta 2006 sólo 62 de 536 miembros de la Academia Nacional de Medicina eran mujeres y, de ellas, sólo tres se dedicaban a la cirugía.

Por ello, insisto, resulta trascendente la publicación de esta obra, en la que brillantes mujeres mexicanas, exitosas en sus campos de acción, nos comparten su visión sobre diferentes aspectos del papel de la mujer, no sólo en la medicina o en la cirugía, sino también en temas fundamentales como la educación, la investigación, los derechos humanos, la responsabilidad social y otros profundamente humanos, y de historias de éxito, que son historias de vida que nos obligan a hacer una seria reflexión sobre el papel que tenemos todos para seguir luchando por una verdadera igualdad de oportunidades, retribuciones y reconocimientos para todos, independientemente del género.

Hay una oportunidad para cambiar esta cultura quirúrgica, **la equidad de género es un asunto de todos.**





Proemio

Dr. Guillermo Soberón Acevedo

En el desempeño de mis responsabilidades dentro de la Administración Pública Federal, en diversas ocasiones he experimentado modificaciones parciales al igual que cambios drásticos, y también algunas etapas de transición; lo cierto es que el cambio e incluso las transformaciones totales son una constante en los individuos y en las organizaciones.

El terreno de la salud no es la excepción, la evolución, tanto en el perfil demográfico como epidemiológico, ha generado patologías de mayor complejidad que requieren mayores recursos humanos y financieros. Esto ha hecho necesaria la construcción de nuevos derroteros, apuntalados con el progreso del conocimiento científico basado en evidencias, así como con los avances tecnológicos. Los retos en materia de salud cada vez son mayores.

Hay dos políticas en salud establecidas desde los años tempranos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que siempre llamaron mi atención por su efectividad y por su impulso en la mayor parte de los países del orbe:

- Hay que dar prioridad a la educación de las mujeres, quienes son las que más posibilidades tienen de ser un vehículo efectivo para buscar el mayor acceso posible y de los miembros de su familia a acceder a los servicios de salud, y
- Hay que buscar la mejor educación de las mujeres al más alto nivel posible por ser ellas las mejor preparadas para obtener una calidad educativa óptima.

La complementariedad de las dos políticas ha significado el acceso a los servicios de un número creciente de personas del sexo femenino y a los más altos niveles en la educación que reciben.

A este panorama se suman algunas variantes que vale la pena tener presentes, el prototipo del paciente no es el mismo que hace algunas décadas, actualmente está más informado, es más demandante y defiende su autonomía, una postura adecuada en las más de las veces, pero requiere un trato diferente. Por su parte, los profesionales de la salud se enfrentan a escenarios distintos, lo cual condiciona su actuar hacia una medicina de mayor calidad y seguridad. Vale la pena comentar que, en forma paralela, se experimentan cambios sociales significativos como la feminización de la medicina.

Las mujeres poco a poco han logrado ingresar a determinados espacios sociales antes reservados casi exclusivamente para los hombres, en este caso a la educación superior.

El número de mujeres en las diferentes escuelas y facultades de Medicina ha tenido un crecimiento sostenido, y su desarrollo ha permitido involucrarse en las diferentes áreas: la clínica, la educación y la investigación.

El estudio de Lilia Cote revisa el reclutamiento de más mujeres, en los quirófanos muestra que, si bien es real el incremento alcanzado, es todavía insuficiente y habría que fortalecer los esfuerzos por alcanzar mayores logros.

El número de mujeres que estudian alguna licenciatura o un postgrado o que están incorporadas a las instituciones como personal académico, que forman parte del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) o que ocupan puestos de dirección cada vez es más importante. El postgrado es actualmente un nuevo espacio en el que las mujeres tienen mayor presencia.

A pesar de la inserción de las mujeres en distintos ámbitos de la educación y campos profesionales, no se puede dejar de reconocer que aún existen desigualdades e inequidades; y que aún está presente el fenómeno social llamado “techo de cristal”, que son los estudios de género en los diferentes círculos laborales, y por supuesto aplica a la medicina y a la cirugía.

En México, el crecimiento ha sido gradual si tomamos en cuenta que al cierre del siglo XIX sólo hubo una mujer en la carrera de Medicina, la Dra. Matilde Montoya, quien se tituló en 1887; para la década de los 80 del siglo pasado, la población estudiantil femenina de la carrera de Medicina a nivel nacional no alcanzaba el 30%; sin embargo, para el ciclo escolar 1999-2000 las mujeres alcanzaron a ser la mitad de la población universitaria, tendencia que se ha mantenido, y en los últimos años constituyen el 65%.

Algo semejante ha sucedido en las disciplinas quirúrgicas, no con la misma proporción, pero su incremento ha sido considerable, tomando en cuenta que su incorporación ha sido más tardía. Si bien es cierto que este cambio puede traer consigo ventajas, también debe ponerse mucha atención en el comportamiento de esta tendencia.

Hace tan sólo tres décadas no era común la presencia de la mujer en las salas de operaciones de algunas especialidades quirúrgicas; en la actualidad, cada vez es más frecuente su participación y no sólo eso, sino que hoy en día lideran organizaciones quirúrgicas importantes del país.

Estos cambios no son privativos de nuestro país, sino que constituyen un fenómeno global que ha generado diversos estudios, demostrando la relación entre la condición de género con resultados en la práctica médica.

Así pues, el texto que aquí se presenta nos permitirá tener un conocimiento más amplio de puntos relevantes en la práctica de la cirugía general desde la condición de género, pero al mismo tiempo conocer las experiencias y el sentir de las profesionales que día a día tienen una mayor contribución en la práctica quirúrgica de México y en el bienestar de la población mexicana.

SIMPOSIO “MUJER Y SALUD”

Es de agradecer a las doctoras Mercedes Juan, María Elena Medina Mora, coordinadoras del Simposio “Mujer y salud”, su excelente iniciativa que trae a la Academia Nacional de Medicina un tópico que por largo tiempo ha despertado de manera creciente el interés de las sanitaristas. Sus intervenciones son de gran interés y aleccionadoras. La cuidadosa selección de las otras tres participantes en el Simposio “Mujer y salud”, las doctoras Patricia Uribe, Elsa Sarti Gutiérrez y Ana Cecilia Rodríguez de Romo, ha sido muy afortunada, pues el tópico que cada una ha cubierto en cuanto a su experiencia personal en el contenido de los temas claramente ilustra la intensidad de la relación entre la mujer y la salud, su diversidad de expresión y, consecuentemente, la variedad de efectos y reacciones que la interacción mencionada produce y condiciona.

Por mi parte, he tomado como referencia adicional para estos comentarios las cinco presentaciones que hemos escuchado en el reciente informe de un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2009 sobre el apasionante tema mujer y salud. Este recuento es oportuno y trae a términos actuales la vastedad y creciente complejidad de la interrelación que nos

ocupa, así como las oportunidades y perspectivas que surgen para el futuro en cuanto a lograr una mejor salud para la mujer. Es, pues, inevitable que habré de incurrir en repeticiones, pero me ha parecido entonces pertinente circunscribirme en un intento de sistematización de conocimientos actuales y otros, que se anticipa que en un futuro cercano permitirán situar, de forma más comprensible, la trascendencia de las lecciones que vamos aprendiendo. Lo anterior recoge el espíritu del título del informe de la OMS: “Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana”.

Habré de referirme a los siguientes cinco puntos:

1. Distintas vertientes de la interrelación mujer y salud

- La problemática de la salud en la mujer.
- La mujer como instrumento primordial en el cuidado de la salud.
- Feminización de los servicios de salud.

2. Alcance del informe

Desde el prólogo del informe, la Dra. Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud, advierte que, a pesar de que el informe en cuestión es incompleto, pues tiene huecos que es necesario llenar a fin de llevar a cabo un análisis más completo de la información disponible, sí permite alinear conocimientos recientemente adquiridos con otros obtenidos con anterioridad e identifica áreas que requieren nuevos datos que podrían generarse a través de la investigación científica y sean convenientemente compilados para subsanar hiatos críticos en las plataformas de evidencias. La Dra. Chang exhorta, asimismo, a que el informe estimule la discusión a nivel nacional, regional y mundial, y que los países informen, a su vez, de las acciones emprendidas por ellos, al igual que los organismos internacionales, para llamar la atención sobre estrategias innovadoras que permitan alcanzar avances en los niveles de salud y en el bienestar de niñas y mujeres en todo el mundo.

3. Principales problemas de salud en las distintas etapas de la vida de la mujer

Aun cuando hombres y mujeres pueden ser afectados por la gran mayoría de las patologías que nos son conocidas, hay diferencias en gravedad, tiempo de evolución y, acaso, expresiones clínicas que son atribuibles a cada género. Es un hecho incontrovertible que en cada género se dan padecimientos que les son propios, ya que el papel que desempeñan hombres y mujeres en la función reproductiva introduce diferentes tipos de padecimientos, pues para distintos desempeños funcionales hay dotación de diferente equipamiento orgánico en mujeres y en hombres y, por lo tanto, diferente naturaleza de los padecimientos que los afectan, lo cual aplica a los órganos genitales directamente involucrados en el proceso reproductivo y al conjunto de glándulas de secreción endocrina que dan sustento a todas las instancias participantes en dicho proceso. Por eso, el estudio realizado por la OMS separa la vida de la mujer en etapas connotadas por su desempeño funcional, entre las que destaca la etapa que recoge la capacidad reproductiva. Además, es un hecho comprobado que las desigualdades socioeconómicas entre los sexos son determinantes y tienen un efecto adverso en los problemas de salud que afectan a

Tabla 1. Problemas de salud en las diferentes etapas de la vida.

Etapa	Principales problemas de salud
La niñez temprana (del nacimiento a los nueve años)	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada mortalidad infantil • En algunas regiones del mundo, la mutilación vulvar • Violencia y maltrato • Diferencias en salud por género a pesar de la ventaja femenina en mayor esperanza de vida
Adolescencia (de 10 a 19 años)	<ul style="list-style-type: none"> • En general, etapa de buena salud, pero también de mayores riesgos • Pubertad e inicio sexual • Embarazo de la adolescente • Enfermedades de transmisión sexual • Consumo de drogas • Dieta inadecuada e inactividad física • Salud mental en la adolescente
Etapa reproductiva (de 15 a 44 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Patología vinculada a la reproducción • Salud materna • VIH/SIDA • Enfermedades de transmisión sexual • Cáncer cervicouterino • Infertilidad
Mujer adulta (de 20 a 59 años) (incluye la etapa reproductiva)	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad y peso adversos de la enfermedad • Depresión y suicidio • Factores de riesgo a enfermedades crónicas (Cáncer de mama) • Violencia
Mujer en edad avanzada	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los servicios de salud • Envejecimiento y consecuencias • Factores socioeconómicos • EPOC, osteoporosis, HTA, aterosclerosis, insuficiencia renal • Limitaciones del acceso y seguimiento a su salud • Asistencia en la edad avanzada

las mujeres. La discriminación ominosa de que son objeto en el acceso a la educación, a los servicios de salud, los salarios menores que devengan en caso de labores similares, y en mayor restricción al disfrute de satisfactores sociales son factores adversos en la patología que las afecta.

Las etapas escogidas para conocer la patología prevalente en cada una se muestran en la [Tabla 1](#).

4. Determinantes socioeconómicos en la salud de la mujer

Extensión y persistencia de las desigualdades económicas

Las disparidades de género son de tal naturaleza que ameritan una atención concentrada en la atención socioeconómica de la mujer.

La esperanza de vida es más prolongada en las mujeres por ventajas biológicas y de comportamiento, pero esta ventaja se desvanece o se invierte en situaciones en las que las condiciones sociales y económicas adversas son tan severas que causan la reversión de los valores correspondientes. Por otra parte, vivir más no significa vivir mejor y es un hecho que la calidad de vida de las mujeres deja mucho que desear en condiciones de pobreza y sus limitaciones consecuentes.

Hay, desde luego, diferencias entre la salud de las mujeres que viven en países desarrollados y las que viven en países en vías de desarrollo más allá de las similitudes inherentes a los padecimientos que aquejan a uno y otro género, lo cual se refleja en grandes diferencias en la mortalidad materna, lo que se explica por la carencia o la severa restricción de la infraestructura institucional en unos y en otros.

Pero hay, asimismo, graves contrastes entre grupos poblacionales dentro de los límites de los propios países, sean ricos o pobres; véase la diferente situación que prevalece en zonas rurales y urbanas y la existencia de bolsas de pobreza en las grandes urbes.

La sexualidad y, en general, la salud reproductiva son elementos fundamentales en la salud de la mujer.

Es un hecho que el mayor efecto adverso en la salud de las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) lo constituyen las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio. La primera causa de muerte en mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) es VIH/SIDA; la grave limitación de los países pobres para tener acceso al conocimiento de las prácticas de sexo seguro y otras medidas preventivas, así como a la terapéutica antirretroviral, cuenta de manera definitiva en la gran vulnerabilidad de grupos poblacionales en los países pobres.

La incidencia de enfermedades crónicas, lesiones y problemas de salud mental afectan a las mujeres en edad reproductiva.

Los accidentes carreteros están entre las cinco principales causas de muerte en mujeres adolescentes y en edad reproductiva en todas las regiones de la OMS, excepto en el sudeste asiático, donde las enfermedades señaladas ocupan el tercer lugar. Las lesiones resultan muchas veces de accidentes domésticos, pero también son producto de homicidios y suicidios. El suicidio es una de las causas principales de muerte en mujeres adultas (de 20 a 59 años) globalmente y la segunda causa de muerte en países de ingreso bajo y medio en la región del Pacífico occidental. Los problemas de salud mental, principalmente la depresión, son causa de incapacidad en la mujer de todas las edades. Las mujeres de edad avanzada son víctimas de accidentes cardiovasculares, vasculares cerebrales, EPOC complicado por tabaquismo y por contaminación del aire que se respira, condiciones que se acentúan por la limitación al acceso a los servicios de salud, en especial los rehabilitatorios requeridos para aliviar secuelas que se presentan en los padecimientos crónicos señalados.

Un inicio razonable de las mujeres en su vida social independiente para sumarse al desarrollo es crucial para alcanzar, ulteriormente, un buen nivel de salud.

Hay que considerar que muchos problemas de salud de la mujer adulta tienen su origen en la infancia. Una nutrición adecuada previene caer, en el futuro, en las condiciones de carácter carencial y las que determinan el sobrepeso, con grados variables de obesidad que llega hasta la de tipo mórbido.

Cambiar conductas de riesgo en el presente permite grandes beneficios en el futuro.

Enfrentar las necesidades de los adolescentes supera potenciales riesgos en relación con el comportamiento sexual, el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas y diversos trastornos dietéticos; en general, apoyar a los adolescentes para superar tales padecimientos es de gran importancia para evitar enfermedades en la edad adulta y en la edad avanzada.

La satisfacción de las necesidades de la mujer en edad avanzada es una gran responsabilidad para los sistemas de salud.

Ya que la mujer vive más años que el hombre, determina una proporción mayor de la población femenina en las personas de edad avanzada. Por eso, los sistemas de salud deben prepararse para una eficiente atención geriátrica. Los hábitos saludables adquiridos en edades tempranas son los mejores recursos para evitar padecimientos propios de la edad avanzada.

Las sociedades y sus sistemas de salud tienen limitaciones para construir una capacidad de respuesta capaz de contender con eficacia la problemática de la salud de las mujeres.

Desde luego, ya se han mencionado las limitaciones que hay para que las mujeres accedan con facilidad a los servicios de salud, pero hay otras carencias en ciertas áreas que inciden directamente en el cuidado de la salud de la mujer, sobre todo en las políticas públicas que aplican en el aspecto socioeconómico.

5. Las estrategias que habrá que impulsar para mejorar la salud de la mujer incluyen

- Fortalecer el empoderamiento femenino a través de apoyar su liderazgo y participación a todos los niveles posibles y pugnar por una participación institucional coherente.
- Promover la atención efectiva de las mujeres por los sistemas de salud e impulsar su participación en la provisión de los servicios de salud.
- Asegurar mayor protección de la mujer mediante políticas públicas en general y, en especial, las que aplican al país.
- Ampliar, sistematizar y avanzar en el análisis del conocimiento sobre la mujer y la salud. Hacer una valoración de las repercusiones que se van alcanzando mediante las medidas aplicadas.

COLOFÓN

La trascendencia de entender cada vez mejor la relación mujer y salud a fin de poder encauzarla hacia la mejoría de los niveles de salud de las mujeres es manifiesta cuando se recuerda una resolución de la OMS allá por los años 80 del siglo pasado, en la que se insistía en que la mejor aplicación de la educación para la salud habría de causar grandes repercusiones en los niveles de salud de las mujeres, por lo que cabría dar preferencia a las mujeres desde su niñez, adolescencia y como adultas. La razón es que en todas las sociedades, la mujer es el pivote del núcleo familiar, ya que en ella convergen tanto la preocupación como la decisión de conservar, acrecentar y restablecer, en su caso, la salud de las familias y la de los miembros de la misma.

En las últimas décadas se ha revelado el creciente protagonismo de la mujer en variados aspectos de la vida nacional, es notable en la provisión de los servicios de salud y en la feminización de los estudios en los niveles medio superior, superior y postgrado. Si bien su incorporación a puestos de alta responsabilidad se ha dado a cuenta gotas, es claro que la tendencia se irá consolidando en la medida en que se ofrezcan adecuados incentivos que irán abriendo las oportunidades y no hay duda de que éstas serán cabalmente aprovechadas.

La *Tabla 2* ilustra algunos datos relacionados con el creciente protagonismo de la mujer en la vida nacional.

Se perfila así un potencial círculo virtuoso que será sustento de grandes repercusiones positivas, pues los esfuerzos que todos como trabajadores de la salud, como profesionistas, como tomadores de decisiones, como parte de una sociedad que pugna por su desarrollo habremos de realizar producirán mujeres más saludables que seguirán engrosando las filas de los sistemas de salud y todos, todos, tendremos mejores medios para ser más saludables, lo que significa un paso definitivo para acercarnos al anhelo, por todos compartido, de ser un mejor país. Caminemos juntos.

LAS MUJERES Y LA SALUD: LOS DATOS DE HOY, LA AGENDA DE MAÑANA (OMS)

30 de septiembre de 2013. Datos y cifras

- A nivel mundial, las mujeres viven por término medio alrededor de cuatro años más que los hombres.
- En 2011, la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de más de 80 años en 46 países, pero de apenas 58 años en la región de África de la OMS.
- Las niñas tienen muchas más probabilidades que los niños de padecer abusos sexuales.
- En los países de ingresos altos y medio-altos, los traumatismos por accidentes de tránsito son la principal causa de mortalidad entre las adolescentes.
- La práctica totalidad (el 99%) de las aproximadamente 287,000 defunciones maternas que se registran cada año se concentran en los países en vías de desarrollo.

Tabla 2. Datos y hechos mujer y salud.

- De acuerdo con el censo de población 2010, de 112.3 millones de habitantes, 57.5 millones son mujeres (51.2%). En 1970, de 48 millones de habitantes, 24 eran mujeres (50%)
- El analfabetismo en las mujeres disminuyó de 15 a 8.1% entre 1990 y 2010, porcentaje que es mayor que en el hombre
- La escolaridad promedio del hombre es de 8.7 años y de la mujer es de 8.4 de acuerdo con el censo de 2010
- La esperanza de vida en la mujer es de 77.4 años y la del hombre de 71.7 años, pero en 1930 la diferencia entre ambos indicadores era de 1.7 años
- De acuerdo con el censo de 2010, 25 de cada 100 hogares está a cargo de una mujer
- De acuerdo con el censo de 2010, por cada 129 defunciones de hombres hay 100 de mujeres
- En el ciclo escolar 1995-96, 45.4% de los 1.3 millones de estudiantes de educación superior eran mujeres; mientras que en el ciclo escolar 2010-11, este porcentaje aumentó a 48.8% de los 2.8 millones de estudiantes
- Se han incrementado los riesgos de la salud de la mujer debidos al comportamiento manifestado en un incremento de la violencia intrafamiliar contra la mujer, la proporción de mujeres fumadoras y la proporción de mujeres alcohólicas
- La feminización de la carrera de Medicina se ilustra por lo siguiente: mi generación (1943-1949) contó con 27 mujeres de 232 estudiantes egresados (11.6%); cuando fui profesor (60 y 70), manejábamos 35%; en 2010 una generación típica cuenta con más de 60% de mujeres estudiantes

- A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares, a menudo consideradas un problema “masculino”, son la principal causa de mortalidad entre las mujeres.
- El cáncer de mama es el tipo de cáncer más mortífero entre las mujeres de 20 a 59 años en todas partes del mundo.

Lactantes y niños (de cero a nueve años)

Tanto las tasas de mortalidad como las causas de defunción son similares para los niños y las niñas durante la lactancia y la infancia. La prematuridad, la asfixia neonatal y las infecciones son las principales causas de defunción durante el primer mes de vida, que representan la etapa vital en la que el riesgo de morir es más elevado.

La neumonía, la prematuridad, la asfixia neonatal y la diarrea son las principales causas de mortalidad durante los cinco primeros años de vida. La malnutrición es uno de los principales factores coadyuvantes en el 45% de las muertes en niños menores de cinco años.

Adolescentes (de 10 a 19 años)

Salud mental y traumatismos

Las lesiones autoinfligidas, los traumatismos causados por accidentes de tránsito y el ahogamiento figuran en el mundo entero entre las principales causas de defunción en las adolescentes.

Los trastornos depresivos —y en los adolescentes de 15 a 19 años, la esquizofrenia— son las principales causas de mala salud.

VIH/SIDA

En 2011 se registraron en los países de ingresos bajos y medios alrededor de 820,000 nuevos casos de infección por el VIH en la población con edades comprendidas entre 15 y 24 años; más del 60% eran mujeres.

A nivel mundial, las adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) presentan un riesgo de infección por el VIH el doble de elevado que los niños y jóvenes varones del mismo grupo de edad. Este mayor riesgo está asociado a prácticas sexuales poco seguras, a menudo no deseadas y realizadas bajo coacción.

Embarazos en adolescentes

El embarazo precoz incrementa los riesgos tanto para la madre como para el niño. Aunque se observan avances en la reducción de las tasas de natalidad entre las adolescentes, más de 15 millones de los 135 millones nacidos vivos registrados a nivel mundial corresponden a adolescentes de entre 15 y 19 años.

En las adolescentes embarazadas, el riesgo de abortar en condiciones poco seguras es mayor que en las adultas. Se estima que se practican cada año unos tres millones de abortos peligrosos en mujeres de 15 a 19 años. Los abortos peligrosos contribuyen de forma importante al pade-

cimiento de problemas de salud de larga duración y a la mortalidad materna. En los países de ingresos bajos y medios, las complicaciones derivadas del embarazo y el parto constituyen una importante causa de defunción en las adolescentes de entre 15 y 19 años.

Abuso de sustancias

Las adolescentes consumen cada vez más tabaco y alcohol, lo que puede poner en peligro su salud, sobre todo en posteriores etapas de la vida. En algunos lugares, las niñas consumen tabaco y alcohol en cantidades similares que los niños. En la región de las Américas de la OMS, por ejemplo, el 23% de los niños y el 21% de las niñas de entre 13 y 15 años reconocieron haber consumido tabaco durante el último mes.

Nutrición

En 21 de los 41 países de los que se dispone de datos, más de un tercio de las adolescentes de 15 a 19 años padecen anemia. La anemia —en la mayoría de los casos, anemia ferropénica— incrementa el riesgo de hemorragia y sepsis durante el parto. Por otro lado, provoca déficit cognitivo y físico en los niños de corta edad y reduce la productividad en los adultos. Las mujeres y las niñas son particularmente vulnerables a la anemia debido a la insuficiencia de hierro en la dieta, la pérdida de sangre durante la menstruación y los periodos de rápido crecimiento.

Mujeres en edad reproductiva (de 15 a 44 años) y mujeres adultas (de 20 a 59 años)

VIH/SIDA

En las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 44 años), el VIH/SIDA constituye la principal causa de mortalidad a nivel mundial, mientras que las relaciones sexuales no seguras constituyen el mayor factor de riesgo en los países en vías de desarrollo. Los factores biológicos, la falta de acceso a la información y a los servicios de salud, la vulnerabilidad económica y la desigualdad de poder en las relaciones sexuales exponen a las mujeres, en particular a las jóvenes, al riesgo de infección por el VIH.

Salud materna

Las defunciones maternas ocupan el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad que afectan a las mujeres en edad fecunda. Cada año mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto alrededor de 287,000 mujeres, el 99% de ellas en países en vías de desarrollo.

Aunque el uso de anticonceptivos ha aumentado en los últimos 30 años, hay en todas las regiones muchas mujeres que siguen sin tener acceso a métodos modernos de anticoncepción. Por ejemplo, en África subsahariana, una de cada cuatro mujeres que desea espaciar los embarazos o dejar de tener hijos no utiliza ningún método de planificación familiar.

Tuberculosis

La tuberculosis, a menudo relacionada con la infección por el VIH, figura en los países de ingresos bajos entre las cinco causas de defunción más importantes en las mujeres en edad fecunda y en las mujeres de 20 a 59 años.

Traumatismos

Los traumatismos provocados por accidentes de tránsito figuran entre las 10 causas principales de mortalidad de las mujeres adultas (de 20 a 59 años) a nivel mundial. Además, en la región de Asia sudoriental, las quemaduras son una de las mayores causas de mortalidad entre las mujeres de 15 a 44 años. Las mujeres sufren lesiones y mueren por causas relacionadas con el fuego en mucha mayor medida que los hombres. Numerosas muertes se deben a accidentes ocurridos en la cocina y muchas son resultado de casos de violencia por parte de la pareja y violencia en el hogar.

Cáncer del cuello uterino

El cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer en todas partes del mundo; todos los casos están relacionados con una infección genital de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VHP). Más del 90% de las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a los servicios de detección y tratamiento oportunos es muy limitado.

Violencia

La violencia contra la mujer está muy extendida en el mundo entero. Según las últimas estimaciones mundiales, el 35% de la población femenina ha sido alguna vez en la vida víctima de violencia de pareja o de violencia sexual fuera de la pareja. En término medio, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja han experimentado algún tipo de violencia física o sexual por parte de su compañero.

Se calcula que a nivel mundial hasta un 38% de los asesinatos de mujeres han sido cometidos por sus respectivas parejas.

Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales presentan tasas más elevadas de problemas de salud mental, embarazos no deseados y abortos inducidos y espontáneos. Las mujeres expuestas a la violencia en la pareja tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión, cerca del doble de probabilidades de padecer trastornos asociados al consumo de alcohol y 1.5 veces más probabilidades de contraer el VIH u otra infección de transmisión sexual. El 42% de estas mujeres han experimentado traumatismos causados por esos abusos. En muchos conflictos, el uso de la violencia sexual es también cada vez más común como táctica de guerra.

Depresión y suicidio

Las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir depresión y ansiedad. La depresión es la causa más importante dentro de la carga de morbilidad femenina tanto en los países de

ingresos altos como en los de ingresos bajos. La depresión posterior al parto afecta al 20% de las madres en los países de ingresos bajos y medios-bajos, lo que representa un porcentaje incluso más elevado que las tasas notificadas anteriormente con respecto a los países de ingresos altos.

Se estima que cada año se suicidan en el mundo entero unas 800,000 personas, la mayoría hombres. Existen, no obstante, algunas excepciones: en China, por ejemplo, las tasas de suicidio en el medio rural son más elevadas en las mujeres que en los varones. Las tentativas de suicidio, que superan en 20 veces a los suicidios consumados, suelen ser más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres y entrañan una carga de discapacidad que se tiende a ignorar. Sin embargo, constituyen un importante factor de riesgo de muerte por suicidio y deberían ser atendidas debidamente prestando a este grupo los servicios de salud que correspondan.

Discapacidad

Las discapacidades —que afectan al 15% de la población mundial— son más frecuentes en la mujer que en el hombre. Las mujeres con discapacidad suelen presentar resultados sanitarios más deficientes, tasas de rendimiento más bajas en los estudios, niveles más bajos de participación en la actividad económica e índices de pobreza más elevados que las mujeres sin discapacidad. Las mujeres adultas con discapacidad son al menos 1.5 veces más propensas a ser víctimas de actos de violencia que las demás.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

El consumo de tabaco y el uso de combustibles sólidos para cocinar son los principales factores de riesgo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) —una afección potencialmente mortal— en la mujer. Una tercera parte de la carga total de mortalidad y morbilidad por esta causa en las mujeres se debe a la exposición en espacios interiores al humo producido al cocinar a fuego abierto o con hornillos y cocinas ineficientes.

Mujeres de edad avanzada (60 años o mayores)

A nivel mundial, los hombres superan en número ligeramente a las mujeres; no obstante, las mujeres, al ser más longevas, representan una proporción mayor de la población adulta de edad avanzada: el 54% de las personas de 60 años o más son mujeres, una proporción que pasa a situarse en cerca del 60% en el grupo etario de 75 años o más y en el 70% en el de 90 años o más.

Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles —principalmente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer— son la principal causa de defunción en las mujeres de edad avanzada, con independencia del nivel de desarrollo económico del país en el que viven. Las enfermedades cardiovasculares son responsables del 46% de las muertes de mujeres de edad avanzada en el mundo entero, en tanto que al cáncer se le atribuye un 14% (los más mortíferos son el cáncer de pulmón,

el de mama, el de colon y el de estómago). Las afecciones respiratorias crónicas, en particular la EPOC, causan un 9% de las defunciones en ese grupo.

Muchos de los problemas de salud que padecen las mujeres en las etapas más avanzadas de la vida se deben a la exposición a diversos factores de riesgo durante la adolescencia y etapas anteriores de la edad adulta como el tabaquismo, el sedentarismo y la mala alimentación.

Discapacidad

Entre los demás problemas de salud que afectan a las mujeres de edad avanzada y que repercuten en su funcionamiento físico y cognitivo figuran las afecciones oftalmológicas (por ejemplo, las cataratas), las deficiencias auditivas, la artritis, la depresión y la demencia. Aunque los hombres también pueden padecer este tipo de problemas, en muchos países las mujeres tienen menos probabilidades que ellos de recibir los tratamientos o los dispositivos de ayuda necesarios.

Las mujeres de edad avanzada están más expuestas a las discapacidades que los hombres, lo que es reflejo de determinantes de la salud de más amplio alcance como los que se mencionan a continuación:

- La persistencia de desigualdades en las normas y políticas que redundan en perjuicio de la mujer;
- La evolución de las estructuras familiares;
- La persistencia en las mujeres de tasas más elevadas de empleo no remunerado y de participación en el sector informal.

La conjunción de estos factores incrementa la vulnerabilidad y reduce el acceso a servicios de salud eficaces y acordes con sus necesidades.



Historias de éxito. La mujer en la Cirugía General. Introducción

Dra. Lilia Cote Estrada

Ser libre es querer la libertad de los demás.
Simone de Beauvoir

La medicina en los últimos 50 años ha sufrido cambios importantes, investigación y conocimiento exponencial, pacientes más participativos y demandantes, desarrollo vertiginoso de la tecnología, cambio hacia la era digital y comunicación masiva a través de las redes sociales; a la par se han gestado fenómenos sociales que han creado entornos diferentes, condiciones que no pueden pasar desapercibidas por las repercusiones que éstas representan como el mayor conocimiento de las determinantes sociales de la salud o el incremento de la participación de la mujer en los profesionales de la salud, en particular en las especialidades quirúrgicas, entre otras.

Hasta el momento, al hablar de género existe un vínculo inseparable con la discriminación; sin embargo, más allá de esto, el libro pretende transmitir aspectos importantes identificados para la mayor participación de la mujer en el terreno médico-quirúrgico, producto de múltiples investigaciones y corrientes de opinión que han interesado a la comunidad médica, y cuyo propósito principal es resaltar la valiosa participación que ha tenido la mujer, pero sobre todo, el exhorto a trabajar de manera incluyente, sin distinciones. Sólo así se potencializará la misión central del quehacer del médico en su vocación de servicio y cuyo fin último es el paciente, su satisfacción, su seguridad y la de nosotros mismos.

El libro está conformado por tres secciones.

- Un apartado de capítulos que enmarcan la participación de la mujer en la medicina, en el campo quirúrgico y especialmente en la cirugía general, información, datos y hechos históricos que en conjunto permiten conocer con mayor detalle los factores que han influido en forma decisiva en el desarrollo de la profesional y de su práctica médica, además de definir el estatus actual a fin de ponderar en su justa dimensión el papel de la mujer en la cirugía, incluso más cuando han sido escritos por líderes de opinión, personalidades o profesionales de gran presencia en el terreno de la salud. Cabe destacar que en esta obra se ha incluido información histórica hasta ahora compilada sobre nuestras máximas organizaciones: Asociación Mexicana de Cirugía General y Consejo Mexicano de Cirugía General. Conocer nuestro pasado, y el camino andado nos permitirá tener una clara visión de la dirección a seguir.

- Otro apartado está dedicado al relato de experiencias personales de cirujanas, vivencias, hechos que pocas veces se comentan, pero aderezan espléndidamente el rol de la cirujana con sus sentimientos, emociones, inquietudes y aspiraciones, sobre todo cuando se muestra la plenitud alcanzada en una vida que no sólo se queda en una sala de operaciones, y tampoco, en el cumplimiento de estereotipos que la sociedad le ha asignado; por el contrario, nos dejan ver la gran capacidad y el esfuerzo para lograr la armonía entre una vida familiar y las aspiraciones profesionales.
- Por último, una encuesta a las cirujanas de la Asociación Mexicana de Cirugía General con datos que algunos seguramente imaginamos, pero que ahora serán el reflejo fiel de su sentir; así pues, uno de los propósitos es lograr un panorama integral de la cirujana general desde distintos enfoques.

Transitar de una participación minoritaria a una de mayor presencia en el ambiente médico, especialmente quirúrgico, amerita comentar y analizar algunos puntos de trascendencia, sin sobrevalorar la participación de un género, pero tampoco denostar la del otro, hay que encontrar el justo equilibrio, el trabajo conjunto y la complementariedad como clave del mayor logro. Si bien es cierto que en el libro se incluye información enfocada al género femenino, cabe destacar que fue escrito por hombres y mujeres para hombres y mujeres, con el ánimo de obtener una colaboración más amplia y apoyo mutuo.

ANTECEDENTES

La cantidad de información relacionada al desarrollo de la mujer es vasta, difícil obviar al menos algunos aspectos sobresalientes en el contexto general de la participación de la mujer en el ámbito histórico y social. Hablar de perspectiva de género es un tema complejo, controvertido y de especialistas en la materia por ser un constructo social realmente trascendente para toda la población; y más allá de la manifestación de un feminismo recalcitrante es la imperiosa necesidad de recordar y reconocer la labor y lucha de las mujeres que nos antecedieron, que abrieron los caminos para alcanzar sus metas que ahora nos parecen tan cotidianas, que han facilitado nuestro recorrido, pero que al mismo tiempo nos exhortan a continuar trabajando para las nuevas generaciones.

A lo largo de la historia ante un entorno preponderantemente masculino, con discriminación en todas las esferas sociales, han existido mujeres con convicciones férreas y una fuerza determinante para lograr la igualdad de género que además han gestado movimientos sociales de grandes alcances.

El primer documento histórico que propone la emancipación femenina en el sentido de la igualdad de derechos o equiparación jurídica y legal es la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana (*Déclaration des Droits de la Femme et de la Citoyenne*, 1791) redactado por **Olympe de Gouges** como una genuina protesta contra la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, que olvidaba que una nación está construida e integrada por hombres y mujeres, y que por cierto nunca fue aprobada por la asamblea.

Uno de los derechos más significativos ha sido el sufragio femenino, el derecho político y constitucional a votar por los cargos públicos electos así como a ser votado; el momento fundacional del sufragismo fue en 1848 con la Declaración de Sentimientos de Seneca Falls en

Estados Unidos, el cual culminó cien años después en 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos fuertemente impulsado por una luchadora social que desde muy joven se identificó con estas causas lejos de los reflectores de la casa presidencial, **Anna Eleanor Roosevelt**, delegada de Estados Unidos para las Naciones Unidas, para quien “La libertad exige mucho de todo ser humano. Con la libertad llega la responsabilidad...” En dicha declaración se reconoce el sufragio femenino como derecho humano universal.¹

En México cómo olvidar la figura de **Elvia Carrillo Puerto**, gran promotora del movimiento sufragista, además de haber sido una de las tres primeras mujeres electas como diputadas para el Congreso de Yucatán. Tal ha sido su legado que el 15 de octubre de 2013, la Cámara de Senadores de México anunció un reconocimiento a su memoria por su labor de “defensa, protección, ejercicio e investigación de los derechos humanos de las mujeres y de la igualdad de género en nuestro país”. Este reconocimiento se entrega anualmente el 8 de marzo, en conmemoración del Día Internacional de la Mujer.²

La Declaración de Beijing ha sido considerada el plan más progresista para la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres, cuyo propósito es crear un mundo con mayor igualdad para las generaciones venideras como el reto más decisivo y urgente de este siglo.³

Actualmente, en la nueva agenda mundial 2030, el 5º objetivo de Desarrollo Sostenible contempla entre sus metas: “velar por la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles de la adopción de decisiones en la vida política, económica y pública”.⁴

La pasión y entrega de una vocación no requieren reconocimientos; sin embargo, es difícil asimilar que por la condición de mujer le sea negada la credibilidad a pesar de las competencias y trabajo desarrollado y peor aún, que el reconocimiento le sea arrebatado.

Marie Curie, primera mujer en recibir un Premio Nobel de Física y a quien le fue negada la entrada a la Academia de Ciencias de Francia por considerar que no era meritoria, pues al realizar las investigaciones con su esposo, era a él a quien le correspondía; lo paradójico fue también haber sido rechazada por segunda ocasión aun al obtener un segundo Premio Nobel ahora en química y después de haber fallecido su esposo en un dramático accidente, no dejando duda de que la verdadera autora intelectual era ella.⁵

Rosalind Franklin “la dama ausente”, científica inglesa que obtuvo los datos que permitieron definir la doble hélice del ADN, conocimiento premiado por el máximo galardón de las ciencias, el Premio Nobel otorgado a Watson y Crick al adjudicarse el descubrimiento, aunque a quien realmente le pertenecía era a ella. Ni siquiera el reconocimiento póstumo fue posible, ya que por desgracia murió cuatro años antes de reconocerse la importancia de su descubrimiento. “...En mi opinión, lo único que necesita la fe es el convencimiento de que esforzándonos en hacer lo mejor que podemos nos acercaremos al éxito, y que el éxito de nuestros propósitos, la mejora de la humanidad de hoy y del futuro merece la pena conseguirse”, le decía en una carta Rosalind a su padre, cuando ella era aún muy joven.⁶

A pesar del esfuerzo histórico, aún existen brechas importantes que habrán de ser resueltas desde ahora para llegar a un futuro mejor. En las áreas de mayor visibilidad hay datos que demuestran las condiciones actuales, de los 195 países independientes en el planeta sólo 19 son gobernados por mujeres (10%), 20% de los asientos parlamentarios a nivel global corresponde a mujeres y sólo el 21% de las empresas son lideradas por una mujer; no se supera el 30% en ningún ámbito de poder, el de mayor participación es en el legislativo con el 29%.⁷

LA MUJER Y LA CIRUGÍA

En 2016 sólo había 20 jefaturas de cirugía de mujeres en Estados Unidos. Las mujeres representaban 8% de los profesores, 13% de los profesores asociados, 26% de los profesores asistentes, en general 19.2% de los cirujanos son mujeres y en el Reino Unido tan sólo es el 11.1%.⁸

2017 fue un año muy importante para la mujer en cirugía, *#ilooklikesurgeon* ha sido un movimiento en Twitter que posteriormente generó la publicación en *The New Yorker*, el cual puso a la vista a la cirujana al ocurrir un hecho sin precedentes, 22 mujeres se convirtieron en jefes de cirugía en los Estados Unidos, y la mujer se introdujo en el liderazgo en el Colegio Americano de Cirujanos y el Consejo Americano de Cirugía.⁹

Pero este hecho inédito considerado de gran avance no descarta la brecha existente en cuestiones de género, en la actualidad las mujeres sólo ocupan el 10% de las jefaturas de cirugía, a pesar de que ahora hay más mujeres estudiando medicina en comparación con los hombres. El incremento ha sido considerable, y pese a ello, los varones superan significativamente a las mujeres en las especialidades, en particular en las quirúrgicas, además de persistir diferencia de salario y compensación.⁹

Ahora volvamos la mirada atrás, a lo largo de la historia es posible identificar a mujeres destacadas en el terreno quirúrgico, y aun cuando hay varias citas a lo largo de la obra, comentar sobre algunas de sus anécdotas enriquece el aspecto vivencial de personajes históricos.

El primer reporte de la mujer relacionada con la cirugía data de 3500 años antes de Cristo en Mesopotamia, en la tumba de la **reina Shubad de Ur** fueron encontrados instrumentos quirúrgicos de pedernal y bronce, según las citas, el propósito era que continuara con la práctica quirúrgica en la otra vida; en igual sentido se ha documentado la participación activa de la mujer en Egipto, Italia y Grecia. Un reflejo del pensamiento histórico de limitación e impedimento de varias épocas lo refleja una cita del rey Enrique VIII: “Ni carpintero, herrero, tejedor o la mujer practicarán la cirugía”.¹⁰

En los siglos recientes hay reportes de mujeres disfrazadas de hombres para practicar la cirugía, el caso más emblemático es el **Dr. James Barry**, un cirujano traumatólogo, educado en la Escuela de Medicina de Edimburgo, al concluir su formación se enlistó en el ejército como cirujano durante las guerras napoleónicas, en 1820 realizó la primera cesárea exitosa y no fue hasta su muerte que se descubrió que era mujer.⁸

Elizabeth Blackwell la primera médica en Estados Unidos, a pesar de haberse graduado con honores no pudo ingresar a una residencia en ningún lugar y terminó trabajando como enfermera en Francia; esto no limitó su desarrollo profesional y no fue hasta 40 años después de haberse graduado que se reconoció como la primera médica de su país. **Mary Edwards Walker** (1832- 1919) fue la segunda mujer en graduarse de doctora en medicina en Estados Unidos y es considerada como la primera mujer cirujana.

Emily Jennings Stowe fue la primera médica en Canadá egresada de la Universidad de Toronto, un decano le dijo: “las puertas no están abiertas para las mujeres, y confío en que nunca lo estarán”, como respuesta ella señaló: “haré este asunto como parte de mi vida, y lograré que las puertas de las escuelas de medicina se abran para las mujeres y tengan las mismas oportunidades que los hombres”. Logró avanzar y fue la primera mujer en ocupar el puesto más alto en la Escuela de Medicina de Canadá. **Jennie Smillie Robertson** la primera cirujana de Canadá; **Mary Edwards Walker** recibió una medalla del Congreso en honor a su trabajo como cirujano

en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos; **Jessie Gray** la primera cirujana general registrada en Canadá.¹⁰

En México en la Facultad de Medicina, fundada en 1578, entonces perteneciente a la Real y Pontificia Universidad de México, durante poco más de 250 años no se encontró ningún registro de alguna mujer inscrita como alumna; fue **Matilde Petra Montoya Lafragua** la primera mujer mexicana en alcanzar el grado académico de médico en 1887. Recibió su título de la Facultad de Medicina de México en 1887 y esto fue posible a través de una orden presidencial de Porfirio Díaz para que le permitieran presentar su examen profesional, después de haber solicitado a la Cámara de Diputados de actualizar los estatutos de la Escuela Nacional de Medicina para que pudieran graduarse mujeres médicas.¹¹

Para darnos una idea de lo difícil que fue para estas mujeres incursionar en el área de la medicina, en las dos últimas décadas del siglo XVIII los acérrimos partidarios de la marginación femenina expresaban públicamente sus opiniones, como el Dr. Francisco Flores y Troncoso (1852-1931), quien manifestó el decir y sentir que recogió del gremio médico de la época, en relación con la posibilidad de que las mujeres estudiaran y ejercieran la medicina: “La mujer que entre nosotros, quizá después de miles de reveses y decepciones, abrace esta carrera consagrándose a su sacerdocio, formará sin duda una rara excepción. **Ella podrá, no lo dudamos, llegar a ser una buena partera; quizá una buena médica, pero la cirugía...** la cirugía creemos que siempre será para ella el insondable abismo que la impedirá que siga adelante, y la terrible esfinge que le estará siempre recordando la memoria que erró su vocación. Creemos pues que **cambiar la ruca por el bisturí, la formación de la familia por la voluble clientela, y la vida tranquila de la casa por el bullicio del mundo será un fenómeno raro**, las afecciones innatas de nuestras damas atrayéndolas de una manera irresistible a la quietud y al recogimiento de sus hogares”*[sic]*.^{12,13}

No hay registros de la primera cirujana general en México; sin embargo, en el capítulo “La mujer en la Asociación Mexicana de Cirugía General” se hace referencia a las primeras mujeres que se asociaron, al igual que en el Consejo Mexicano de Cirugía General.

El Colegio Americano de Cirujanos admitió a la primera mujer **Florence Duckeringen** en 1913.¹⁰

En la época contemporánea, mientras que en la década de los 70 en Estados Unidos las mujeres representaban el 6% de los estudiantes de medicina, en las siguientes décadas el aumento ha sido considerable.

En México en los últimos 25 años la proporción de mujeres que ingresan a la carrera de medicina se ha incrementado drásticamente. En 1980 se contaba con 34.1% de alumnas y casi 66% de alumnos en la Facultad de Medicina de la UNAM para la carrera de médico cirujano; en 2003 se invirtieron las cifras, hubo un predominio de mujeres (64%) en contraste con los hombres, que representaban 36%.

El incremento de la matrícula de mujeres en la carrera de medicina en este recinto educativo fue constante por décadas y en 40 años ésta se duplicó como se puede observar en la *Figura 1*.¹⁴

Sin embargo, el número de mujeres que ingresan a especialidades quirúrgicas es aún muy bajo debido a múltiples factores. Existen ciertas dificultades que hacen declinar a las recién egresadas a elegir determinadas áreas, optando por especialidades clínicas o sólo algunas especialidades quirúrgicas como ginecología y obstetricia, en las que existe menos discriminación, el estrés y la demanda de tiempo no son tan exigentes y las posibilidades de crecimiento son mayores.

En 1986, las especialistas mujeres eran menos de 16%, y en 2011 alcanzaron un 34%, con la siguiente diferencial: patología (58%), pediatría (53%), ginecoobstetricia (49%)

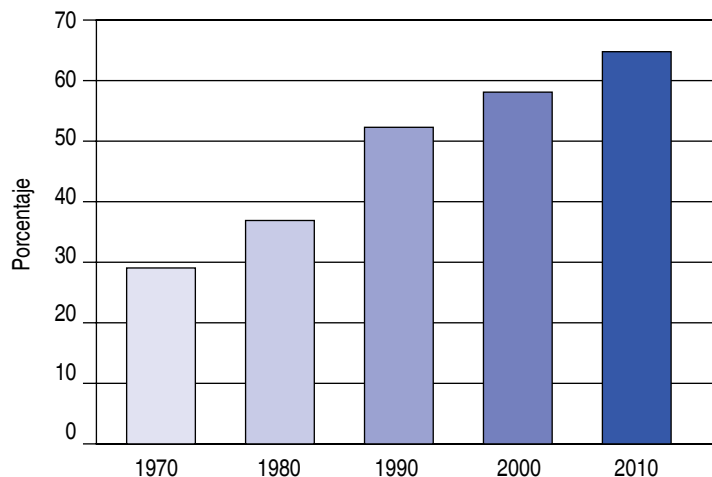


Figura 1.

Feminización de la medicina.

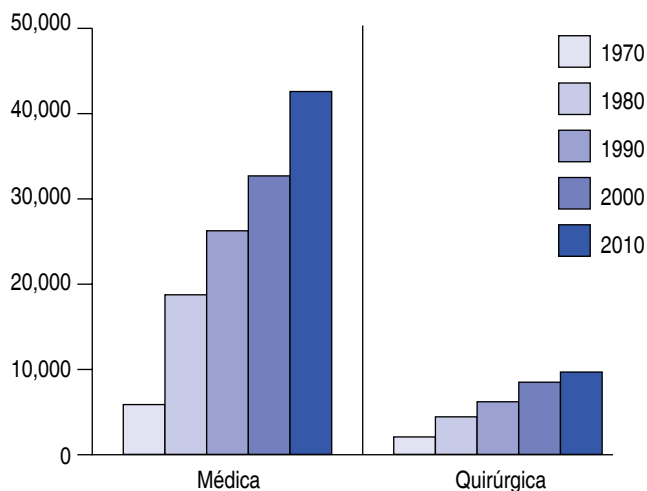


Figura 2.

Tendencia de las estudiantes de medicina a derivarse en especialidades médicas o quirúrgicas.

muy por debajo en cirugía ortopédica (6%), cirugía vascular (11%) y en cirugía cardiotorácica (12%).¹⁵

Es evidente que aún persiste una marcada disminución de la selección de las especialidades quirúrgicas (Figura 2).¹²

Al analizar las especialidades quirúrgicas, los datos muestran que a pesar de que la cirugía general tiene el mayor número de médicos, las mujeres sólo están representadas con 11.6%¹⁶ (Tabla 1).

En México se repite el patrón, también cirugía general es la especialidad con mayor número de médicos, y de igual manera la participación de la mujer es baja, menor de 10%¹² (Tabla 2).

Aun con una participación minoritaria, lo cierto es que el incremento es constante y permanente¹⁷ (Figura 3).

Con los datos antes mencionados, las especialidades con horarios de trabajo bien definidos, durante los cuales la posibilidad de urgencias es menor, parecen convencer más a las recién egresadas, lo que les permite alcanzar un equilibrio entre su vida personal y profesional. La dificultad de compaginar actividades personales y profesionales favoreció especialidades como psiquiatría y pediatría; las áreas de genética clínica, dermatología, y cuidados paliativos tienen mayor número de consultantes femeninos menores de 45 años de edad, en contraste con 25% de este mismo grupo en áreas como la cardiología, la gastroenterología y la medicina renal.

Hasta 10% de los consultantes en cirugía son mujeres. Por otro lado, la mayor parte de los médicos del sistema trabajan con un turno completo y sólo 15% con trabajo parcial.¹⁸

Tabla 1. Distribución de mujeres en las diferentes especialidades quirúrgicas.

Especialidad quirúrgica	Especialidad	Porcentaje mujeres
Cirugía plástica y reconstructiva	356	12.1
Cirugía general	1,423	11.6
Cardiorácica	160	5.6
Neurocirugía	201	10.6
Otorrinolaringología	398	9.0
Urología	332	6.9
Vascular	165	7.3
Ortopedia	1,116	3.0
Pediatría	85	20.0

Tabla 2. Número de mujeres por especialidad.

Especialidad	Núm. de mujeres	Núm. total por especialidad	Porcentaje de mujeres
Urología	295	10,168	2.9
Ortopedia	791	23,178	3.4
Cardiotórax	20	443	4.5
Neurocirugía	225	4,694	4.5
Coloproctología	66	1,049	6.3
Otorrinolaringología	769	9,255	8.3
Cirugía plástica	546	6,095	9.0
Cirugía general	3,833	40,448	9.5
Oftalmología	2,476	18,035	13.7
Ginecoobstetricia	12,885	39,512	32.6
Total	21,906	152,877	14.3

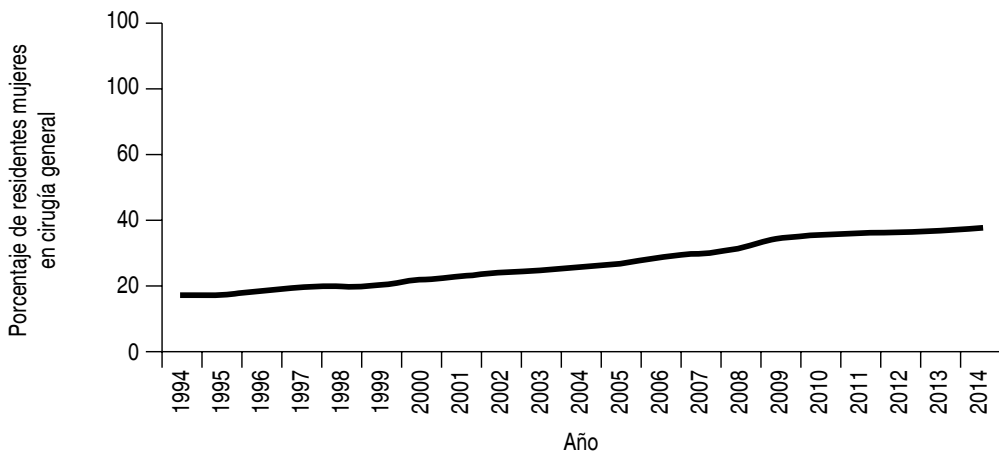


Figura 3. Incremento paulatino de las residentes mujeres de cirugía general.

En relación al ámbito académico, a pesar del aumento en el ingreso de mujeres en cirugía general y subespecialidades quirúrgicas, en campos tradicionalmente dominados por hombres sigue habiendo una gran subrepresentación de mujeres en los puestos de liderazgo, y aun cuando están igualmente calificadas, su progreso es mucho más lento. Una de las principales limitaciones es el fenómeno conocido como “techo de cristal”, los roles tradicionales de género, la posible discriminación y la falta de mentores efectivos y modelos de conducta para mujeres del mismo sexo hacen más largo el camino, y aunque el punto de partida puede ser el mismo, los factores antes mencionados producen un gran abismo hacia el liderazgo académico de la mujer como se muestra en la *Figura 4*.¹⁹

Uno de los factores de mayor impacto en la generación de mayor número de cirujanas con mejor posicionamiento es la falta de modelos a seguir, mentoras o líderes, lo que se puede lograr desde la academia; sin embargo, persiste el predominio masculino e indiscutiblemente existe una brecha muy amplia como se puede observar en la *Figura 5*.¹⁷ Durante la etapa de formación en la carrera de medicina pueden estar equiparados ambos géneros, incluso haber mayor número de mujeres, pero conforme hay mayor desarrollo académico, existe un rezago importante. De acuerdo con este estudio, se requerirán 126 años para alcanzar una igualdad total de presencia femenina; este dato deja claro en su justa dimensión las enormes áreas de oportunidad y el camino que hay que recorrer.

LA CIRUJANA EN SU CONTEXTO SOCIAL

¿Cuáles han sido los factores que han influido en la selección de la carrera quirúrgica o por el contrario la desalientan?, ¿cuáles son los desafíos a los que se tiene que enfrentar la cirujana?, ¿ha existido o existe discriminación?

Para la selección de una especialidad quirúrgica, en primer lugar está la atracción por el trabajo en sí mismo; en cambio se han identificado problemas que alejan a las mujeres de la formación quirúrgica como puede ser la falta de modelos de conducta a seguir y las percep-

ciones del estilo de vida, que no se consideran compatibles con la carga desproporcionada que las mujeres tienen ante las responsabilidades de cuidado en su rol social.⁸ Los temas que invARIABLEMENTE hay que poner en la mesa son discriminación, embarazo y maternidad, aspectos salariales y las labores de cuidado.

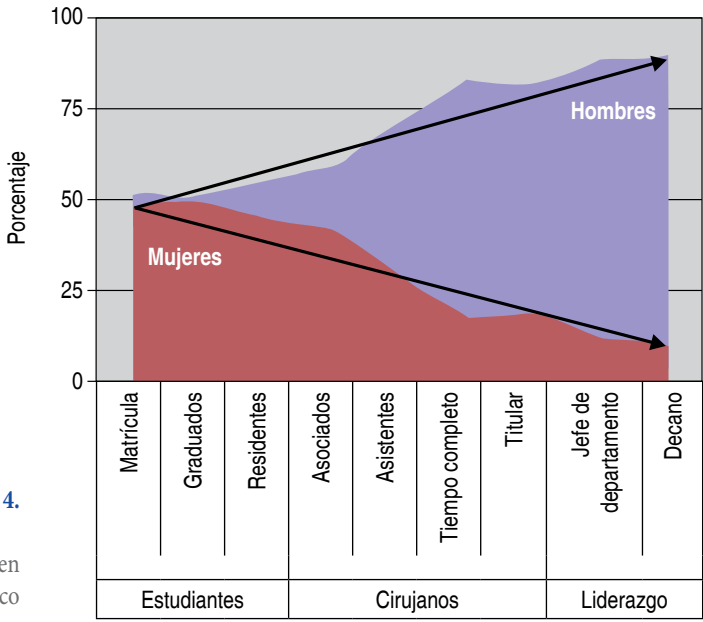


Figura 4.

Representación de la mujer en el crecimiento académico

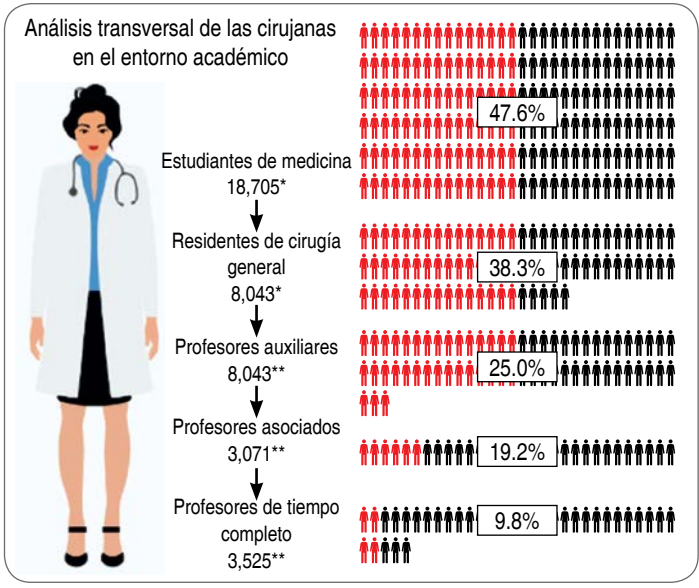


Figura 5.

Análisis transversal de la mujer cirujana en las posiciones académicas. * Número actualizado a partir de 2014, **Número actualizado a partir de 2015.

La discriminación ha sido un factor reiterado, son numerosas las publicaciones que la documentan y aunque ha significado un factor importante, no ha sido decisivo como se demuestra a lo largo de esta obra, sólo por comentar algunos resultados.

En un estudio se reportó que las mujeres eran más propensas a percibir discriminación sexual (46.7 vs 20.4%, $p = 0.002$) más frecuentemente procedente de médicos varones (33.3%), o de residentes (31.1%). Las mujeres no consideraron como un motivo de disuasión la falta de reconocimiento en comparación con sus compañeros (4.4 vs 21.6%) o la carga de trabajo (28.9 vs 49%), tampoco por problemas familiares (47.8 vs 66.7%), por el contrario sí las desanimaba la percepción de la “personalidad quirúrgica” (40.0 vs 21.6%, $p = 0.03$) o la del “Club de Tobi” (22.2 vs 3.9%, $p = 0.002$).²⁰

En otro estudio realizado a 334 miembros de la Asociación de Mujeres Cirujanas, un 87% experimentó discriminación de género en las escuelas de medicina, 89% en la residencia y 91% en la práctica; esta situación era mayor proveniente de los pares, del personal clínico de soporte e incluso de los pacientes.

A esto hay que agregar que existen salarios más bajos, menos oportunidades de progreso profesional, diferentes patrones de referencia de otros médicos, menos apoyo personal o tutorial, falta de cirujanas mentoras como modelos a seguir, menos respeto, sesgo contra embarazo y responsabilidades familiares.¹⁶

Los estudios sugieren que existe una brecha salarial, perciben un 27% menos que sus homólogos masculinos, y tienen menos posibilidades de ser promovidas. En Australia, el ingreso en promedio es menor en un 33.6% y en algunas especialidades quirúrgicas puede ser hasta de 60%.²¹

Entonces, tanto hombres como mujeres pueden ser disuadidos de manera sustantiva al escoger una carrera quirúrgica por el estilo de vida, más de tres cuartas partes de los estudiantes exponen este motivo y en segundo lugar por preocupaciones familiares. En cuanto al logro de recompensas, las mujeres se preocupan cinco veces menos en comparación con los varones.²⁰

Es más fácil promover el desánimo ante una carrera quirúrgica por parte de sus pares, parejas y familiares por una carrera que se percibe como imposible de equilibrar al formar una familia y tener hijos, pues es bien sabido que los programas de entrenamiento quirúrgico se consideran exigentes y competitivos, sobre todo para las mujeres que carecen de redes de apoyo profesional familiar, además de luchar con las precepciones de género y la barrera de señalar lo que pueden y no pueden hacer, esto a pesar de que está demostrado que el desempeño es igual que el masculino en el conocimiento médico, habilidades de comunicación, profesionalismo, habilidades técnicas, aprendizaje basado en la práctica y juicio clínico.¹⁶

La mayoría de las razones que alejan a la mujer de la cirugía provienen de percepciones sociales más amplias sobre las habilidades de las mujeres y los estereotipos de género en torno a lo que son y no son, opciones apropiadas de carrera y vida para las mujeres, en particular la maternidad es vista por muchos como un obstáculo para el entrenamiento quirúrgico, ya que los años que corresponden al entrenamiento quirúrgico más intensivo coinciden con la edad para la maternidad (28-35 años).

En un estudio que incluyó 347 cirujanas de edad media 30.5 años, con 452 embarazos, 297 (85.6%) trabajaron sin modificación de horario hasta el nacimiento, aunque a 220 (63.6%) les preocupaba que el horario de trabajo pudiera afectar su salud o la del hijo por nacer.

La política de permisos de la Junta Americana de Cirugía fue citada como una barrera importante para la duración deseada de los permisos por 268 de las 326 encuestadas

(82.2%). La lactancia materna fue importante para 329 (95.6%), pero 200 (58.1%) limitaron el tiempo antes de lo que deseaban debido al acceso deficiente a las instalaciones de lactancia y los desafíos para que en la sala de operaciones se extraiga leche. Sesenta y cuatro mujeres (18.4%) tenían apoyo institucional para el cuidado de sus hijos, y 231 (66.8%) informaron su deseo de una mayor tutoría para integrar una carrera quirúrgica con la maternidad y el embarazo. Un total de 135 (39.0%) consideraron firmemente dejar la residencia quirúrgica y 102 (29.5%) desalentaron a las estudiantes de medicina de la carrera quirúrgica, específicamente debido a las dificultades de equilibrar el embarazo y la maternidad con el entrenamiento.

Es un desafío tener hijos durante la residencia quirúrgica, ya que puede tener importantes implicaciones en la fuerza laboral. Se requiere una comprensión más profunda para evitar el desgaste y al mismo tiempo seguir reclutando estudiantes talentosas. Esta encuesta analizó estos problemas para ayudar a diseñar intervenciones y poder apoyar a las residentes en edad fértil.²²

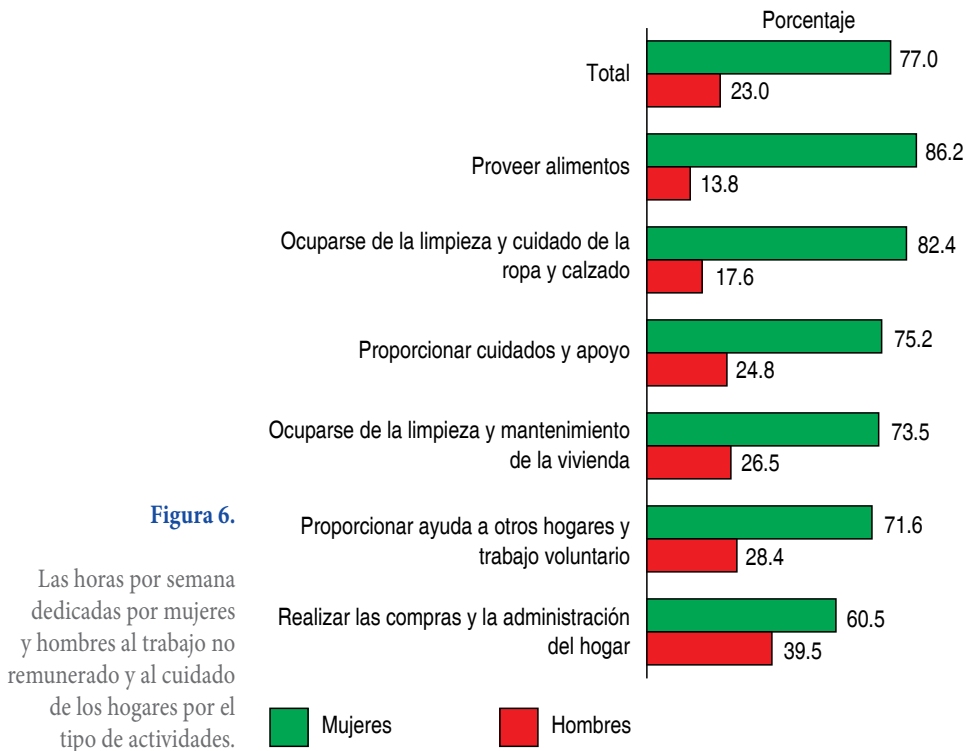
Por otro lado, se cita como una de las principales causas de deserción, y la falta de flexibilidad de los modelos de roles; las mujeres están sujetas a un estándar superior oculto para ingresar y prosperar en el campo quirúrgico, pese a que los pacientes tratados por cirujanas tienen una menor, pero estadísticamente significativa, reducción de la mortalidad a 30 días, días de estancia, complicaciones y readmisiones.²³

Por otro lado, el sexo del cirujano, más que su desempeño, influyó enormemente respecto a los médicos de referencia, de tal manera que juzgaron a las cirujanas que tuvieron malos resultados en los pacientes con mayor dureza que los cirujanos varones, y este juicio fue determinante para enviar o no a sus pacientes. Redujeron en un 54% su envío cuando un paciente moría en manos de una cirujana, en cambio cuando se trataba de un cirujano varón, en la referencia sólo hubo una pequeña disminución.

Esto se traduce en una percepción de incompetencia y desconfianza de las habilidades del cirujano femenino. Por tanto, se esperaría que las cirujanas se desempeñen en niveles más altos que sus homólogos masculinos debido a la mayor cantidad de obstáculos y estándares desiguales aparentemente ocultos.²¹

Tabla 3. Situaciones que propician que la mujer abandone la práctica médica.

Condición	Número	%
Hijos y obligaciones del hogar	171	35.5
Dominio del hombre sobre su medio ambiente	73	15.1
Maltrato de sus mentores y de los residentes	49	10.1
Desigualdad en el pago y en las responsabilidades	35	7.2
Ser mujer –sentimientos no favorables–, falta de asertividad, etcétera	34	7.0
Falta de reconocimiento de las habilidades	63	13.0
Sin comentario	56	11.6



En una encuesta aplicada a 481 cirujanas los siguientes puntos representaron las principales causas del abandono de la práctica médica¹⁴ (Tabla 3).

La discriminación, la dificultad de empatar una vida familiar por el embarazo y la maternidad son factores importantes, estos últimos relacionados con uno de los roles asignados por la sociedad: la mujer es la cuidadora por excelencia, la cirujana no se excluye de esta situación, pero si esto se ha percibido de tiempo atrás, ahora se estudia con mayor detalle el trabajo de las mujeres tanto en el ámbito laboral como el que realiza en el hogar, vinculado con la atención y cuidado de los miembros de la familia. Esto va más allá y refleja un espacio para el desarrollo económico de los países y el bienestar de sus poblaciones.

En los últimos años se ha acuñado el término “economía del cuidado” para referirse específicamente a este espacio de actividades, bienes y servicios necesarios para la reproducción cotidiana de las personas.

La economía del cuidado se señala como el trabajo no remunerado que se realiza en el hogar y se relaciona con el mantenimiento de la vivienda, los **cuidados** a otras personas del hogar o la comunidad y sirve de sustento indispensable al mantenimiento de la fuerza de trabajo remunerado. Ahora es posible tener estimaciones del costo del trabajo que no recibe paga, pero que sí representa una fuente importante del desarrollo económico de las comunidades y países. Es indiscutible que la mujer tiene mayor participación que el hombre (77 vs 23%)²⁴ (Figura 6).

Esta situación deja en claro la inversión de tiempo por parte de la mujer en el cuidado que, por menor que sea, definitivamente limita sus actividades profesionales.

De acuerdo con las cifras de la Cuenta Satélite del Sector Salud en México 2016, las mujeres aportan un 70.5% del valor económico equivalente del trabajo no remunerado del cuidado de la salud que es de 288.4 millones, siendo las principales encargadas del cuidado de los integrantes del propio hogar (52.1%), así del apoyo en los cuidados de salud de integrantes de otros hogares (18.2%), independientemente del grado de enfermedad o discapacidad que presentan las personas a las que atiende.²⁵

El objetivo de las políticas públicas no tiene por qué ser la igualdad total del reparto de las tareas en el hogar, sino que deben asegurar la igualdad de oportunidades a la hora de hacer el reparto.

Otro problema hasta la fecha presente en el crecimiento profesional de la mujer es el “techo de cristal”, en los estudios de género, esto se refiere a la limitación velada del ascenso laboral de las mujeres al interior de las organizaciones. Se trata de un techo que limita sus carreras profesionales, difícil de traspasar y que les impide seguir avanzando. Es invisible porque no existen leyes o dispositivos sociales establecidos y oficiales que impongan una limitación explícita en la carrera laboral a las mujeres.

Cada vez es más posible romper el techo de cristal debido a un proceso natural en relación a los méritos de ambos sexos.

Mientras la representación de la mujer en la fuerza de trabajo en los hospitales era menos de 12.5% que la de los jefes de servicio, en los hospitales de más de 1,000 empleados y en las escuelas 28% corresponde a mujeres y 33% de los jefes estatales o federales de las oficinas en salud son mujeres.²⁶

Finalmente, vale la pena comentar otra condicionante que no puede soslayarse, la solidaridad de género, en este caso el femenino. La **sororidad**, este término se refiere a la hermandad entre mujeres con respecto a las cuestiones sociales de género, derivado del latín *soror* que significa hermana.

En diciembre de 2018 la Real Academia Española decidió incorporar en su diccionario digital casi 750 términos, entre ellos, sororidad: agrupación que se forma por la amistad y reciprocidad entre mujeres que comparten el mismo ideal y trabajan por alcanzar un mismo objetivo.

Para cerrar el círculo de crecimiento profesional femenino en todos los ámbitos es imprescindible reforzar la **sororidad** entre mujeres para propiciar la confianza y el apoyo mutuo, juntar y formar alianzas para cambiar las reglas de juego que afectan y por el contrario, favorecer el crecimiento tanto individual como de grupo, más que competir, sumar esfuerzos; crear una red solidaria, buscar puntos de encuentro, mirar hacia adelante, con el propósito de establecer pacto de mujeres, más allá de ideologías, un acuerdo de soporte y alianza colectiva, el éxito de una lo celebramos todas. Es una puerta que se abre para las demás, una mujer empoderada empodera a otras mujeres. Juntas somos más potentes, separadas nuestras voces no se escuchan.

A Madeleine Albrit nació en Praga, Checoslovaquia en 1937, fue una política estadounidense, la primera mujer en convertirse en secretaria de Estado y después embajadora de las Naciones Unidas, a ella se le atribuye la frase, “**Habrá un lugar en el infierno para aquellas mujeres que no ayuden a otras mujeres**”, seguramente sus vivencias fueron impactantes para ser tan radical en su postura. ¿Será esta una situación excepcional?⁹

¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Utilizando el método deductivo partiremos de la generalidad a la particularidad.

Mejorar las condiciones y estereotipos sociales. En México los cambios socioeconómicos de las últimas décadas han tenido una expresión específica en el sector femenino. Las políticas sociales y estrategias de desarrollo económico consideran a las mujeres, reconocen sus derechos, así como su legítima intervención en la familia y en la sociedad. En este sentido se puede apreciar una participación importante de las mujeres en las carreras universitarias, situación que refleja un cambio en este campo, al igual que en su motivación e intereses, escenario que a su vez favorece la elevación de su nivel de preparación, además de su presencia en los espacios laborales.

Fortalecimiento de políticas públicas. Existe un fuerte argumento a favor de un cambio sustancial en las políticas públicas a nivel individual, organizacional y gubernamental para reducir la discriminación y los estereotipos de género en la cirugía.²⁷

Cambios organizacionales. Al igual que todos los problemas sociales, cualquier cambio requiere comenzar por el nivel individual, pero las organizaciones tienen un papel capital para modificar el *status quo* y lograr modificaciones que generen resultados de impacto.

Reducir barreras en cirugía. Aun cuando se ha avanzado en gran medida en este aspecto, aún hay mucho por trabajar, como se podrá identificar a lo largo de la obra.

Fortalecer el liderazgo femenino. Aumentar el número de mujeres en puestos de liderazgo sigue siendo una oportunidad para mejorar, aunque ha habido un progreso en este tema, vale la pena apuntalar el reclutamiento de talentos, su tutoría y patrocinio por parte de las agrupaciones médicas.

Consolidar la complementariedad. Es cierto que a través de la historia la mujer ha tenido un camino azaroso, y que socialmente se le han asignado diferentes roles, los que ocupan su espacio y su tiempo, pero también lo es que su genuina aspiración y su determinación han hecho posible que se desarrolle en terrenos que no le eran permitidos. Sin embargo, sus logros tendrán el valor que se busca al compartir y complementar su actividad con su par: el cirujano.

Desde nuestro pequeño espacio es posible lograr el cambio y transformar no sólo las condiciones actuales, sino alcanzar un liderazgo de mayor presencia, condición *sine qua non* para crecer a favor de las nuevas generaciones.

Hay mucho por investigar, mucho por trabajar y más por cambiar...

*Un ser que aún no acaba de ser...
No la remota rosa angelical que los poetas cantaron
No la que vive porque la dejen vivir
No la que debe decir siempre sí
Un ser que trata de saber quién es
Y que empieza a existir.
Alaide Foppa*

REFERENCIAS

1. Instituto de las mujeres de la Ciudad de México. La participación política de las Mujeres. [Consulta 5 de mayo 2019] Disponible en: https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Publicaciones/02_Ficha_Tema_Politica.pdf.
2. Senado de la República. LXII-LXIII Legislaturas. [Consulta 4 03 2019] http://www.senado.gob.mx/hoy/elvia_carrillo/biografia.php.
3. ONU Mujeres 2015. La Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing cumple 20 años. [Consulta 70 junio 2019] Disponible en: http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/sg%20report_synthesis-sp-fin.pdf?la=es&vs=3454.
4. ONU MUJERES (2015). ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. [Consulta 3 mayo 2019] Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-5-gender-equality>.
5. León Carmona M. Marie Curie. Mujeres en la Historia. Edimat Libros. España 2005.
6. Vicente La dama ausente: Rosalind Franklin y la doble hélice. [Consulta 5 abril 2019] Disponible en: http://www.xtal.iqfr.csic.es/Cristalografia/archivos_10/la-dama-ausente-rosalind-franklin.pdf.
7. OMS Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2019/03/de-193-paises-solo-10-estan-gobernados-por-mujeres/>.
8. De Costa J, Chen-Xu J, Bentounsi Z, Vervoort D. Women in surgery: challenges and opportunities. *International Journal of Surgery Global*. 2018; 1: e02.
9. Frangou C. Surgeons (women and men) say it's time to close surgery's gender gap. Available in: <https://www.generalsurgerynews.com/In-the-News/Article/02-18/Surgeons-Women-and-Men-Say-It-s-Time-to-Close-Surgery-s-Gender->.
10. Wirtzfeld DA. The history of women in surgery. *Can J Surg*. 2009; 52: 317-320.
11. Matilde Petra Montoya, primera médica del país. *Gaceta UNAM Digital*. [Consulta 25 de mayo 2019] Disponible en: <http://www.gaceta.unam.mx/matilde-montoya-primera-medica-del-pais/>.
12. Enríquez VM. Tendencia de género en el ejercicio de las especialidades quirúrgicas. La mujer en el ejercicio de la medicina. Colección Medicina de Excelencia. Editorial Alfil 2013.
13. Cordero GE. Médicos mexicanos Francisco de Asís Flores y Troncoso: notas sobre su vida y obra. *Bol Mex His Fil Med*. 2004; 7: 31-34.
14. Gracida JMC. La mujer y la cirugía. La mujer en el ejercicio de la medicina. Colección Medicina de Excelencia. Editorial Alfil, 2013.
15. Female doctors in Australia are hitting glass ceilings-why? EST. Available in: <https://theconversation.com/female-doctors-in-australia-are-hitting-glass-ceilings-why-51325>.
16. Seebacher N. Gender equity in medical specialties: Level Medicine Inc. Summer Research Fellowship Report, 2016. Available in: <http://levelmedicine.org.au/resources/completed-fellowship-papers/gender-equity-in-medicalspecialties>.
17. Abelson JS, Chartrand G, Moo TA, Moore M, Yeo H. The climb to break the glass ceiling in surgery: trends in woman progressing from medical school to surgical training and academic leadership from 1994 to 2016. *Am J Surg*. 2016; 212: 566-572.
18. Arellano M MI. La medicina mexicana. Una visión a futuro para la mujer. La mujer en el ejercicio de la medicina. Colección Medicina de Excelencia. Editorial Alfil 2013.
19. Zhuge Y, Kaufman J, Simeone DM, Chen H, Velazquez OC. Is there still a glass ceiling for woman in academic surgery? *Ann Surg*. 2011; 253: 637-643.
20. Gargiulo DA, Hyman NH, Hebert JC. Women in surgery do we really understand the deterrents? *Arch Surg*. 2006; 141: 405-408.
21. Belluz J. Women surgeons are punished more than men for the exact same mistakes, study finds. *Vox*, November 2017. Available at: www.vox.com/science-and-health/2017/11/23/16686532/surgeon-mistakes-gender-wage-gap. Accessed April 25, 2018.

22. Rangel EL, Smink DS, Castillo-Angeles M, Kwakye G, Changala M, Haider AH, et al. Pregnancy and motherhood during surgical training. *JAMA Surg.* 2018; 153: 644-652.
23. Wallis C, Ravi B, Coburn Nataly, et al. Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population based marched cohort study *BMJ.* 2017; 359: j4366. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4366>.
24. INEGI Mujeres y Hombres en México 2018.
25. Cuenta Satélite del Sector Salud 2016 [Consulta 30 marzo 2019] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/StmaCntaNal/csssm2018_03.pdf.
26. Jena AB, Olenski AR, Blumenthal DM. Sex differences in physician salary in us public medical schools. *JAMA Intern Med.* 2016; 176: 1294-1304.
27. Pories SE, Geenberg CC, Babu MA, Parangi S. Leadership in American surgery: women are rising to the top. *Ann Surg.* 2019; 269: 199-205. doi: 10.1097/SLA.02978.



Las mujeres en la ciencia y la docencia

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

*En la ciencia, como en el amor, los hombres
y las mujeres nos complementamos.*

El papel de las mujeres en la ciencia y la docencia se remonta a la prehistoria. Desde el principio, la mujer primitiva participó en la ciencia y en la transmisión del conocimiento. Fueron recolectoras, botánicas, agricultoras y acumularon conocimientos sobre plantas comestibles y medicinales. Colaboraron en reconocer las fases de la luna o la ascensión de las estrellas y lo relacionaron con las estaciones y la disponibilidad de determinados alimentos. Diseñaron y fabricaron utensilios e instrumentos para recolectar, preparar y conservar la comida como matraces, morteros y molinos que siguen utilizándose hasta la fecha.¹

Sin embargo, el reconocimiento de la participación de la mujer como agente activo en la producción de conocimiento científico se ha visto ignorado, minimizado e incluso despojado por el sexo opuesto. Muchos son los ejemplos de destacadas mujeres que aportaron grandes conocimientos a lo largo de la historia, pero que no fueron aceptados ni reconocidos. Por citar algunas de ellas: Hipatia desarrolló importantes trabajos de álgebra, geometría, matemática y astronomía en el siglo IV; Ana Comnena, erudita bizantina, aportó conocimiento a las matemáticas, astronomía y medicina; Trótula, en la Europa medieval, destacó por su competencia en la medicina y la cirugía. Sobresalir en las ciencias para ellas no fue fácil. La primera murió quemada, acusada de herejía, y la última tuvo que hacerse pasar por varón. Los trabajos de Francisca de Nebrija y Caroline Herschel, por otro lado, fueron usurpados por su padre y hermano, respectivamente, y más recientemente, Jocelyn Bell, primera persona en descubrir un púlsar, tuvo que ver galardonado a su tutor de doctorado con el premio Nobel de Física en 1974.²

Lo cierto es que la sociedad predominantemente machista evitó el progreso académico de la mujer por muchos siglos. Se consideró que el cerebro de las mujeres no era apto para aprender, mucho menos para crear. El rol de las mujeres se limitaba a tareas sencillas, a actividades recreativas, a procrear, al cuidado de los hijos y, en todo caso, a transmitir algunos conocimientos a las nuevas generaciones. Se consideraba también que estudiar causaba problemas de salud y corrían el riesgo de “masculinizarse”, perdiendo sus encantos femeninos. La extrema sensibilidad femenina, que las hacía ser poco objetivas, y la falta de determinación para superar obstáculos, característica propia de la mente masculina, fueron también argumentos para mantener a las mujeres alejadas de los espacios y oportunidades académicas.³ La realidad es que saber las hacía independientes y poderosas, y eso no convenía a los modelos de organización de la sociedad medieval.

Fue hasta la primera mitad del siglo XVII que se autorizó a las mujeres el acceso a la educación elemental, pero aún se les consideraba incapaces de razonar y pensar con juicios propios; el acceso a universidades ocurrió hasta la segunda mitad del siglo XIX,⁴ pero eso no les dio acceso a las sociedades científicas ni a ocupar puestos docentes o de liderazgo en dichas instituciones. Las primeras médicas fueron Anandibai Joshi, Keiko Okami y Sabat Islambouli, quienes se graduaron en 1885 del *Women's Medical College* de Pensilvania, uno de los pocos lugares en el mundo donde las mujeres podían estudiar medicina en aquella época.⁵ En México, Matilde Petra Montoya Lafragua tuvo que recibir la ayuda del presidente Porfirio Díaz para poder cursar las materias y presentar el examen profesional de egreso de la Escuela Nacional de Medicina en 1887, ya que el reglamento interno contemplaba “alumnos” y no “alumnas”.⁶

El avance de las mujeres en la ciencia ha sido lento y tortuoso. La primera manifestación por los derechos de la mujer ocurrió en 1908,⁷ pero fue hasta 1960 que comenzaron a darse los primeros movimientos de carácter civil en defensa de la mujer en Estados Unidos. Sin embargo, el reconocimiento a su trabajo no ha mejorado sustancialmente. Un claro ejemplo es el hecho de que, desde su inicio, sólo el 5% de todos los ganadores del premio Nobel y 5% de los galardonados en el área de la fisiología y medicina han sido mujeres. Lamentablemente, algunos de los premios se han otorgado a varones en lugar de a sus verdaderas autoras intelectuales como en el caso de Lise Meitner, líder del descubrimiento de la fisión nuclear, otorgándole el premio Nobel a su compañero Otto Hahn en 1944, o Rosalind Elsie Franklin, quien descubrió las bases de la estructura y funcionamiento del ADN como elemento central de la herencia humana, y cuyos datos fueron usados por Watson y Crick sin su conocimiento, lo que les hizo merecer el premio Nobel, sin ningún reconocimiento a ella.

A partir de 1980, cobró mayor importancia la discusión de perspectiva de género en la ciencia, pero aún en nuestras fechas, medio siglo después, continúa la subrepresentación de las mujeres en los ámbitos académicos universitarios y en los grupos de investigación en todo el mundo. Persiste el pensamiento de las diferencias en capacidad de acuerdo al sexo: los hombres, con características de virilidad, racionalidad, dominación, inteligencia, frialdad y objetividad tienen más habilidad para las ciencias duras, mientras que las mujeres, consideradas irracionales, pasivas, dependientes, tiernas, emotivas y subjetivas, tienen más habilidades para las ciencias blandas.⁴

Estudios de neurociencias publicados en *Journal of Neuroscience Research* en 2017 (volumen 95, números 1-2: *An Issue Whose Time Has Come: Sex/Gender Influences on Nervous System Function*) demuestran que efectivamente existen diferencias anatómicas, funcionales y de comportamiento del cerebro masculino y femenino (*Tabla 1*), pero **no se ha podido documentar que uno sea superior al otro**.⁸ Más aún, ahora se sabe que sólo el 2% de los cerebros humanos son totalmente masculinos o totalmente femeninos, y que la mayoría tenemos un mosaico diverso y único de regiones de masculinidad y de femineidad.⁹ Además, múltiples factores socioculturales influyen en los procesos mentales, por lo que, después de muchos siglos, apenas estamos entrando en una nueva era para entender y valorar la diversidad del comportamiento y funciones cerebrales relacionadas con el género.

Lo cierto es que hombres y mujeres vemos el mundo desde diferentes perspectivas y tenemos intereses diferentes, y esto necesariamente enriquece la ciencia.

Tabla 1. Algunas diferencias entre el cerebro masculino y femenino.

Masculino	Femenino
El cerebro de los hombres es más grande que el de las mujeres	El hipocampo de las mujeres es más grande y funciona de forma diferente (sistema crítico para el conocimiento y aprendizaje)
La amígdala de los hombres, (sistema relacionado con las emociones) es más grande y funciona diferente	Las mujeres retienen de forma más intensa y en mayor cantidad las memorias relacionadas con las emociones
Mayor capacidad de procesamiento de ideas en la memoria	Mayor actividad de interconexión entre los hemisferios derecho e izquierdo en las mujeres: el cuerpo calloso es más denso y su cerebro es más simétrico
Mayores habilidades visoespaciales	Mayor habilidad verbal, excepto en analogías verbales
Mayor habilidad para visualizar lo que sucede cuando se rota una figura tridimensional en el espacio	Mayores habilidades de comprensión de lectura y escritura
Mayor habilidad para detectar objetos en movimiento y para “dar en el blanco” a un objetivo	Mayor coordinación de movimiento finos
	Mayor percepción de la velocidad
	Mayor capacidad de memoria a largo plazo

En los últimos años, diversos grupos y organizaciones han levantado la voz para llamar la atención sobre el valor de permitir el crecimiento de las mujeres en las ciencias. En el año 1971, se fundó la *Association for Women in Science* en Estados Unidos y en 1980 comenzaron diversas iniciativas en la Unión Europea. A partir de ello, se creó el Grupo Helsinki, cuya función principal era examinar la situación de las mujeres científicas en 30 países europeos. Los resultados se publicaron en el año 2000 (*Informe European Technology Assessment Network on Women and Science*), reportando una subrepresentación de mujeres en puestos clave en los 30 países, haciendo patente el efecto tijera (aunque el número de mujeres que comienzan y terminan estudios superiores es mayor que el de hombres, la relación se invierte al llegar a puestos de investigadores y profesores).¹⁰ Fue hasta 2015 que la Organización de las Naciones Unidas declaró el 11 de febrero como el Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia.

Cifras recientes de la UNESCO reportan que sólo 32% de la investigación en Europa es realizada por mujeres,¹¹ y esta cifra baja a 18.9% en Asia. La mayor representación está en América Latina y el Caribe y la región de Oceanía (44 y 39.2%, respectivamente).¹² Se ha encontrado que a pesar de que las mujeres publican menos artículos científicos como primer autor o autor correspondiente, no hay diferencia en el número de citas o de lectores de sus documentos. Sin embargo, las mujeres tienen menor participación en colaboraciones internacionales o con instancias académicas o el sector privado.^{13,14}

También se han demostrado importantes diferencias en las oportunidades laborales^{15,16} académicas¹⁷ y en la obtención de financiamientos^{18,19} para mujeres con igual o mayor capacitación que sus pares hombres, y la persistencia de conductas discriminatorias, de segregación, de microagresión, de acoso sexual o laboral en contra de las mujeres.^{14,20,21} Las oportunidades de movilidad internacional también son mayores para los hombres, y por si esto no fuera suficiente, las mujeres ganan menos que los hombres en puestos de trabajo iguales.^{14,22}

Las mujeres, además, están subrepresentadas en puestos de liderazgo académico y en centros de investigación, por lo que la agenda de temas de interés se guía aún por perspectivas masculinas. Asimismo, se requiere mayor participación de mujeres en comités de evaluación, metodológica y de financiamiento de proyectos de investigación como editoras de revistas científicas, como revisoras pares de manuscritos científicos y como oradoras en eventos científicos.²³

Finalmente, también existen diferencias a favor del sexo masculino como sujeto de estudio en protocolos de investigación, lo que limita el conocimiento de la predisposición, la fisiopatología de las enfermedades y la respuesta a tratamientos dependientes del sexo, entre otros.²⁴

La organización social actual perpetúa estas condiciones desfavorables para las mujeres científicas, quienes deben combinar su rol de esposa y madre con su carrera académica (tareas “propias del género”), con poco o nulo apoyo de sus parejas y de las instituciones donde laboran. Este doble rol influye en su disponibilidad de tiempo, prioridades, posibilidad de movilidad y de independencia. Estadísticas actuales demuestran que mujeres con postdoctorados que tienen hijos abandonan sus carreras hasta dos veces más frecuentemente que hombres en circunstancias similares y que las mujeres científicas tienen en promedio menos hijos que sus contrapartes masculinas, manifestando tener menos hijos de los que hubieran deseado.^{25,26}

Otro factor social que influye negativamente son los estereotipos sociales desde etapas muy tempranas de la vida: “los doctores son hombres y las enfermeras mujeres”.²⁷ Por un lado, en la elección de carrera, limitando el ingreso de mujeres en áreas científicas (STEM-*Science, Technology, Engineering, and Mathematics*), y por otro, la necesidad de demostrar su valía “contra corriente” en campos tradicionalmente masculinos.

Estas “sutiles” (y a veces no tan sutiles) desventajas pueden tener un impacto acumulativo enorme en las carreras de las mujeres, y no manda un mensaje optimista a generaciones de niñas interesadas en las ciencias. Todo lo anterior obliga a muchas científicas a emigrar a países con mejores condiciones de desarrollo.²⁸

El análisis sobre el papel de la mujer mexicana en la ciencia en la actualidad demuestra que, en general, existe equidad en oportunidades. Sin embargo, aún tenemos algunas áreas de oportunidad.

Las mujeres representan menos de una tercera parte de los miembros de asociaciones de prestigio como el Sistema Nacional de Investigadores de CONACYT (con diferencias disciplinares muy importantes),²⁹ el Colegio Nacional, la Academia Mexicana de Ciencias, la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Pediatría y la Academia Mexicana de Cirugía (*Figura 1*).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social existe equidad en el porcentaje de alumnos de maestría y doctorado, de tutores académicos de maestría y doctorado y en el número de investigadores calificados. Cabe destacar, sin embargo, que se observa un desequilibrio en contra de las mujeres en categorías de candidato, y titular C o mayor (*Figura 2*).

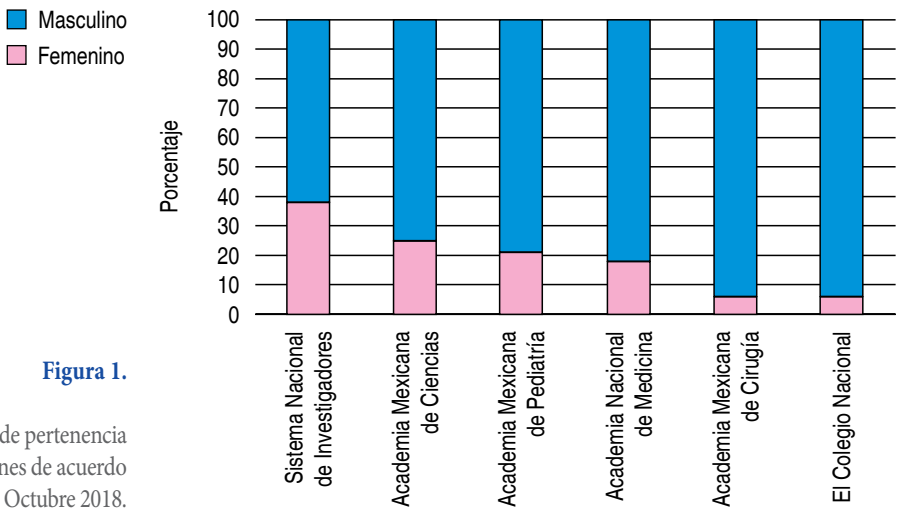


Figura 1.

Porcentaje de pertenencia a asociaciones de acuerdo al sexo. Octubre 2018.

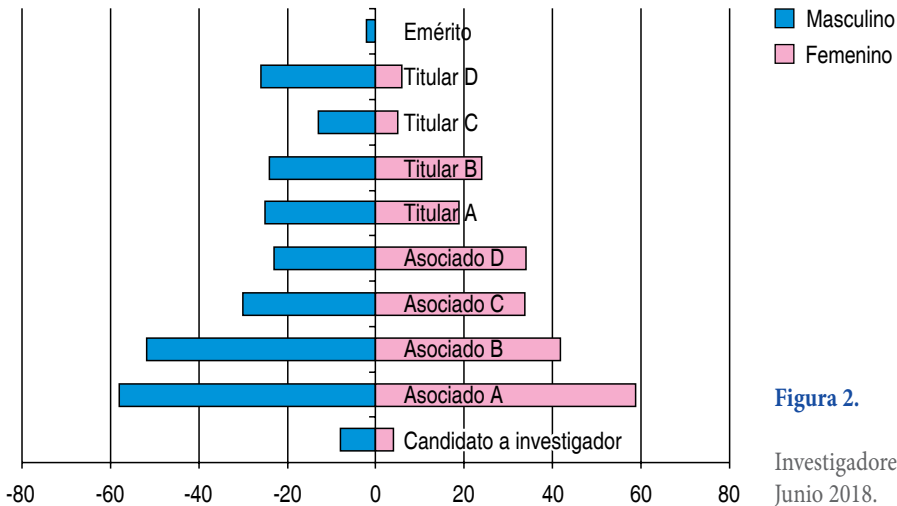


Figura 2.

Investigadores IMSS. Junio 2018.

En lo que respecta a los procesos de investigación, existe igualdad en el número de financiamientos obtenidos, el número de protocolos de investigación registrados en el Comité Nacional de Investigación Científica y las patentes registradas. El número de publicaciones científicas totales y en cuartiles 1 y 2, así como los reconocimientos a la productividad científica son ligeramente mayores para el sexo masculino.

En puestos directivos en investigación no hay diferencias por sexo en el número de coordinadores auxiliares médicos en investigación en delegaciones (CAMI) ni en los jefes de división de investigación en UMAE (JDI). Sin embargo, en los puestos de director de educación e investigación en salud en UMAE y en director del centro o unidad de investigación la proporción es

mucho mayor para los hombres. Por último, existe un equilibrio en la representación de ambos sexos como vocales y secretarios de comités locales de investigación, no así para presidentes de los comités, que es dos veces mayor para varones (Figura 3).

En contraste, las mujeres representan la mayor proporción de personal docente y directivo en los procesos de educación en salud en pregrado, en cursos de especialización médica, en educación continua presencial y en cursos a distancia. Sólo en el caso de profesores en centros de investigación educativa y formación docente (CIEFD) la plantilla de profesores es predominantemente masculina (Figura 4).

Parecería que actualmente existe un convencimiento mundial de la necesidad de mantener la equidad en la ciencia, y de “devolverle a la mujer el sentido de dignidad de ser pensante y responsable de sus actos”.³⁰ Revistas científicas del más alto nivel como *Lancet*³¹ y *Nature*³² han dedicado numerosos espacios para tratar este tema, y una gran cantidad de instituciones de salud y educativas han establecido programas para impulsar el desarrollo de sus científicas. Algunas de las iniciativas implementadas son: pinta de murales de mujeres científicas exitosas en los pasillos, reconocer los logros del personal de la misma forma para hombres y mujeres, igualar la edad de retiro, mantener la representatividad de mujeres científicas como oradoras en eventos importantes, evaluación ciega de los currículum de candidatos a posiciones académicas o laborales, facilitar a los varones el cumplimiento de rol de pareja y padre de mujeres científicas, implementación de guarderías y programas de atención a hijos enfermos en sus instalaciones y programas de apoyo para recoger a sus hijos en escuelas vecinas, extensión de periodos de permisos de maternidad y de programas de reincorporación a la fuerza laboral, flexibilización de horarios para facilitar el cuidado de los hijos, programas de mentoraje “de mujeres a mujeres” para preparar a la mujer a lidiar con las situaciones

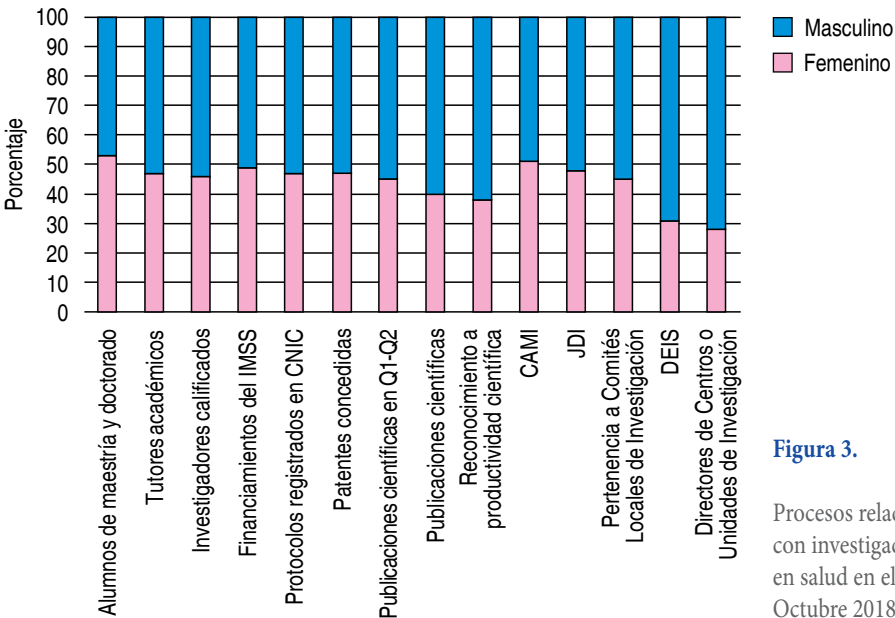


Figura 3. Procesos relacionados con investigación en salud en el IMSS. Octubre 2018.

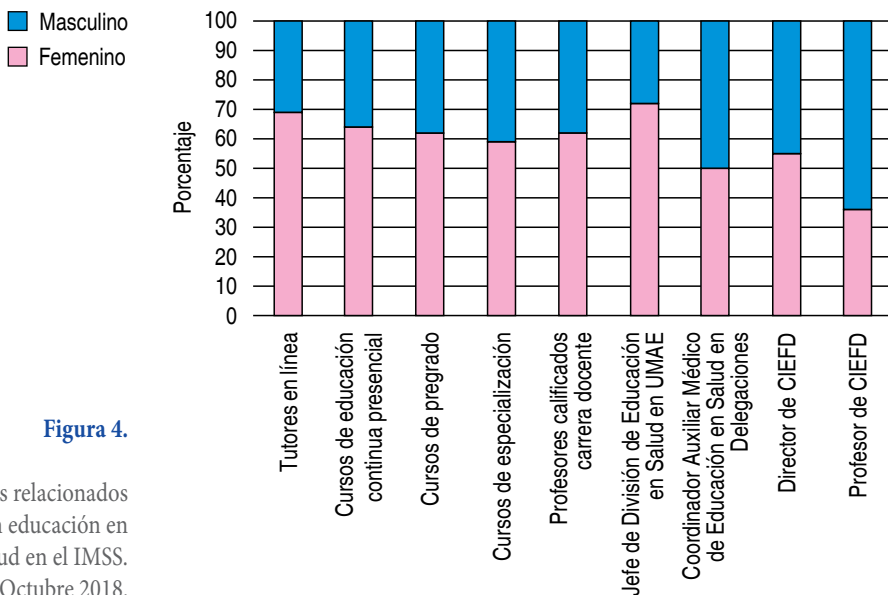


Figura 4.

Procesos relacionados con educación en salud en el IMSS. Octubre 2018.

que puede enfrentar en su carrera profesional, así como para crear redes de colaboración, de concientización y de defensa (p. ej.: *SciSisters*, *Mujeres con ciencia*, *Inspira*, *Mujeres en la Ciencia de CONACYT*).^{33,34} Otras iniciativas mundiales han sido el establecimiento de políticas de “discriminación positiva de género” (que significa que a méritos equivalentes se favorezca la elección del sexo menos representado), de premios y cátedras dirigidas a mujeres. Numerosas organizaciones han iniciado programas de concientización sobre la importancia de impulsar la inclusión de mujeres en la ciencia desde etapas muy tempranas en la infancia, durante la formación secundaria, preparatoria y en los currículos universitarios y de postgrado (p. ej.: juego de mesa *Wages*, obras de teatro, libros interactivos, concursos, exposiciones, talleres, conferencias, etc.).³⁵ Desde el año 1998, el Premio L’Oréal-UNESCO “La mujer y la ciencia” ha premiado a más de 102 científicas de 30 países, tres de las cuales recibieron el Premio Nobel. También ha concedido más de 3,100 becas a jóvenes de 115 países para que puedan proseguir sus trabajos de investigación.³⁶ Grandes han sido los avances, pero aún hay un largo camino que andar.

REFERENCIAS

1. Duque LM. La mujer detrás de la ciencia. Agencia AUPEC 07-03-1998 <http://aupec.univalle.edu.co/informes/marzo98/mujerciencia.html>.
2. Vargas S. Un tributo a las mujeres en la ciencia. El tiempo 8 marzo 2016. <http://m.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16531654>.
3. Fleming J. El problema de las mujeres. Editorial Anagrama, ISBN 978-84-339-0145-3. 2017.
4. Reinoso CI. Situación de la mujer en la ciencia y la tecnología: el enfoque de género. GetioPolis 26 marzo 2008. Disponible en: www.gestiopolis.com/situacion-de-la-mujer-en-laciencia-y-la-tecnologia-el-enfoque-de-genero/.

5. Rao M. Meet the three female medical students who destroyed gender norms a century ago. The Huffington Post 08/04/2014. Available in: https://www.huffingtonpost.com.mx/entry/19th-century-women-medical-school_n_5093603.
6. Arias AJ, Ramos PM. Mujer y medicina: la historia de Matilde Petra Montoya Lafragua. *Med Int Mex*. 2011; 27: 467-469.
7. Menéndez C. El papel de la mujer en la investigación científica y médica en el siglo XXI: un debate necesario. *Aten Primaria*. 2011; 43: 331-332. doi: 10.1016/j.aprim.2011.06.001.
8. Goldman B. Two minds. The cognitive differences between men and women. *Stanford Medicine*. 2017; 12-17.
9. Daphna J, Berman Z, Tavor I, Wexler N, Gaber O, Stein Y, et al. Sex beyond the genitalia. The human brain mosaic. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2015; 112: 15468-15473.
10. Anónimo. El papel de la mujer en la ciencia. Disponible en: <http://fleming.informatica-fleming.com/documentos/El%20papel%20de%20la%20mujer%20en%20la%20Ciencia.pdf>.
11. La igualdad de la mujer en la ciencia, un reto todavía pendiente. *El Comercio* 9 febrero 2017. Disponible en: <http://www.elcomercio.com/tendencias/igualdaddegenero-mujeres-ciencia-discriminacion-publicaciones.html>.
12. Comunicado de prensa CONACYT. Disponible en: <https://www.conacyt.gob.mx>.
13. Gender in the Global Research Landscape. Analysis of research performance through a gender lens across 20 years, 12 geographies, and 27 subject areas. Elsevier 2017. Available in: https://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0008/265661/ElsevierGenderReport_final_for-web.pdf.
14. Ross E. Patchy progress on fixing global gender disparities in science. *Nature News*.
15. Reuben E, Sapienza P, Zingales L. How stereotypes impair women's careers in science. *PNAS*. 2014; 111-4403-08.
16. Urry M. Scientists must work harder on equality. *Nature*. 2015; 528 (7583): 471-473.
17. Shen H. Mind the gender gap. *Nature*. 2013; 495 (7439): 22-24.
18. Witteman H, Hendricks M, Straus S, Tannenbaum C. Female grant applicants are equally successful when peer reviewers assess the science, but not when they assess the scientist. 2017; doi: <http://dx.doi.org/10.1101/232868> En: www.biorxiv.org/content/biorxiv/early/2017/12/22/232868.full.pdf.
19. Pells R. Grant reviewers "biased" against female scientist, study finds. January 9, 2018. *THE News*. Available in: <https://www.timeshighereducation.com/news/grant-reviewers-biased-against-female-scientists-study-finds#survey-answer>.
20. Serio T. Speak up about subtle sexism in science. *Nature*. 2016; 532 (7600): 415.
21. Moskvitch K. The minority. *Nature*. 2015; 519 (7541): 20-23.
22. Hargrove D. Salk Institute vs women? *Sand Diego Reader* Jan 4 2018. Available in: <https://m.sandiegoreader.com/news/2018/jan/04/ticker-salk-institute-vs-women>.
23. Lerback J, Hanson B. Journals invite too few women to referee. *Nature*. 2017; 541: 455-457.
24. Conger K. Of mice, men and women. *Stanford Medicine*. 2017. pp. 6-11.
25. Mason MA, Goulden M. Do Babies Matter (Part II)? Closing the Baby Gap. *Academe*. 2004; <http://www.aaup.org/publications/Academe/2004/04nd/04ndmaso.htm>.
26. Marfany G. Haciendo malabares. *El Nacional* 7 octubre 2017. Disponible en: https://www.elnacional.cat/es/opinion/gemma-marfany-haciendo-malabares_199446_102.html.
27. Lucas A, Menéndez C, Bardaji A. Mujeres y ciencia: ¿discriminación basada en evidencia? 19 junio 2017. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/ciencia/opinion/20170210/414215473166/mujeres-ciencia-discriminacion-basada-evidencia.html>.
28. Normile D. Plan to drop goals for women roils Japanese Science. *Science*. 2015; 349: 127-128.
29. Comunicado de Prensa CONACYT 44/17 5 julio 2017 <https://www.conacyt.gob.mx>.
30. Rita Levy Montaliciini. Premio Nobel de Medicina y Fisiología 1986.
31. Editorial Year of reckoning for women in science. *The Lancet*. 2018; 39: P513. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30238-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30238-1).

32. Editorial Slow Progress. The gender imbalance in scientific publishing is still pervasive-not least in Nature. *Nature*. 2017; 541: 435-436.
33. Van Oosten E, Buse K, Bilimoria. The leadership lab for women: advancing and retaining women in STEM through professional development. *Frontiers in Psychology*. 2017; 6: 1-5.
34. Scientists of the world speak up for equality. *Nature*. 2013; 495: 35-38.
35. Normile D. Plan to drop goals for women roils Japanese Science. *Science*. 2015; 349: 127-128.
36. UNESCO. Programa La mujer y la ciencia. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/natural-sciences/priority-areas/gender-and-science/for-women-in-science-programme/>.



La feminización de la medicina

Dr. Rubén Argüero Sánchez,
Dr. Germán Fajardo Dolci



A fin de que le fueran reconocidos sus derechos, conocimientos y habilidades para el ejercicio de la medicina, a la mujer le ha correspondido recorrer un largo camino, tan largo como la propia historia de la humanidad. Desde la creación de las universidades en el siglo XIII hasta finales del siglo XIX, cuando las primeras mujeres empezaron a estudiar y a practicar la medicina, los miembros de la profesión eran exclusivamente hombres, incluso en actividades como la atención del parto durante los siglos XVIII y XIX. En la segunda mitad del siglo XIX comenzó a considerarse que la educación debía tomar en cuenta a la mujer para cumplir

mejor la tarea de formar nuevos ciudadanos y constituir un apoyo al núcleo familiar.

La matrícula universitaria en las tres últimas décadas ha mostrado un ritmo de crecimiento superior al de cualquier otro nivel del sistema educativo. En 1950 para la región en su conjunto sólo se contaba con 266,000 estudiantes, 30 años después esa cifra había ascendido a 5,383,000 estudiantes. En relación con la población juvenil de entre 18-23 años, las cifras indican que en 1950 sólo el 2.5% de los jóvenes lograba el acceso universitario; hacia 1980 había ascendido al 11.1%, aunque este crecimiento porcentual mostraba valores dispares al interior de las diferentes regiones. Otro aspecto de la situación en 1950 mostraba que en los países donde los índices de incorporación a la enseñanza superior eran más altos, contrastaba con la tasa bruta de escolarización, la cual apenas superaba el 4%; por tanto, era claro que la educación superior tenía un carácter elitista.

No obstante, al cabo de 30 años, las cifras registradas en 1950 han sido superadas en prácticamente todos los países. Los datos en 1980 muestran tasas > 20% en países como Argentina, Venezuela, Panamá, Ecuador y Cuba. Por otro lado, en otras regiones del continente se tienen tasas intermedias del 13 al 20% en países como Costa Rica, Perú y Brasil y tasas mínimas entre 5 y el 13% en Paraguay, Colombia, Bolivia y México. En estos dos últimos, la educación se centraba en la educación básica, principalmente la rural, cuyas oportunidades de continuar estudios postprimarios eran muy bajos.

LA FEMINIZACIÓN DE LA MEDICINA

La progresiva feminización de la profesión médica es un hecho incuestionable, y así lo reflejan las cifras. En 1985 en España, las mujeres eran un 25% del conjunto de los médicos, en la actualidad la presencia femenina en el colectivo médico es del 49%, con notables diferencias entre las distintas comunidades autónomas, de forma que en algunas de ellas la presencia fe-

menina llega hasta un 70%. Esta tendencia se encuentra en consonancia con la presencia femenina mayoritaria en las facultades de medicina, donde supera el 70% de la población escolar.

La feminización de la matrícula de la educación superior en América Latina y el Caribe ha sido sin duda uno de los factores que explican gran parte del crecimiento cuantitativo en las tres últimas décadas. El 1950, sólo Cuba y Panamá tenían un porcentaje de mujeres mayor del 40% en educación superior; hacia 1980 están en esa categoría Panamá con 52%, Argentina con 49%, Brasil con 48%, República Dominicana y Venezuela con 47%, Costa Rica con 45%, Chile con 44%, Paraguay con 41%, el resto de los países entre el 30 y 40%.

Este proceso se vincula con las modificaciones en el rol social de la mujer, particularmente con la incorporación al mercado de trabajo de las mujeres de estratos sociales medios. En este sentido, puede apreciarse que el acceso de las mujeres a la enseñanza superior se ha producido fundamentalmente a través de las carreras vinculadas con la educación, humanidades y ciencias sociales, aunque esta incorporación de la mujer no ha sido homogénea dentro del conjunto de oportunidades que ofrece la enseñanza superior, sino que está fuertemente centrada en ciertos segmentos que, desde el punto de vista del prestigio de las carreras, se caracteriza por ser el segmento “más bajo”.

La democratización de la enseñanza superior desde el punto de vista del acceso de la mujer constituye otro ejemplo a través del cual puede apreciarse que los procesos de diferenciación se trasladan desde el sistema educativo a la estructura social. En los últimos años han sido numerosos los estudios donde se pone de manifiesto que la discriminación sexual opera fundamentalmente en el mercado de trabajo. La hipótesis que surge de la información disponible consiste en sostener que para los mismos puestos de trabajo las mujeres deben poseer mayor cantidad de años de estudio que los varones. Asimismo, los mecanismos de reclutamiento, promoción y determinación de salarios parecen incluir normas no explícitas, pero reales de discriminación hacia las mujeres. Sin embargo, es importante resaltar que en la discriminación por género la educación está perdiendo su papel diferenciador. En tanto la oferta de trabajo es cada vez más homogénea, la discriminación opera casi exclusivamente en el ámbito laboral, al darse de esta forma, la discriminación asume claramente su carácter arbitrario, ya que pierde la “legitimidad” que tradicionalmente le otorgaban las diferencias educativas.

Por otra parte, la feminización de la matrícula influye decisivamente en la orientación de los estudios. Si bien la mujer ha incrementado notablemente su participación en la enseñanza superior, dicha incorporación está concentrada en las carreras de humanidades y educación, como se ha señalado líneas arriba. En México, las áreas de estudio alrededor de 1950 fueron como primera opción: ciencias sociales, como segunda opción: ingeniería. Hacia 1975, la primera opción seguía siendo las ciencias sociales, pero como segunda opción, ciencias médicas. Este último es un dato relevante, ya que en décadas posteriores esta opción ha presentado un cambio significativo. A finales de la década de los 70, en México se muestra una clara tendencia de la matrícula en la educación superior incluyendo la UNAM, en la cual en 1980, 34% eran mujeres, y en 2003 éstas representaban ya el 51.5%.

Esta tendencia ha reafirmado las preferencias de las mujeres por las ciencias de la salud, ciencias sociales y administrativas, así como educación y humanidades, en tanto que los hombres se decantaban por las agropecuarias, ingeniería y tecnología. En la Facultad de Medicina de la UNAM en 1980 se contaba con 34% de mujeres y 66% de hombres, con un decremento progresivo de los hombres hasta los años 1988 y 1991, durante los cuales se da el punto de cruce en el que el porcentaje de mujeres es mayor que el de los hombres y hacia 2003 se da una separación franca de 64% (*Tabla 1*).

Este fenómeno no es exclusivo de México, sino a nivel global y los factores que se atribuyen son: las políticas públicas que buscan la emancipación y la equidad de las mujeres a través de la distribución de recursos y oportunidades.¹ Puede notarse con certeza que la UNAM es un reflejo de la tendencia que ocurre en el país, en relación con una mayor participación de las mujeres en la educación superior (48.7%). En 2003, las áreas de mayor demanda siguen siendo educación, humanidades y ciencias de la salud, dentro de ellas está la carrera de medicina con el 64% en 2003 de mujeres en la Facultad de Medicina de la UNAM. Como explicación ante esta tendencia de otros factores que han incidido para explicar estos cambios está la presencia de organizaciones feministas y congresos internacionales, aunque todavía existe una desvalorización salarial y social de la actividad profesional de la mujer, además de las condiciones socioeconómicas, políticas de globalización que contribuyen a que las mujeres se integren a la población económicamente activa. El control de la fertilidad, que trae como consecuencia una disminución en las tasas de natalidad, ha permitido a las mujeres hacer uso de su tiempo y libertad, así como el cambio de roles de mujeres y hombres en las labores domésticas al cuidado de los hijos y finalmente la emancipación de la mujer como factor determinante. Por otra parte, muchos gobiernos han promulgado leyes que fomentan la equidad entre mujeres y hombres y han establecido mecanismos nacionales para incluir la perspectiva de género en las esferas de interés general de la sociedad. Estos resultados son similares a nivel de postgrado, el número de mujeres que ingresan está creciendo más rápido que el de los hombres.

Es de señalar que en el último reporte de Tendencias de la Educación superior en América Latina y el Caribe de 2018³ se confirma que la matrícula de la región pasó de 21% en el año 2000 al 43% en 2013, con un significativo incremento de la matrícula femenina que alcanza en todos los países cifras iguales o superiores al 50%.

Para este periodo escolar 2018-19 las cifras son:

A partir de aquí, en el campo de la medicina se pueden identificar algunos rasgos definidos que contribuyen o influyen en la elección de los perfiles profesionales. En consecuencia, se observa que la Cirugía General, Anestesiología, Ortopedia y Traumatología, Oftalmología, Urología y Cardiología siguen siendo las residencias de predominio masculino, mientras que en las otras residencias tienen predominio las mujeres. Distintos autores han dado diversas categorizaciones a las especialidades médicas de acuerdo con diferentes parámetros a través de los que se puede identificar la elección de una especialidad por varones y mujeres.

Tabla 1. Matrícula de la licenciatura de médico cirujano. Ciclo 2018-2019.

Nivel	Mujeres	%	Hombres	%	Total
Pregrado	5,465	64	3,095	36	8,560
Postgrado	5,353	52	4,947	48	10,300

Fuente: Secretaría de Servicios Escolares de la FM de la UNAM. Agosto 2018.

Una posición plantea que “en la proporción de mujeres según la especialidad médica se reproduce la división sexual del trabajo en la sociedad: la mujer en el espacio doméstico para la reproducción (biológica y social) y en el espacio público para la producción de servicios, quedando reservado para el hombre el de producción de bienes y toma de decisiones”. Otros autores encuadran las especialidades dentro de un “estilo de vida controlable”, entre las que se pueden anotar: Anestesia, Dermatología, Medicina de Urgencias, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Patología, Psiquiatría y Radiología, o bien “estilo de vida no controlable”: Neonatología, Medicina interna, Obstetricia y Ginecología, Cirugía Ortopédica, Pediatría, Cirugía General y Urología. El concepto “estilo de vida controlable” comparte la consideración de ingresos económicos, horas de trabajo y años de formación de postgrado.

Algunas investigaciones han concluido que tanto varones como mujeres eligen sus especialidades de acuerdo con este criterio. Mientras tanto, diferentes estudios han demostrado una tendencia significativa a que las mujeres elijan Medicina General o de Familia, Pediatría, Medicina Interna General y Ginecología. Dichos estudios expresan, además, que las mujeres valoran más la relación con pacientes y colegas, y menos los ingresos y el prestigio en la elección de su especialidad. Otros factores que también influyen en la elección de la mujer son el estado civil, el tener hijos o no y la edad. Es un hecho que las mujeres pueden alcanzar éxito en su profesión y al mismo tiempo en su desarrollo personal si cuentan con apoyo y si se generan estructuras y medidas logísticas para que esto sea posible.

Habría que buscar el origen de este reparto de intereses en la antigua cultura griega, donde el varón ostentaba los valores de civilización, razón y orden, mientras que a la mujer le estaban reservados los concernientes a la naturaleza, emoción y caos. El simple hecho de ser mujer presumía portar una importante carga negativa para el reconocimiento de los valores adquiridos con el esfuerzo del estudio y el trabajo serio, ya que la concepción androcéntrica de los acontecimientos históricos silenció hasta entonces la labor real de la mujer en cualquier plano de la actividad científica. El ejemplo más manifiesto de ello nos lo aporta la biografía de Madame Curie, a quien en 1911 se le concede por segunda vez el Premio Nobel y, sin embargo, se le niega el ingreso en la Academia Francesa de las Ciencias.

En la antigua Grecia, el libre ejercicio de la medicina no tenía limitaciones para los varones, solamente la mujer quedaba excluida de esta profesión. Se dice que Agnódice fue la primera que luchó por el acceso de la mujer a la profesión médica. El relato, un tanto irreal, se lo debemos al escritor romano Higino: Agnódice se había disfrazado de mancebo para aprender del médico Herófilo la asistencia al parto. Algunos médicos envidiosos la acusaron de estupro. Cuando ante el tribunal desveló su sexo, sus acusadores se enfurecieron aún más exigiendo mayor castigo, pero intervinieron las principales damas atenienses suplicando su absolución. Ello sirvió para que se derogase la antigua ley y desde entonces, las mujeres atenienses pudieron aprender y ejercer la medicina y, sobre todo, la obstetricia. A raíz de este ‘incidente’ se creó la profesión de matrona, en el futuro “obstetric”.

Luego, en el recuerdo de la primera escuela de Medicina del mundo occidental no debe pasar desapercibido un hecho que marca un hito en la historia. Por primera vez una universidad, la Escuela de Salerno en este caso, abre sus puertas a una mujer, Trotula de Ruggiero (1110-1160), que bien pudo enseñar Obstetricia en aquel centro, ya que nos legó un texto sobre esta materia “De passionibus mulierum o Trotula Maior” y “Ornato mulierum o Trotula Minor”.

MUJERES EN MEDICINA

Durante muchos años todos los intentos que la mujer realizó para ingresar en la profesión médica obtuvieron la desaprobación de casi toda la sociedad. Quizás la única excepción histórica se aprecia en la Alemania de finales del siglo XIV, donde el emperador autorizó, en principio, el ejercicio de la medicina a 15 mujeres, pero con la condición de atender exclusivamente a enfermos pobres.

Fue la obstetricia una concesión a este rechazo. En esta especialidad, disciplina muy separada durante siglos de la medicina, sí destacó la mujer. A Madame Boursier se le considera una de las parteras más importantes del siglo XVII, llegando a atender a María de Médicis, esposa de Enrique IV. A otra de ellas, Elizabeth Cellier, cuyo interés por mejorar la atención a las mujeres, criticando para ello a la sociedad inglesa y al propio rey Jaime II, le costó ir directamente a la picota.

El caso del “doctor” James Barry (1797-1865) es claro exponente del interés de la mujer por la profesión médica. James Barry fue médico militar del ejército de Su Graciosa Majestad durante varias décadas. De talla baja, voz atiplada y un tanto lampiño, demostraba, tanto entre la tropa como en el campo de tiro, un comportamiento notablemente castrense. Sin embargo, cuando falleció súbitamente y a su cuerpo se le practicó la autopsia, el Departamento de la Guerra tuvo buen cuidado en no revelar el sexo: el Dr. Barry era mujer.

Elizabeth Blackwell (1821-1910) logró matricularse en el Geneva College of Medicine de Nueva York gracias a un equívoco entre los estudiantes que pretendieron, una vez admitida, que se ausentase de las clases cuando se explicase la anatomía del aparato genital masculino, a lo que Blackwell se negó. Fue la primera mujer inglesa que obtuvo la licenciatura en Medicina, lo que siempre le produjo un justificado orgullo. Supo esquivar bien la oposición profesional a la que la sometían sus colegas varones, lo que le permitió trabajar hasta el final de su vida, a los 89 años, en la Escuela Médica para mujeres de Nueva York. No menos inconvenientes tuvo que sortear su hermana Emily Blackwell, que consiguió finalmente trabajar con Sir James Simpson, que fue el que introdujo el uso de la anestesia en el parto.

Hay que remontarse al año 1872, en el que se colegia la primera mujer médica de España en el Colegio de Barcelona, lo que junto a otras dos compañeras médicas provocó tal revuelo socioburocrático que forzó al gobierno en 1882 a autorizar el examen de doctorado a las mujeres ya matriculadas, pero prohibió la incorporación de nuevas alumnas. No fue hasta 1920 cuando en la Facultad de Medicina de Madrid se doctora la tercera mujer médica española.

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, Austria, Australia, Brasil, Chile y México incluído admitieron a la mujer tanto en la formación teórica como práctica en la educación médica.

Han pasado muchos años desde que en 1887 Matilde Montoya se graduó y pasó 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, hasta las estadísticas actuales donde se contempla que más del 50% de los estudiantes de Medicina, en la mayor parte del ámbito mundial, son mujeres!

Aún tuvo que pasar mucho tiempo para que los éxitos de la mujer en el propio ejercicio de la medicina y en la investigación demostraran que la feminización médica era ya un hecho.

En el siglo XX, la doctora Maude Abott con su clasificación de las malformaciones congénitas del corazón y la doctora Helen Taussig, que ideó la técnica quirúrgica para corregir dichas malformaciones, así lo demuestran.

UNA MIRADA HACIA EL FUTURO

La incorporación de la mujer al ejercicio de la medicina ha sido, tradicionalmente, una carrera de obstáculos que se han ido superando con tesón y estudio en contra de una legislación machista que se ha conseguido eliminar a lo largo del siglo XX, de tal forma que la feminización de la medicina es ya una realidad que se potenciará a lo largo del siglo XXI.

En conclusión, la demografía de las profesiones de la salud está cambiando en Latinoamérica y en el mundo con una feminización creciente de la profesión médica. Está claro que la feminización ha traído aparejada una serie de ventajas tanto para los pacientes como para los trabajadores de la salud. No obstante, la feminización también viene acompañada de nuevos desafíos que deberán ser abordados oportunamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alers M, Van Leerdam L, Dielissen P, Lagro-Janssen A. Gendered specialities during medical education: a literature review. *Perspectives on Medical Education* [Internet]. 2014 [citado el 28 de febrero de 2016]; 3: 163-178. Disponible en: <http://paperity.org/p/36867629/gendered-specialities-during-medical-education-a-literature-review>.
2. Alers M, Verdonk P, Bor H, Hamberg K, Lagro-Janssen A. Gendered career considerations consolidate from the start of medical education. *International Journal of Medical Education* [Internet]. 2014 [citado el 28 de febrero de 2016]; 5: 178-184. Disponible en: <https://www.ijme.net/archive/5/gendered-career-considerations/>.
3. Álvarez I. Fuentes de desigualdad (1/3): la feminización en medicina. 27 Septiembre 2014 [citado el 3 de marzo de 2016]. En: *Ser psiquiatra hoy* [Internet]. España. Disponible en: <http://serpsiquiatrahoy.blogspot.com.es/2014/09/fuentes-de-desigualdad-la-feminizacion.html>.
4. Amrein K, Langmann A, Fahrleitner-Pammer A, Pieber TR, Zollner-Schwetz I. Women underrepresented on editorial boards of 60 major medical journals. *Gend Med* [Internet]. 2011; 8: 378-387. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22153882>.
5. Arrizabalaga P, Abellana R, Viñas O, Merino A, Ascaso C. Women doctors and their careers in a large university hospital in Spain at the beginning of the 21st century. *Human Resources for Health* [Internet]. 2015 [citado el 2 de marzo de 2016]; 13: 15. Disponible en: <http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0008-4>.
6. Arrizabalaga P, Bruguera M. Feminización y ejercicio de la medicina. *Med Clin* [Internet]. 2009 [citado el 4 de abril de 2016]; 133: 184-186. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-feminizacion-ejercicio-medicina-13139444>.
7. Arrizabalaga P. Feminización y ejercicio de la nefrología. *Nefrología* [Internet]. 2010 [citado el 2 de marzo de 2016]; 30: 110-3. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-feminizacion-ejercicio-nefrologia-X0211699510033979>.
8. Azumendi E. Siete de cada diez nuevos médicos son mujeres. *El diario norte* [en línea]. 2 de agosto de 2013 [citado el 3 marzo de 2016]. Disponible en: http://www.eldiario.es/norte/euskadi/nuevos-medicos-mujeres_0_159934640.html.
9. Berthold HK, Gouni-Berthold I, Bestehorn KP, Böhm M, Krone W. Physician gender is associated with the quality of type 2 of diabetes care. *J Intern Med* [Internet]. 2008 [citado el 18 de marzo

- de 2016]; 264: 340-350. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2796.2008.01967.x/full>.
10. Biringer A, Carroll JC. What does the feminization of family medicine mean? *CMAJ* [Internet]. 2012 [citado el 29 de febrero de 2016]; 184: 1752. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3478365/>.
 11. Bloor K, Freemantle N, Maynard A. Gender and variation in activity rates of hospital consultants. *JR Soc Med* [Internet]. 2008 [citado el 18 de marzo de 2016]; 101: 27-33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2235925/>.
 12. Buddeberg-Fischer B, et al. The impact of gender and parenthood on physicians' careers – professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010 [citado el 2 de marzo de 2016]; 10: 40. Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-40>.
 13. Cañas G. Doctoras, no; enfermeras, sí. *El País* [en línea]. 13 Jul 2012 [citado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/07/13/actualidad/1342209489_114006.html.
 14. Celdrán D. Feminización de la medicina: ¿estamos preparados? 1 de Agosto 2012 [citado en 3 de marzo 2012]. En: Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Disponible en: <http://cesm-cv.org/wp-content/uploads/2012/07/OMM2.pdf>.
 15. Da Mota-Gomes M. Women neurologist. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2011 [citado el 3 de marzo de 2016]; 69: 838-840. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v69n5/a21v69n5.pdf>.
 16. Dattel BJ. The changing face of medicine: women doctors and the evolution of health care in America. *N Engl J Med* [Internet]. 2009 [citado el 3 de marzo de 2016]; 360: 17. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMbkrev0807050>.
 17. Datos proporcionados por la Secretaría de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo.
 18. Delgado A, Saletti-Cuesta L. Feminización de la medicina y tiempo de trabajo. *Feminismo/s* [Internet]. 2011 [citado el 29 de febrero de 2016]; 18: 323-331. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/25509>.
 19. Delgado-Sánchez A, Valls-Llobet C. La feminización de la profesión médica: parte de la solución de los problemas de la sanidad. *Mujeres y Salud*. 2011; 12-13. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/22572>.
 20. Diderichsen S, Johansson E, Verdonk P, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Few gender differences in specialty preferences and motivational factors: a cross-sectional Swedish study on last-year medical students. *BMC Med Educ* [Internet]. 2013; 13: 39. Disponible en: <http://bmcmmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-13-39>.
 21. Dumontent M, Le Vaillant M, Franc C. What determines the income gap between French male and female GPs-the role of medical practices? *BMC Family Practice* [Internet]. 2012 [citado el 29 de febrero de 2016]; 13: 94. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/94>.
 22. Fernández C. Pediatría, la especialidad con más feminización. 9 Abril 2014 [citado el 3 de marzo de 2016]. En: *Diario médico* [Internet]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2014/04/09/area-profesional/profesion/pediatria-especialidad-mas-feminizacion>
 23. Firth-Cozens J. Effects of gender on medicine. *BMJ* [Internet]. 2008 [citado el 18 de marzo de 2016]; 336: 731-732. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2287223/>.
 24. Flores-Domínguez C. Feminización en medicina: liderazgo y academia. *Educ Med* [Internet]. 2012 [citado el 29 de febrero de 2016]; 15: 191-195. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n4/carta2.pdf>.
 25. González de Dios J. Sobre el género, el número... y como liarla parda. 13 Agosto 2012 [citado el 3 de marzo de 2016]. En: *Pediatría basada en pruebas* [Internet]. España. Disponible en: <http://www.pediatribasadaenpruebas.com/search?q=sobre+el+g%C3%A9nero>.

26. Grinberg M, Lopes AS. Feminization of Medicine. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013 [citado el 29 de febrero de 2016]; 101: 283. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24061755>.
27. *inmujer.gob.es* [Internet]. España: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de las Oportunidades. 2016 [citado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/portada/home.htm>.
28. Instituto Nacional de Estadística. Profesionales Sanitarios Colegiados 2014.
29. Kilminster S, Downes J, Gough B, Murdoch-Eaton D, Roberts T. Women in medicine-is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Medical Education* [Internet]. 2007 [citado el 18 de marzo de 2016]; 41: 39-49. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17209891>.
30. La realidad de la feminización de la medicina. 17 de Junio 2013 [citado el 3 de marzo de 2016]. En: *Acta Sanitaria* [Internet]. Barcelona. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/la-realidad-de-la-feminizacion-de-la-medicina/>.
31. Ley Orgánica 3/2007, 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de marzo de 2007. No 71, 1-59. [último acceso: 23 de Mayo 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf>
32. Maiorova T, Stevens F, Van der Zee J, Boode B, Scherpbier A. Shortage in general practice despite the feminisation of the medical workforce: a seeming paradox? A cohort study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 [citado el 2 de marzo de 2016]; 8: 262. Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-262>.
33. Mamá quiero ser doctora (y directiva). *Revista Médica* [Internet]. 25 Nov 2013 [citado el 3 marzo de 2016]. Núm. 160. Disponible en: <http://www.rmedica.es/edicion/160/mama-quiero-ser-doctora-y-directiva>.
34. McKinstry B, Dacre J. Are there too many female medical graduates? *BMJ* [Internet]. 2008 [citado el 18 de marzo de 2016]; 336: 748-749. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2287266/>
35. Mckinstry B, Elliot K, Hunter C. The feminization of the medical work force, implications for Scottish primary care: a survey of Scottish general practitioners. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2006 [citado el 2 de marzo de 2016]; 6: 56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1475570/>.
36. MacPerson A. El 74% de los estudiantes de Medicina son mujeres. *La Vanguardia* [en línea]. 13 Noviembre 2010 [citado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/vida/20101113/54069978868/el-74-de-los-estudiantes-de-medicina-son-mujeres.html>
37. Mujer y medicina: de anécdota, a mayoría. 12 de Junio 2013 [citado el 3 de marzo de 2016]. En: *Siete días médicos*. Disponible en: <http://www.sietediasmedicos.com/actualidad/en-portada/item/3130-mujer-y-medicina-de-anecdota-a-mayoria#.VthkoX3hDDc>.
38. Ortiz-Gómez T. La mujer como profesional de la medicina en la España contemporánea: el caso de Andalucía, 1898-1891. *DYNAMIS. Acta Hispánica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam* [Internet]. 1985-1986 [citado el 4 de abril de 2016]; 5-6: 343-366. Disponible en: <http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html?tabla=docu&bd=HISTORI&id=83580>.
39. Otero B, Salami E. La presencia de la mujer en las carreras tecnológicas. *XV JENUI* [Internet]. 2009 [citado el 4 de abril de 2016]; 295-302. Disponible en: <http://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/7866/p213.pdf?sequence=6&isAllowed=y>.
40. Pamo-Reyna O. Una visión histórica de la participación femenina en la profesión médica. *Rev Soc Peru Med Interna* [Internet]. 2007 [citado el 18 de marzo de 2016]; 20: 109-122. Disponible en: http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_20_3_2007/7.pdf.
41. Paramio M. Feminización de la medicina. *El País* [en línea]. 9 julio 2012 [citado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2012/07/06/opinion/1341597535_598250.html.
42. Pastor-Gosálbez MI, Belzunegui-Eraso B, Pontón-Merino P. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. *Cuadernos de Relaciones Laborales* [Internet]. 2012 [citado el 3 marzo de 2016]; 30: 497-518. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_CRLA.2012.v30.n2.40210.

43. Phillips S, Austin E. The feminization of medicine and population health. *American Medical Association* [Internet]. 2009 [citado el 10 de marzo de 2016]; 301: 863-864. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19244195>.
44. Phillips SP. The growing number of female physicians: meanings, values, and outcomes. *Isr J Health Policy Res* [Internet]. 2013 [citado el 29 de febrero de 2016]; 2: 47. Disponible en: <http://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/2045-4015-2-47>.
45. Prats J. El aluvión de médicas aún encuentra recelos. *El País* [en línea]. 13 Jul 2012 [citado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/07/13/actualidad/1342209708_807231.html.
46. Sánchez-Mongue M. Los “efectos secundarios” de la excesiva feminización médica. *El Mundo* [en línea]. 12 Abril 2008 [citado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2008/752/1207951219.html>.
47. Santamaría A, Merino A, Viñas O, Arrizabalaga P. Does medicine still show an unresolved discrimination against women? (Experience in two European university hospitals). *J Med Ethics* [Internet]. 2009; 35: 104-106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19181883>.
48. Serrano A. La crisis agudiza los problemas de la feminización. *Diario Médico* [en línea]. 18 junio 2012 [citado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2012/06/18/area-profesional/profesion/crisis-agudiza-problemas-feminizacion>.
49. Serrano A. Más médicos mujeres = problemas de cobertura. *Diario Médico* [en línea]. 13 enero 2011 [citado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2011/01/13/area-profesional/profesion/mas-medicos-mujeresproblemas-de-cobertura>
50. Sexton KW, et al. Women in academic surgery: the pipeline is busted. *J Surg Educ* [Internet]. 2012 [citado el 3 de marzo de 2016]; 69: 84-90. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3458116/>.
51. Shams T, El-Masry R. Cons and pros of female anesthesiologists: Academic versus nonacademic. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* [Internet]. 2015 [citado el 2 de marzo de 2016]; 31: 86-91. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4353160/>.
52. Schueller-Weidekamm C, Kautzky-Willer A. Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. *Gender Medicine* [Internet]. 2012 [citado el 10 de marzo de 2010]; 9: 244-250. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550857912001040?via=sd>.
53. Szczech L. Women in medicine: achieving tenure at home and work-Prioritization is a personal decision. *Kydney Int* [Internet]. 2008 [citado el 18 de marzo de 2016]; 73: 793-794. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253815531025>.
54. Riepen T, Möbus V, Kullmer U, Tinneberg HR, Münstedt K. Male and female physicians in Hospital Gynaecology Departments-Analysis of the impact of “Feminisation” from the viewpoint of medical directors. *Geburtsh Frauenheilk* [Internet]. 2013 [citado el 2 de marzo de 2016]; 73: 53-58. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0032-1328185>.
55. Russo G, Gonçalves L, Craveiro I, Dussault G. Feminization of the medical workforce in low-income settings; findings from surveys in three African capital cities. *Human Resources for Health* [Internet]. 2015 [citado el 28 de febrero de 2016]; 13: 64. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521355/>.
56. Wang C, Sweetman A. Gender, family status and physician labour supply. *Social Science & Medicine*. 2013 [citado el 10 de marzo de 2016]; 94: 17-25. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613003493>.
57. Watson DE, Slade S, Buske L, Tepper J. Intergenerational differences in workloads among primary care physicians: a ten-year, population-based study. *Health Affairs* [Internet]. 2006 [citado el 2 de marzo de 2016].

58. Weeks WB, Paraponaris A, Ventelou B. Sex-based differences in income and response to proposed financial incentives among general practitioners in France. *Health Policy* [Internet]. 2013 [citado el 2 de marzo de 2016]; 113: 199-205. Disponible en: [http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510\(13\)00251-0/abstract](http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(13)00251-0/abstract).
59. Wong C, Stock MC. The status of women in academic anesthesiology: a progress report. *Anesthesia & Analgesia*. 2008 [citado el 10 de marzo de 2016]; 107: 178-184. Disponible en: http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2008/07000/The_Status_of_Women_in_Academic_Anesthesiology__A.30.aspx.



The woman surgeon in the global context: The home renovation

Nancy D Perrier, MD, FACS,*

Mary L Brandt, MD, FACS, FAAP,**

Feibi Zheng, MD, MBA,*** Lillian S Kao, MD, FACS,****

Andrea Hayes-Jordan, MD, FACS, FAAP,*****

Linda G Phillip, MD, FACS,*****

V Suzanne Klimberg, MD, PhD, FACS*****

Texas is not immune to natural disasters. Hurricanes and floods recently took a toll on the Houston community. The damages weakened the infrastructure of community. For some of our people, this required a complete remodel. The process seemed overwhelming but the result is that the community came together and rebuilt itself. One year later we can appreciate that the new structures are better than before. The authors of this manuscript represent senior surgeons in the Texas Medical Center. By coming together, our aligned voice in the House of Surgery is stronger and our skills at crafting, restructuring and supplying make the old better than before.

The rewards of Surgery motivate us with immediate gratification. It is rewarding, challenging and stimulating. Surgery is the ultimate performance art.

For many, it is a great time for the House of Surgery. We live in an era of greater openness and diversity. The specialty is altering the perception of what constitutes being a real surgeon. In 2017, the President of the American College of Surgeons (ACS), the Chair of the Board of Regents of the ACS, the Chair of the American Board of Surgery (ABS) and the Director of the ABS were all women. Such inclusiveness cannot help but enhance the field.

The generation of women before us have done the legwork. Consider Dr. James Barry, a British Army surgeon during the Napoleonic wars who performed the first successful Caesarean section in Africa in which both mother and child survived. When Barry died in 1865, it was only then discovered that she had actually been born a woman, but chose to live as a man, both publicly and privately in order to pursue her career goals. In 1960, Nina Starr Braunwald became the first woman cardiothoracic surgeon to lead a team to replace a human mitral valve—one that she designed. Braunwald balanced her career with being a wife and mother of three children, but subsequently never advanced beyond the rank of

* The University of Texas MD Anderson Cancer Center. Department of Surgical Oncology.

** Baylor College of Medicine, Division of Pediatric Surgery.

*** Houston Methodist Hospital. Department of Surgery.

**** McGovern Medical School at UT Health. Department of Surgery.

***** The University of Texas MD Anderson Cancer Center. Department of Surgical Oncology.

***** The University of Texas Medical Branch. Department of Surgery.

Associate Professor. Last year, the Harvard Medical System named its fifth female—the first since 1986—to the position of Professor of Surgery; the second at Massachusetts General Hospital since 1811. The next generation of women in surgery have a distinct advantage: there are now seasoned, strong, dependable, responsible and committed women available to serve as role models.

But there is more work to be done. As women in surgery, we incite resistance—both overt and subtle. Surgery requires assertiveness, but when paired with ambition we become less likeable and it is easier for those in positions of power to conclude that we lack some intangible, ill-defined quality of leadership. We are less likely to be regarded as visionary. We were not socialized to be unapologetically competitive. We have no margin for error. Our assertiveness is more likely to be labelled as intimidating. We lead team in times of crisis but are often perceived as being bossy or aggressive.

Female surgeons face specific challenges. Like our male counterparts, we spend dozens of years in stressful training and work weeks, ranging from 70 to 80 hours, which are full of intense physical duress and sheer unpredictability. In our few off hours, female surgeons are more often tasked with coordinating child care while also maintaining household management and planning most meals and travel. Our lives are more complicated than most of our male colleagues. We balance feelings of guilt for not meeting societal expectations of motherhood with having to compromise our professional responsibilities. We are forced to choose between being home when our child awakens and making another 6:30 am department meeting. For some, this leads to tempering career ambitions because the necessities of marriage and motherhood coincide with the prime years of career advancement. The solution for many women is to simply disengage.

The numbers paint a depressing picture: One-fourth of female surgeons are unmarried (compared to 6 percent of men). While 92 percent of men have children, only 60 percent of female surgeons do. Only one-quarter of female surgeons have their first child during the rigors of training compared to half of males. A female surgeon's partner works outside the home 83 percent of the time, compared to just under half for the partners of men. Burnout has reached epidemic proportions, especially for women at the beginning of their careers and female surgeons.

Despite nearly equal matriculation and graduation rates in the United States, female representation decreases as doctors climb the academic ladder. Surgical disciplines are disproportionately male despite increasing numbers of female medical students. From medical school (48 percent) to residency (44 percent) to assistant professors (41 percent) to associate professors (29 percent) to full professors (17 percent) and department chairs (12 percent), women disappear from the ranks every step of the way. Gender equity also includes disparities in compensation and promotion. Despite having no difference in self-assessed leadership ability or aspirations to hold leadership positions, women were asked to serve in leadership roles only six percent of the time, while one-fourth of all men were asked.

In a recent British Medical Journal study by Wallis et al, and after accounting for patient, surgeon, and hospital characteristics, patients treated by female surgeons had a small but statistically significant decrease in 30-day mortality and similar surgical outcomes, including length of stay, further complications and readmission, compared to those treated by male surgeons. Because surgical outcomes depend on the technical and cognitive skills of the treating

physicians, the assessment based on gender is important to combat gender bias and diminish normalized inequalities.

Modern women who became surgeons from the 1855 (Dr. Mary Edwards Walker) to 1913 (Dr. Florence Duckering) era were suffragettes. In 1980, women made up 2% of all surgical residents, including those in obstetrics and gynecology. Over the past 40 years, women have poured into the surgical workplace. The modern surgeon's mother wasn't there to show how it was done and the barriers will take more generations to overcome. As professionals, contemporary women are some of the best-educated women in history, yet we are downwardly mobile. The most recent annual Bureau of Labor Statistics report noted that two-thirds have less wealth than our parents did at the same age and almost half of all midlife professional women feel stalled in their careers. Although the wage gap is now 82 cents on the dollar, and far more women earn more than their husbands-29 percent when both have jobs-women are still underrepresented among top earners. PayScale compared 1.4 million salary profiles found that in 2016 men were 85 percent more likely than women to be in positions of leadership by mid-career. Not surprisingly, men earn more than women across all age groups.

The three major constraints that contribute to the glass-ceiling phenomenon for female surgeons are traditional gender roles, manifestations of sexism in medicine, and lack of effective sponsors. Gender roles contribute to subconscious assumptions that have little to do with ability while negatively influencing who receives promotions. It is not just about us. It is about our daughters and our sons. Equality is everyone's issue. This is about gender equity and freedom for all. We need our workforce to reflect our city and our country, which requires conscious recruitment, retention and advancement of women. Our profession will continue to thrive when all members of the workforce are valued. By bringing different experiences to the table we will end up with a stronger discipline. Millennial surgeons will demand equality, and they take inclusion seriously. We have the important responsibility of identifying barriers and working to develop and promote leaders who will support, sponsor and create an environment that supports these priorities. Men are an integral part of the solution and should be a part of the conversation.

The surgical house is under reconstruction. There is opportunity for us to champion systemic change in the surgical culture. We have some women in positions of leadership who serve as role models in academic surgery. We need them to participate in team building with their younger counterparts and help outline a path to establish and achieve their career goals. Young surgeons need help in establishing work-life balance to avoid burnout. Nationally, the personal and organizational importance of physician well-being is in the spotlight. Over half of all surgeons (and an even higher proportion of women surgeons) experience some form of career disengagement. Female surgeons have already demonstrated that they are resilient but mindsets and skill sets need updating.

Just as the storm forced Houston to clean out old buildings and allowed renovation and updating, the female leaders in academic surgery as have opportunity to contribute to a "new and improved makeover". We can roll our sleeves up and give a hand and also provide blueprints on how to make the new structure last. Ensuring that the foundation is solid is the best form of sponsorship to affect systemic change.

REFERENCES

1. Ali A, Subhi Y, Ringsted C, Konge L. Gender differences in the acquisition of surgical skills: a systematic review. *Surg Endosc.* 2015; 29: 3065-3073.
2. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Freischlag J. Physicians married or partnered to physicians: a comparative study in the American College of Surgeons. *J Am Coll Surg.* 2010; 211: 663-671.
3. Greenberg CC. Association for Academic Surgery presidential address: sticky floors and glass ceilings. *J Surg Res.* 2017; 219: 9-18.
4. Lillemoe KD. Surgical mentorship: a great tradition, but can we do better for the next generation? *Ann Surg.* 2017; 266: 401-410.
5. Wallis CJ, Ravi B, Coburn N, Nam RK, Detsky AS, Satkunasivam R. Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population based matched cohort study. *BMJ.* 2017; 359: j4366.
6. Wright AL, Schwindt LA, Bassford TL, Reyna VF, Shisslak CM, St Germain PA, et al. Gender differences in academic advancement: patterns, causes, and potential solutions in one US College of Medicine. *Acad Med.* 2003; 78: 500-508.
7. Yedidia MJ, Bickel J. Why aren't there more women leaders in academic medicine? The views of clinical department chairs. *Acad Med.* 2001; 76: 453-465.
8. Zhuge Y, Kaufman J, Simeone DM, Chen H, Velazquez OC. Is there still a glass ceiling for women in academic surgery? *Ann Surg.* 2011; 253: 637-643.



La proyección de la cirujana general

Dr. Eduardo Mª Targarona Soler,
Dra. Elena Martín Pérez



Agradezco la invitación de la Dra. Lilia Cote a participar en este proyecto, y me gustaría ampliar esta introducción con tres comentarios. Es un honor colaborar en un proyecto dirigido por una *cirujana de éxito*, simplemente recordando una hazaña todavía alcanzada en pocas sociedades quirúrgicas como fue la presidencia de la Dra. Cote de la Asociación Mexicana de Cirugía General. El segundo, agradecer la colaboración de la Dra. Elena Martín, otra *cirujana de éxito*, jefe de servicio de cirugía y actual vicepresidenta de la Asociación Española de Cirugía (AEC), líder nata, con la que compartimos años de gestión en la AEC. En tercer lugar, quiero expresar en mi sincera opinión, que en pocos años el género del cirujano va a significar muy poco. Hace 20 años que lidero un grupo quirúrgico del cual 80% son mujeres, y del que me siento expresamente satisfecho tanto por los logros asistenciales y académicos como por la convivencia que hemos conseguido.

Dicho esto, hay que aceptar que el tema al que se dedica esta obra es oportuno en un contexto social a nivel mundial de reconocimiento y establecimiento no sólo de derechos, sino en la obtención de responsabilidades y capacidad de liderazgo por las mujeres profesionales de la medicina y cirujanas en este caso.¹ Ahora bien, al analizar la corriente de interés actual en este tema hay que tener en consideración diversos aspectos que tal vez se diferencien con respecto a otras profesiones o tipos de trabajo. Una vez aceptado, al menos en nuestro ambiente en Europa, que el acceso a la formación básica y especializada se produce sin discriminación de género, han existido cambios sociológicos, ya analizados en este libro, que sin duda tienen y tendrán un impacto muy importante en la proyección de la mujer en la medicina y en la cirugía.

LA MUJER Y LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA

En las últimas décadas ha existido un fenómeno, probablemente de origen multifactorial, que corresponde a la feminización de la medicina. Ello ocurre a nivel global, pero ha sido en especial relevante en nuestro país. De forma paralela, los estudios de medicina y la profesión de médico en España continúan siendo valorados al más alto nivel dentro de la sociedad civil. La nota de corte (calificación mínima necesaria obtenida al final de los estudios preuniversitarios para acceder a la Facultad de Medicina) es la segunda más alta, lo cual significa que la población de estudiantes de medicina reúne a un grupo intelectual de primer nivel. Hoy en día, más del 80% de los estudiantes de medicina son mujeres; este hecho hace suponer que en la sociedad y dentro de la escala de valores de los estudiantes preuniversitarios, las estudiantes

mujeres prefieren el perfil o perspectivas de futuro de la medicina con una escala de valores diferente a la de los estudiantes varones.

LA MUJER Y LA RESIDENCIA DE CIRUGÍA

Inevitablemente, el aumento en la proporción de estudiantes de medicina de sexo femenino debe tener un impacto en las preferencias de selección de la especialidad al finalizar los estudios universitarios, de acuerdo a múltiples influencias socioculturales. En España está implementado el sistema MIR (médico interno residente) desde hace más de 30 años, y por tanto, el acceso a las diferentes especialidades depende exclusivamente del resultado de un único examen para todas ellas; es más fácil observar las variaciones en las preferencias de las diferentes especialidades de forma paralela a la feminización de la profesión. Es difícil pormenorizar los diversos factores que pueden favorecer la elección de las distintas especialidades por los futuros residentes en función de su género, pero es evidente que existe un cierto impacto cuando los cirujanos/as que escogen cirugía general corresponden a números resultado del examen MIR más bajos que otras especialidades, y a la vez que la feminización de la especialidad es menor respecto a otras especialidades. Ello es más evidente en algunas especialidades quirúrgicas (cirugía general [68% varones vs. 32% mujeres], ortopedia [80% varones vs. 20% mujeres], urología [80% varones vs. 20% mujeres], o cirugía cardíaca [80% varones vs. 20% mujeres]); respecto a otras más solicitadas por médicas (pediatría [33.8% varones vs. 66.2% mujeres], rehabilitación [34.2% varones vs. 65.8% mujeres] o alergología [35.8% varones vs. 64.2% mujeres]) (*Figura 1*). Aspectos personales, de tipología laboral, de facilidad de conciliación familiar, así como una importante impronta cultural con modelo de roles (masculino/femenino) pueden ser responsables de estos cambios, aunque harán falta algunos años más para que se consolide el fenómeno de la “feminización” y conocer los detalles de esta nueva situación, pero se puede concluir que la cirugía general no es una de las especialidades más atractivas o a la que acceden los aspirantes con los mejores resultados tras el examen MIR.

No soy consciente (basado en mi experiencia, en un inicio como miembro y actualmente como presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad) de graves anomalías o porcentajes de renuncia a la formación como residente de cirugía tanto por varones como por mujeres; la información es escasa en cuanto al desarrollo o aprovechamiento de la formación durante el periodo de residencia. En 2015 efectuamos una encuesta para evaluar el grado de cumplimiento del programa específico de residencia por parte de los residentes españoles de quinto año de cirugía.² Los datos más interesantes relacionados con la distribución por géneros y sus resultados fueron que en dicho periodo la proporción de cirujanos varones era del 45% versus el 55% de mujeres, sin ninguna diferencia con respecto a su distribución en las diferentes comunidades autónomas; también se observó que, en valores absolutos, las cirujanas operaban más que sus compañeros varones (625 ± 244 vs. 527 ± 209 , $p < 0.029$).

LA CIRUJANA EN ACTIVIDAD

Existe menos información, al menos en nuestro país, en cuanto al porcentaje de cirujanos que lo consiguen y a la dificultad para la obtención de un puesto estable de trabajo como cirujano en función del género. Inevitablemente, la situación laboral del médico residente que termi-

na la especialidad, por lo regular a los 29-30 años, choca o debe conciliarse con su situación personal o sociofamiliar; y este periodo, sobre todo si la cirujana quiere ser madre, puede complicar su proceso de selección de trabajo o de elección de un proyecto personal, laboral o académico. Existe evidencia de que las médicas o cirujanas son madres más tarde que sus compañeros varones o de otras profesiones.³

El impacto del género del cirujano en los resultados postquirúrgicos también ha sido estudiado con resultados variados. Wallis y colaboradores⁴ analizaron una cohorte cana-

Feminización y especialidades

Médicos colegiados activos. Feminización por especialidades

■ Hombre ■ Mujer
Porcentaje

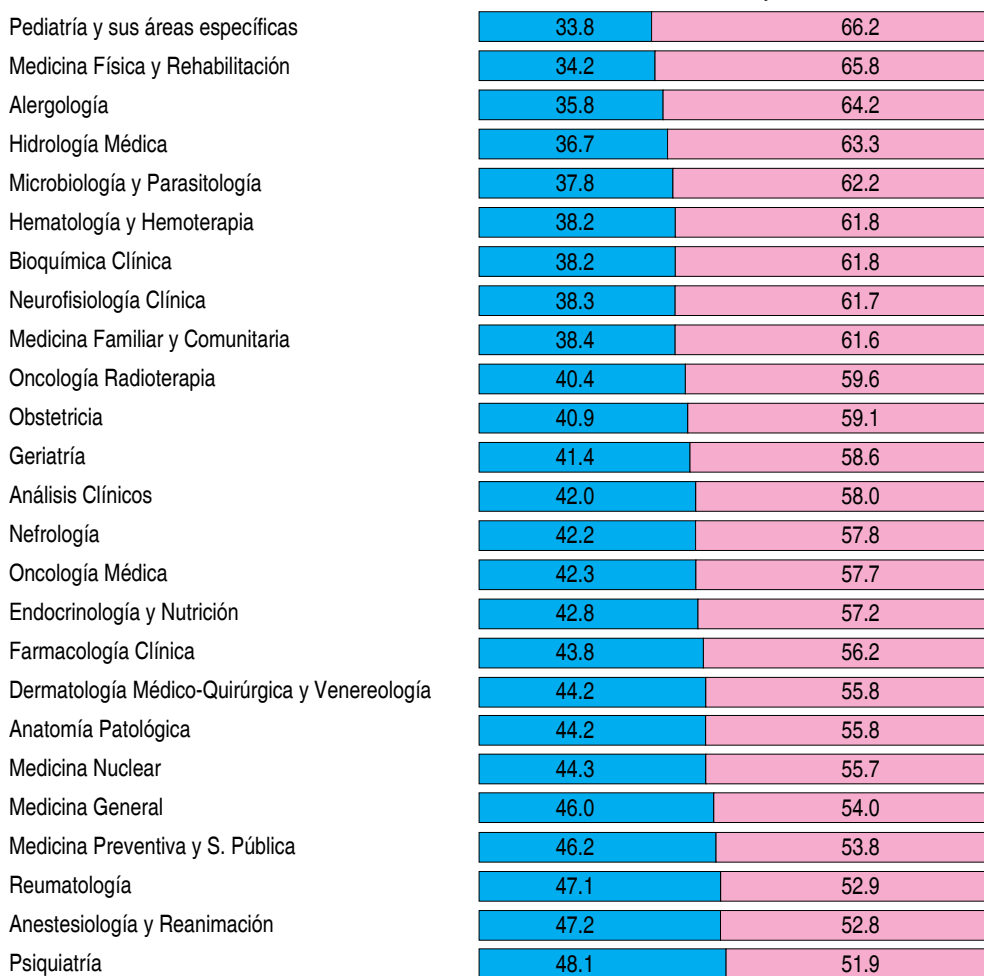


Figura 1. Tasa de feminización de todas las especialidades en España.

Feminización y especialidades

Médicos colegiados activos. Feminización por especialidades

■ Hombre ■ Mujer
Porcentaje

Especialidad	Hombre (%)	Mujer (%)
Neurología	50.2	49.8
Medicina Legal Forense	51.0	49.0
Radiodiagnóstico	51.0	49.0
Inmunología	51.4	48.6
Neumología	51.6	48.4
Oftalmología	52.1	47.9
Aparato Digestivo	52.8	47.2
Medicina Intensiva	53.1	46.9
Medicina de Trabajo	53.3	46.7
Medicina Interna	55.1	44.9
Cirugía Pediátrica	55.9	44.1
Médico General Acreditado	57.5	42.5
Medicina de E. Física y Deporte	59.3	40.7
Otorrinolaringología	63.2	36.8
Angiología y Cirugía Vascular	64.2	35.8
Cardiología	66.8	33.2
Cirugía Plástica	68.1	31.9
Cirugía General y del A. Digestivo	58.5	31.5
Cirugía Oral y Maxilofacial	69.3	30.7
Estomatología	71.0	29.0
Cirugía Torácica	72.4	27.6
Neumocirugía	75.5	24.5
Cirugía Ortopédica y Traumatología	80.1	19.9
Urología	80.2	19.8
Cirugía Cardiovascular	80.4	19.6

Continúa Figura 1. Tasa de feminización de todas las especialidades en España.

diense de 104,630 pacientes, observando que la mortalidad postoperatoria era ligeramente inferior en los pacientes operados por mujeres, aunque el resto de resultados postoperatorios (estancia, morbilidad y readmisiones) era similar. Tsugawa y asociados⁵ en un análisis de una serie de 892,127 pacientes de edad superior a 65 años describieron que la mortalidad era mayor en pacientes operados por cirujanos más jóvenes respecto a cirujanos veteranos, pero sin diferencias en cuanto al sexo del cirujano, entendiendo una competencia similar.

LA PROYECCIÓN ACADÉMICA Y LIDERAZGO QUIRÚRGICO

Un punto particularmente controvertido cuando se analiza el papel de las cirujanas en la práctica quirúrgica es su proyección académica y posibilidades de desarrollo de liderazgo, existiendo el sentimiento de que el acceso a niveles de dirección está limitado por un fenómeno definido por los autores estadounidenses como *sticky floor* (suelo pegajoso) y *glass ceiling* (techo de cristal), que limita el despegue y el ascenso de la mujer en un ambiente académico o asistencial.⁶ Se han argumentado sesgos inconscientes, culturales y modelos del rol que definen un techo de cristal difícil de ser atravesado por parte de las mujeres con ambiciones o capacidad de liderazgo no sólo quirúrgico, sino en todos los ámbitos laborales. Esta idea o concepto, bien documentado en la evolución de las últimas décadas, puede ser explicado y entendido por diversas razones: en primer lugar, el incremento en el número de cirujanas no se ha asociado a un cierto grado de paridad de acuerdo al género. Se ha argumentado que existe una barrera sociocultural subconsciente que considera la “masculinidad” de un oficio (la cirugía).⁷ Por otra parte, se puede considerar la visualización de actitudes enérgicas por parte de mujeres como incorrectas, impropias o propias del otro género. Este concepto, con seguridad importante en épocas iniciales, desaparecerá progresivamente por la elevada población femenina en los equipos quirúrgicos. Otro concepto considerado es la mayor dificultad por parte de cirujanas para ser dirigidas por cirujanos *seniors* en su trayecto académico, por la falta de mentores y referentes femeninos. Se considera que la existencia de referentes de éxito femeninos en centros de trabajo sirve de efecto llamada o efecto ejemplo que favorece y facilita la progresión académica de cirujanas.

En los últimos años se ha intentado objetivar, especialmente en la literatura sajona, los avances y las barreras a la progresión académica y el rol de líderes de las médicas. Un sencillo ejemplo para valorar la fase inicial del interés académico por parte de los cirujanos es su afiliación a sociedades científicas. En el momento actual, la distribución de los 5,160 asociados de la Asociación Española de Cirujanos es de 41% mujeres y 59% hombres, pero cuando analizamos los asociados *juniors*, la proporción femenina supera el 60%. En contraste, la proporción de socias de la *European Association for Endoscopic Surgeons* (EAES), una sociedad relativamente joven (27 años), pero de marcada orientación tecnológica hacia la cirugía endoscópica, es de predominio masculino, aunque con una lenta progresión en el porcentaje de miembros femeninos (2017, 9.6%, 2018, 10.5%, 2019, 12%). Éste es un ejemplo a tener en cuenta en un entorno quirúrgico muy tecnificado que tal vez puede limitar el interés por parte de las cirujanas en relación a este tipo de cirugía.

Otra forma de valorar la progresiva implicación e implementación de las cirujanas en el mundo académico es mediante los análisis de su participación como ponentes o moderadoras en reuniones científicas. Un interesante estudio comparando dos periodos (2014-2019) en dos congresos multitudinarios norteamericanos (*Academic Surgical Congress* (ASS) y *American College of Surgeons Clinical Congress* (ACS) observó un incremento significativo en el número de ponentes femeninos a nivel del ASS (23 a 34%, $p < 0.007$), pero no en el ACS (37% vs. 36%), mientras que el número de moderadoras alcanzó el 43% en el ASS y 37% en el ACS.⁸ La evolución en la introducción de la mujer en las *faculties* se puede considerar como lenta en estas dos sociedades consideradas como muy clásicas, a pesar de los intentos de armonización mediante la creación del *Women Surgeons Committee* (ACS). Otras sociedades

han apostado de forma enérgica y proactiva por la inclusión de la mujer en sus estamentos de gestión, como es el caso de la SAGES. En un reciente análisis sobre el sesgo por género en sus estructuras de gestión se observó un incremento del 35 (1992) al 27% (2018). En la actualidad, la proporción de mujeres en órganos de gestión es superior al porcentaje de mujeres en el total de los miembros.⁹ De forma similar, en su hermana europea (EAES), la proporción de mujeres miembros de los diferentes comités (20%) es superior al porcentaje de mujeres miembros de la sociedad (12%).

El punto de discusión es que siendo la población de cirujanas actualmente superior o igual a la masculina, por qué no se correlaciona en cuanto a la cifra de responsables científicos de las reuniones. Una posible explicación, que justifica también la temporalidad de esta discusión, es que en la mayoría de los comités que seleccionan ponentes y moderadores, cuyos miembros están en diversos años, todavía no ha existido el recambio necesario para hacer valer a sus colegas mujeres. Es bien conocido que en todo intento de avance conceptual hace falta un periodo más o menos largo para que los efectores de dicho concepto sean sustituidos por personas acordes a las nuevas ideas.

No existe información en nuestro ambiente con respecto al acceso de cirujanas a puestos de profesorado universitario, pero el hecho de que en nuestro país dicho acceso esté basado en la superación de una acreditación de acuerdo a un baremo científico perfectamente objetivable, hace pensar que el freno psicológico o inconsciente, o la posibilidad de manipulación sea menos importante y sólo progresen aquellas personas del género que estén técnicamente bien preparadas. Aquí, también el periodo de temporalidad es esencial ante la extrema duración y exigencia de la carrera académica. Sirva de ejemplo la experiencia del Departamento de Cirugía de la Universidad Autónoma de Barcelona que incluye el profesorado de Cirugía General, COT, Oftalmología y Anestesia y que consta de más de 160 profesores, de los cuales 40 (25%) son mujeres. Sin embargo, de los 160 profesores, únicamente 28 son profesorado por oposición y de ellos, sólo uno es mujer. Es difícil extraer conclusiones de estos datos y hace falta esperar unos años para conocer al detalle cuál será el futuro académico en cuanto a la progresión y proyección del profesorado femenino en departamentos quirúrgicos, aunque harán falta medidas concretas para promover y estimular la progresión académica femenina.

Coincidiendo en el tiempo, se ha producido un hecho a destacar que ejemplifica la potencialidad y capacidad académica de la mujer cirujana como ha sido el ascenso en la cifra del factor de impacto logrado por *JAMA Surgery*, revista liderada en los dos últimos periodos consecutivos por dos cirujanas (Julie Ann Freischlag, 2005-2014 y Melina Klibbe, 2014) que han conseguido alzarla al número uno de la clasificación académica, con un IF de 10, superando al líder indiscutible durante décadas, el *Annals of Surgery*.

LA PROYECCIÓN DE LA MUJER EN LA CIRUGÍA: ¿CÓMO MEJORAR?

El futuro de la profesión quirúrgica depende de la contratación y promoción de personas con talento, independientemente de su género. Aunque la presencia de la mujer en el campo de la cirugía se ha incrementado de forma progresiva, todavía existen limitaciones en el desarrollo del liderazgo quirúrgico y de la proyección de la mujer en las esferas asistencial y académica.

Para que los cambios sean evidentes, no hay que esperar que éstos se produzcan solos y es necesario establecer diversas estrategias que permitan reducir el sesgo de género en la cirugía.

Por una parte, es importante reforzar el papel de la mujer como mentor en cirugía que permita una mayor identificación de las mujeres con modelos de referencia a seguir (jefes de departamento, profesores). Se ha sugerido que el rol de la mujer como tutor clínico, profesor o mentor cambia los estereotipos, estimula la identificación del tutorizado con el rol de liderazgo en cirugía y aumenta la percepción de las propias capacidades.¹⁰

En segundo lugar, es esencial favorecer que las mujeres se impliquen en programas de formación, desarrollo de competencias y capacitación en temas como liderazgo, comunicación y *coaching* que permitan ayudarlas a gestionar su desarrollo profesional, y a ser conscientes de su potencial y sus capacidades para ejercer el liderazgo.

Por último, una mayor concientización por parte de hombres y mujeres de la importancia de la mujer en la cirugía y la búsqueda de nuevas fórmulas de flexibilidad laboral,¹¹ donde se investigue el impacto en los resultados educativos y el nivel mínimo de capacitación requerido para mantener las habilidades y pueda mejorar la proyección de la mujer en la práctica quirúrgica.

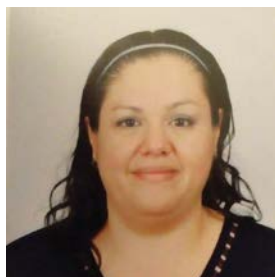
CONCLUSIÓN

Las décadas más recientes han vivido de forma paralela la legítima reivindicación femenina de sus derechos, con una progresiva feminización de la medicina, y por ende, de la cirugía. En el momento actual estamos en una fase de transición hasta que pase el suficiente tiempo para que dicha feminización empape todas las estructuras del tejido asistencial y académico quirúrgico; pero es fácil observar riesgos y situaciones que pueden limitar la progresión de las mujeres profesionales, por lo que es importante identificarlos, establecer acciones para corregirlos y promover un ambiente laboral y profesional en el que el único factor diferencial sean las aptitudes y competencias, sin diferencias en relación al género de los cirujanos.

REFERENCIAS

1. Pories SE, Turner PL, Greenberg CC, Babu MA, Parangi S. Leadership in American surgery: women are rising to the top. *Ann Surg.* 2019; 269: 199-205.
2. Targarona SE, Jover NJ, Gutierrez SJ, Turrado RV, Parrilla PP, et al. The surgical experience of general surgery residents: an analysis of the applicability of the specialty program in General and Digestive Surgery. *Cir Esp.* 2015; 93: 152-158.
3. Wallis CJ, Ravi B, Coburn N, Nam RK, Detsky AS, Satkunasivam R. Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population based matched cohort study. *BMJ.* 2017; 359: j4366.
4. Rangel EL, Smink DS, Castillo-Angeles M, Kwakye G, Changala M, Haider AH, et al. Pregnancy and motherhood during surgical training. *JAMA Surg.* 2018; 153: 644-652.
5. Tsubawa Y, Jena AB, Orav EJ, Blumenthal DM, Tsai TC, Mehtsun WT, et al. Age and sex of surgeons and mortality of older surgical patients: observational study. *BMJ.* 2018; 361: k1343.
6. Greenberg CC. Association for Academic Surgery presidential address: sticky floors and glass ceilings. *J Surg Res.* 2017; 219: 9-18.
7. Bellini MI, Graham Y, Hayes C, Zakeri R, Parks R, Papalois V. A woman's place is in theatre: women's perceptions and experiences of working in surgery from the Association of Surgeons of Great Britain and Ireland women in surgery working group. *BMJ Open.* 2019; 9: e024349.

8. Wilcox AR, Trooboff SW, Lai CS, Turner P, Wong SL. Trends in Gender Representation at the American College of Surgeons Clinical Congress and the Academic Surgical Congress: A Mixed Picture of Progress. *J Am Coll Surg*. 2019; 29: S1072-751530403-X.
9. Dumitra TC, Alam R, Fiore JF Jr, Mata J, Fried GM, Vassiliou MC, et al. Is there a gender bias in the advancement to SAGES leadership? *Surg Endosc*. 2019.
10. Dasgupta N. Ingroup experts and peers as social vaccines who inoculate the self-concept: the stereotype inoculation model. *Psychol Inq*. 2011; 22: 231-246.
11. Mahady SE. Adding flexibility to physician training. *Med J Aust*. 2011; 194: 460-462.



Equidad de género

Mtra. Mayra Aidee Pérez Ambriz

La invisibilidad no es sinónimo de irrelevancia en materia de opresión.
Susan Sherwin¹

Al tomar como punto de referencia la anatomía de mujeres y hombres con sus funciones reproductivas evidentemente distintas, cada cultura establece un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que atribuyen características específicas a cada sexo. Esta construcción simbólica, que en las ciencias sociales se denomina género, reglamenta y condiciona la conducta objetiva y subjetiva de las personas.² El género significa la construcción de un saber sobre los cuerpos, un saber acerca de las diferencias sexuales y un saber que es simultáneamente una relación de dominación y subordinación. Así, el género es la organización social de la diferencia sexual que estructura simbólica y materialmente la vida social. Sin embargo, no es un concepto fijo ni permanente que señala una simple oposición entre los sexos o la concepción de sus diferencias, por el contrario, al señalar la construcción de las relaciones tradicionales de desigualdad, este concepto ofrece alternativas críticas a esa construcción. Por ello, su adopción implica posicionarse en una epistemología política comprometida con la construcción de la equidad y la valorización de los sujetos y sus derechos.³

El concepto “equidad de género” es un principio de carácter ético-normativo basado en el principio de justicia social, que busca compensar los desequilibrios existentes en el acceso y control de los recursos, así como atender las necesidades, intereses y prioridades de las personas. Se refiere a la reducción y eliminación de disparidades innecesarias, evitables e injustas atribuibles al sistema sexo-género, teniendo como objetivo que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades de gozar las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud.⁴ La equidad de género también se define como “la imparcialidad en el trato que reciben las personas de acuerdo a sus necesidades respectivas, ya sea con un trato igualitario o diferenciado, pero que se considera equivalente en lo que se refiere a los derechos, beneficios, obligaciones y posibilidades. En el ámbito del desarrollo, un objetivo de equidad a menudo requiere incorporar medidas encaminadas a compensar las desventajas históricas y sociales que arrastran las mujeres”⁵

El concepto de “igualdad” se refiere a un derecho humano, protegido por distintos instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos, acompañado del principio de la no discriminación⁶ que, además, reconoce la diversidad de los diferentes grupos de mujeres y hombres.⁵

Ambas dimensiones se conjugan para dar origen a un concepto que define la “equidad” como una “igualdad en las diferencias”, entrelazando la referencia a los imperativos éticos que obligan a una sociedad a ocuparse de las circunstancias y los contextos que provocan la desigualdad con el reconocimiento de la diversidad social, de tal forma que las personas puedan realizarse en sus propósitos de vida según sus diferencias. Por ello, la equidad incluye como parte de sus ejes el respeto y garantía de los derechos humanos y la igualdad de oportunidades.

Con esta disposición, las políticas de equidad no se limitan a una dimensión de oportunidades de acceso al bienestar material, sino que suponen cambios en la configuración socio-cultural de las relaciones de poder. Esto es especialmente necesario en el caso de la equidad de género, cuyas exigencias suponen cambios profundos en la sociedad, la cultura y el poder para eliminar la discriminación y la opresión en función del sexo. Para el feminismo, la equidad de género y la igualdad están unidas, pero es incorrecto reemplazar a una con la otra, ya que la igualdad es un valor superior que apela al estatuto jurídico de las mujeres y al principio de no discriminación basada en la diferencia sexual; mientras que la equidad es una medida dirigida a cubrir los déficits históricos y sociales de las desigualdades por razón de género,⁷ las cuales son potencialmente evitables por medio de un abanico de intervenciones públicas, por ejemplo, impuestos o subsidios para redistribuir el ingreso, cuotas de género en las asambleas legislativas, sistemas universales de salud, etcétera.⁶

La expresión “perspectiva de género” apunta hacia la distinción entre la diferencia sexual y los roles sociales que se construyen a partir de dicha diferencia. Su principal objetivo es la consecución de la igualdad de derechos y oportunidades entre varón y mujer, sin homogeneizarlos. Constituye una herramienta esencial para entender cómo se generan y reproducen determinadas jerarquías, relaciones de dominación y desigualdades sociales. Cuando se alcance la igualdad de oportunidades, se elimine la ceguera del género, la educación no sexista sea una realidad y las pautas culturales sean más igualitarias, la perspectiva de género desaparecerá.²

EQUIDAD DE GÉNERO EN LA MEDICINA

La mayoría de los estudios de género abordan muy diversas problemáticas de las mujeres en los estratos desprotegidos de la sociedad. Por el contrario, no son numerosas las investigaciones cuyos resultados se refieran a las mujeres en situaciones en las que constituyen grupos especiales en la ciencia. Evidentemente este grupo de mujeres, las profesionales de la medicina exitosas, no tienen los problemas que sufren campesinas, reclusas, 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.⁸

La medicina nace y se inserta en una sociedad cuya visión del mundo y de las relaciones sociales suele centrarse en el punto de vista masculino (androcéntrico), dando por sentado que el hombre es a quien le está permitido ejercer la autoridad (patriarcal) y donde se normaliza y reglamentan las relaciones heterosexuales como la única forma posible de relacionarse (heteronormativa). Se entiende entonces que esta sociedad mantiene un desequilibrio estructural de poder donde la mujer es subordinada. La medicina es el reflejo de la cultura y las creencias que la sustentan y al ser pensada, enseñada, investigada y ejercida mayoritariamente por varones, tiene sus mismas características: la autoridad como jerarquía, la dificultad para reconocer

y expresar emociones, el mito de la autosuficiencia y de invulnerabilidad, el enaltecimiento de la objetividad y el pensamiento racional.

Estas características se transmiten como currículum oculto al pregrado, al postgrado y durante la práctica profesional; a pesar del predominio actual de mujeres en el ejercicio de la medicina, la práctica médica todavía es androcéntrica, porque está socializada y formada profesionalmente en el mismo contexto patriarcal. La feminización de la profesión puede facilitar una mirada crítica y feminista si se pone en palabras las experiencias vividas por las mujeres médicas haciendo pública su voz también en el ámbito médico.

Teniendo en cuenta el rol social de la medicina, es nuestra responsabilidad profesional cuestionar la ciencia y la práctica médica desde una perspectiva de género, así como denunciar los condicionantes que perjudican la salud de hombres y mujeres, pues todo aquello que compete a las mujeres no puede ser analizado de forma desvinculada de todo lo que concierne a los hombres.³ Mientras construimos colectivamente otro modelo posible, las actitudes individuales pueden contribuir a profundizar las desigualdades existentes o bien, pueden generar experiencias de apoderamiento que las reduzcan.⁹

*Las pioneras de la medicina pueden considerarse como verdaderas heroínas,
que además se encuentran entre las pioneras del feminismo.*

Leticia Rodríguez-Pimentel¹⁰

El concepto “género” guarda una estrecha relación con los movimientos feministas que comenzaron a gestarse en Europa durante el siglo XVII. La toma de conciencia de las mujeres, como grupo históricamente oprimido por un sistema patriarcal, no es ajena a la medicina¹¹ (Tabla 1).

En 1999, en la Academia Nacional de Cirugía, de 322 miembros sólo participaban cinco mujeres y en la Academia Nacional de Medicina la cifra era de 34 mujeres de entre 861 miembros.¹⁰ Actualmente, las mujeres participan cada día más en la medicina y en la vida universitaria; sin embargo, y sólo por mencionar un ejemplo, tuvieron que pasar casi 29 años desde que se realizó el primer trasplante de corazón en México a cargo del doctor Rubén Argüero Sánchez para que una cirugía de este tipo fuera liderada por una mujer, la doctora María del Sol García Ortegón.¹² Y es que desde las escuelas de medicina, se reproducen las relaciones jerárquicas de poder entre los géneros que se manifiestan en discriminación y violencia contra mujeres y hombres que no cumplen con los estándares sociales de la masculinidad. Esta violencia perdura abiertamente como parte de la cultura institucional universitaria y subsiste en las escuelas de medicina como un rechazo manifiesto a que las mujeres deben permanecer en el espacio doméstico y de cuidado, u optar por profesiones afines. Además, las estudiantes son desalentadas a seguir especialidades etiquetadas como “masculinas”; abiertamente se proclama que la cirugía y la urología no son para las mujeres.

El incremento de mujeres en las escuelas de medicina no ha mejorado trascendentalmente su condición en estas instituciones; las exigencias en la formación, tiempo o trato entre colegas, así como la elección de los temas de investigación, especialidad o campo de trabajo no sólo dependen de la experiencia personal, social y científica, sino que también involucran cuestiones de género y educación. El estado que guarda la violencia de género en estos centros de enseñanza en el mundo, y sus consecuencias en la salud y la trayectoria académica del

Tabla 1. Antecedentes históricos del feminismo.¹³⁻¹⁷

Año	Representante	Datos relevantes
1788	María Petrocini Ferretti	Aprendió cirugía con su marido, pidió un permiso oficial al Colegio Médico Florentino para obtener el título y ejercer la medicina, el cual le fue denegado al concluirse que una mujer no podría reunir las características y cualidades básicas para un cirujano. Se realizó un decreto para que pudiera examinarse, aprobó el examen y tras aceptar las disposiciones de prácticas del Colegio de Cirujanos, ejerció como cirujana en Italia
1790	Olympe de Gouges Mary Wollstonecraft	Primera ola: El feminismo ilustrado Igualdad en la educación
1812	Dr. James Barry	Escuela de Medicina de Edimburgo Cirujano Mayor e Inspector General de Hospitales de la Armada Británica. Notable reputación durante 50 años Al morir, su autopsia demostró que era mujer
1832		Primera petición ante el parlamento británico reclamando el voto femenino
1874	Sophia Jex-Blake	Estuvo al frente de la liga feminista en Gran Bretaña Consiguió el derecho a la educación médica para las mujeres. Fundó la Facultad de Medicina para Mujeres de Londres
1878	Elizabeth Garrett Anderson	Primera mujer que realizó una ooforectomía Decana de la Facultad de Medicina para mujeres de Londres durante 20 años
1887	Matilde P Montoya y Lafragua	Se graduó como la primera mujer médico cirujano por la Universidad Nacional de México Ejerció brillantemente su profesión, practicó magníficas operaciones quirúrgicas hasta 1926 Homenaje de diversas asociaciones científicas, entre ellas la Sociedad de Médicas Mexicanas, la Asociación de Universitarias Mexicanas y el Ateneo de Mujeres
1903	Emmeline Pankhurst	Segunda ola: El feminismo sufragista Nace el movimiento sufragista en Manchester
1913		Pusieron un explosivo en el domicilio del primer ministro David Lloyd George
1918		Ocho millones de mujeres mayores de 30 años vieron su derecho a voto reconocido en Reino Unido
1928		Todas las mujeres pudieron votar como los hombres
1929		Derecho a voto reconocido en Ecuador
1947		Derecho a voto reconocido en Argentina
1948		La Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce la igualdad entre los géneros y fue incluyéndose en la constitución de diversos países como un derecho fundamental
1953		Derecho a voto reconocido en México

Tabla 1. (Continuación) Antecedentes históricos del feminismo.

Año	Representante	Datos relevantes
1961		Paraguay, último país de Latinoamérica en reconocer el voto femenino
1963	Simone de Beauvoir	Tercera ola: La liberación de la mujer "El segundo sexo" Nace el feminismo radical
1979		La Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) considerada el principal instrumento jurídico a nivel internacional para promover la igualdad de las mujeres, pues establece el reconocimiento y profundización del principio de no discriminación de la mujer
1981		Se funda la Asociación de Mujeres Cirujanas (AWS), una organización educativa y profesional sin fines de lucro dedicada a apoyar a las mujeres cirujanas en diversas etapas de su carrera, desde la escuela de medicina hasta la jubilación
1993		Segunda Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos. Se considera oficialmente la violencia contra la mujer como una violación a los derechos humanos
1994		La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención Belém do Pará) fue adoptada por la OEA. Se afirma que la violencia contra la mujer constituye una violación a los derechos humanos y las libertades fundamentales, limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades
1997	Malala Yousafzai	Cuarta ola: Feminismo contemporáneo Nacen nuevas ramas más especializadas: transfeminismo, afrofeminismo, feminismo de clase
1999		La revista TIME sitúa a Emmeline Pankhurst entre las personalidades más influyentes del Siglo XX

estudiantado de pregrado, principalmente femenino, se presenta en diferentes modalidades: discriminación de género, sexismo, hostigamiento sexual, amenazas, chantaje académico, entre otros, lo que repercute en la salud en forma de estrés, tristeza, depresión, tensión, insatisfacción, culpa, dificultades para dormir y/o problemas emocionales.¹⁸

Se sabe que algunas de las estudiantes de medicina no solicitan carreras quirúrgicas debido a malas experiencias en sus rotaciones, la falta de asesoría y deseo de un mejor estilo de vida fuera del ámbito profesional. Conscientemente o no, las estudiantes de medicina tienden a buscar programas en los que otras mujeres (residentes y adscritas) han sido aceptadas, respetadas y exitosas.¹⁹

Asimismo, los estudiosos de género han propuesto el concepto “techo de cristal”, 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.⁸ Las feministas han descubierto que las mujeres han sido devaluadas y puestas en peligro de múltiples formas, y tienen claro que el sexismo inconsciente es tan común y peligroso como su versión consciente, si no es que más. Las raíces del sexismo se entrelazan profundamente en el tejido cultural; por tanto, es poco posible que se erradiquen sin una investigación exhaustiva de las diversas instituciones que moldean la sociedad.¹

Las mujeres cirujanas continúan enfrentando desafíos únicos para el avance profesional, las tasas más altas de desgaste y la menor confianza entre las mujeres durante la residencia de cirugía sugieren que sus experiencias difieren según el sexo. Pocos estudios han investigado experiencias específicas de género durante el entrenamiento; sin embargo, un estudio reciente²⁰ identifica las diferencias basadas en el género en las experiencias durante la residencia de cirugía general, donde los residentes consideran que los pacientes y los médicos descartan con mayor frecuencia el rol profesional de las residentes y éstas mencionan más a menudo que perciben conductas agresivas del personal de apoyo. En relación con los hombres, las mujeres señalan más la falta de asesoría, incomodidad, presión a participar en conductas no profesionales y tener dificultad para completar las tareas.

La práctica quirúrgica representa un reto del cual las mujeres no tienen por qué y no quieren ser excluidas; sin embargo, en las especialidades quirúrgicas, donde siempre ha dominado el género masculino, la inclusión de las mujeres no es bien recibida. Al igual que todas las profesiones de las mismas características, la mujer que trabaja con hombres, tiene que hacerlo al doble para demostrar sus capacidades a los pacientes, al equipo de trabajo, a sus colegas y, por supuesto, a los directivos.

Por otro lado, la razón por la que las mujeres eligen carreras quirúrgicas se debe generalmente a las mismas que los hombres: la satisfacción en la rapidez del manejo, el tratamiento definitivo, lo excitante de la práctica quirúrgica y la combinación del trabajo cerebral y artístico. Así, también existen mujeres que planifican su carrera, muestran ambición y se capacitan para lograr sus fines.

A continuación se muestran algunos de los obstáculos para las mujeres:¹⁹

1. *Rigidez en la estructura de los programas de residencias quirúrgicas.* Las estructuras organizacionales se han incrementado a favor de hombres solteros o con parejas cuyo apoyo les permite dedicar más tiempo a su trabajo. Las definiciones de éxito, competencia y liderazgo son basadas típicamente en atribuciones masculinas, por lo que los criterios de selección son definidos por ellos.
2. *Falta de promoción en puestos directivos.* Los puestos directivos son ocupados por hombres en un alto porcentaje. En ocasiones, las mujeres son percibidas con menor habilidad para el liderazgo y la competencia, lo que da lugar a que no haya suficientes representantes que promuevan la integridad de los derechos de las mujeres e impulsen sus capacidades para alcanzar puestos directivos que puedan desarrollar de manera exitosa.

3. *Discriminación por género.* A pesar de que el artículo 4.º constitucional establece la igualdad de la mujer y el hombre, en las especialidades quirúrgicas abundan las solicitudes cuyas resoluciones son en gran medida a favor del hombre.
La resistencia física es también un argumento común del que se echa mano para restar oportunidades a la mujer, que también puede mostrarla con mayor grado de responsabilidad. Además, la cirugía no requiere fuerza física, sino toma de decisiones, capacidad intelectual y habilidades motoras.
4. *Embarazo.* La edad para la formación académica como especialista es justo durante la etapa de la vida reproductiva óptima, lo que genera mayor discriminación y riesgo de deserción o de no aprobación de los cursos. La posibilidad de embarazo puede limitar el ingreso a una especialidad quirúrgica o reducir la promoción ante la probable solicitud de licencias por gestación y lactancia.
5. *Hostigamiento sexual.* Son comunes los comentarios alusivos a la sexualidad, ya sea por parte de los residentes, médicos adscritos y/o personal hospitalario, lo que puede terminar en proposiciones incómodas. Más de la mitad de las profesionales informan experiencias y percepciones de acoso sexual, al grado de inducir sometimiento, rechazo, favoritismo y amenaza de condicionamiento de la práctica quirúrgica.
6. *Relaciones personales.* Las relaciones interpersonales pasan a segundo término, cualquier tipo de relación se ve deteriorada durante la vida profesional afectando la vida social y conyugal presente y futura.
7. *Inequidades salariales.* Los ingresos se ven repercutidos por el prestigio, la confianza y el reconocimiento que se deposita en el hombre médico por pensar que posee mayor capacidad física y mental.
8. *Responsabilidades domésticas y familiares.* La probabilidad de formar una familia es menor. Las mujeres que tienen hijos durante la residencia presentan mayores obstáculos para su desarrollo y su vida académica.
9. *Barreras psicológicas.* El principal temor es la decisión entre la vida familiar y profesional. Desarrollar sus objetivos en un “mundo de hombres”, donde la competencia es enaltecida y continuamente reforzada puede tener el doble de dificultades.

ÁREAS DE OPORTUNIDAD PARA LAS MUJERES EN EL EJERCICIO DE LA CIRUGÍA GENERAL

A nivel mundial, existen asociaciones de cirugía representadas por mujeres¹⁷ que están intentando cambiar las condiciones de inequidad de género.

Algunas propuestas para la concientización con respecto a la equidad de género son:

- Educación en los cambios de actitud y mentalidad no sexista de toda la sociedad.
- Tener mayor conciencia de las capacidades de la mujer y de las oportunidades que recibe para demostrarlas.
- Evitar la autodiscriminación, permitiendo que las mujeres cesen de dudar de sus propias capacidades y su potencial mientras dedican tiempo para el descanso, el estudio, la vida personal y familiar.
- Intentar, en lo posible, disminuir las horas de jornada laboral.

- Hombres y mujeres requieren de un área especial para descanso y aseo durante las horas de trabajo hospitalario y muchas instituciones de nuestro país no cuentan con estas instalaciones.
- Tomar en cuenta para el entrenamiento quirúrgico el uso de la inteligencia emocional, cierta actitud mental, resistencia necesaria y desarrollar una disciplina para manejar el reto que amerita la formación profesional.¹⁹
- Durante los años de vida reproductiva se debe considerar cómo integrar el cuidado en la profesión de manera más efectiva, abogar por mejores políticas y prácticas de licencia parental para hombres, desarrollar formas para que las mujeres se reintegren más fácilmente al entrenamiento o la práctica tras la maternidad y mejorar el acceso al cuidado infantil para el personal de salud.

No alcanzaremos la masa crítica de mujeres que necesitamos en la profesión hasta que no tengamos en cuenta la equidad de género a nivel sistémico, como lo hacen otras profesiones exigentes que ya allanan el camino para reconsiderar lo que significa ser una profesional que atiende otras áreas importantes de la vida.

A pesar de que las mujeres todavía asumen desproporcionadamente deberes de cuidado en nuestra sociedad, cambiar nuestro enfoque hacia el desarrollo de soluciones más equitativas para la prestación de cuidados nos permitirá dar grandes pasos no sólo para abordar la brecha de género en la cirugía, sino también para una sociedad más sana y justa.

REFERENCIAS

1. Sherwin S. Feminismo y bioética. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género. 2014; [Consultado: 08/08/2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es>.
2. Lamas M. La perspectiva de género. La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE. No. 8. Grupo de Información en Reproducción Elegida. 1996.
3. Schraiber LB, D'Oliveira AF. La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. Salud Colect. 2014; 10: Lanús. ISSN 1851-8265.
4. SSA. Igualdad de género en salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Secretaría de Salud. 2014; [Consultado 09-08-18] Disponible en: www.salud.gob.mx.
5. UNESCO. Igualdad de género. Indicadores UNESCO de cultura para el desarrollo. Manual Metodológico. París, Francia. 2014. pp. 104-115.
6. COLMEX. Desigualdades en México. El Colegio de México. Red de Estudio Sobre Desigualdades. 2018; ISBN 978-607-628-282-3.
7. INMUJERES. Glosario de género. Instituto Nacional de las Mujeres. CDMX, México. 2007. pp. 59-60.
8. Rodríguez 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: 265-270.
9. Rovira A. La ciencia y la práctica médica, un reflejo de la sociedad patriarcal. Catalunyaplural.cat. Diario de derechos y pensamiento crítico. 2018; [Consultado 08-08-2018] Disponible en: <http://catalunyaplural.cat/es/la-ciencia-y-la-practica-medica-un-reflejo-de-la-sociedad-patriarcal/>.
10. Rodríguez-Pimentel L, Silva-Romo R. Aportaciones de la mujer a la medicina. Gac Med Mex. 2003; 139: 635-638.
11. García C. Guías para el debate ¿Qué es la perspectiva de género? Espolea A.C. 2012; ISBN: 978-607-9162-03-0.

12. Gallegos Z. La primera cirujana en trasplantar un corazón en México: Las doctoras no estamos exentas al machismo. El País, México. Ediciones El País S.L. 16-08-17. 2017, [Consultado 08-08-18, Disponible en: https://elpais.com/internacional/2017/08/14/mexico/1502737707_317091.html].
13. Díaz G. La violencia de género en México: reto del gobierno y de la sociedad. Encrucijada. Revista Electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. 2009; 2: 1-16.
14. García M. ¿Quién fue la primera mujer cirujana de la Historia? Cosas de Médicos. Curiosidades Médicas 21-01-16. 2016; [Consultado 08-08-18] Disponible en: <http://www.cosasdemedicos.es/2016/01/quien-fue-la-primera-mujer-cirujana-de-la-historia/>.
15. Miranda-Novoa M. Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género. 2012; 21 (2). 337-356. Universidad La Sabana. Chía Colombia, Dikaion ISSN 0120-8942.
16. Sole G. Historia del feminismo (S. XIX y XX) 2a ed. Editorial EUNSA S.A. Ediciones Universidad de Navarra. España. 2011: ISBN: 9788431328122.
17. AWS. The Association of Women Surgeons. 2018. Available in: <https://www.womensurgeons.org/>.
18. Moreno L, Quezada H, Guevara E, Ibarra N, Martínez N, Pedraza R. Las relaciones de género y el maltrato en las escuelas de medicina: una agenda pendiente en México y el mundo. Gac Med Mex. 2016; 152: 812-818.
19. Cortés A, Fuentes C, López M, Velázquez G, Farías O, Olivares J, et al. Medicina académica y género .La mujer en especialidades quirúrgicas. Gac Méd Méx. 2005; 141: 341-344.
20. Myers S, Hill K, Nicholson K, Neal M, Hamm M, Switzer G, et al. A qualitative study of gender differences in the experiences of general surgery trainees. J Surg Res. 2018; 228: 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2018.02.043>.



La mujer y los Derechos Humanos

Dr. Agustín Antonio Herrera Frago

Yo, Hiparquia, no seguí las costumbres del sexo femenino, sino que con corazón varonil seguí a los fuertes perros. No me gustó el manto sujeto con la fíbula, ni el pie calzado y mi cinta se olvidó del perfume. Voy descalza, con un bastón. Un vestido me cubre los miembros y tengo la dura tierra en vez de un lecho. Soy dueña de mi vida para saber tanto y más que las ménades para cazar.

Antípatro de Sidón

En nuestro tiempo la cuestión de los “derechos de la mujer” ha adquirido un nuevo significado en el vasto contexto de los derechos humanos, situación que lleva un largo recorrido. Ahora bien, si hablamos de la igualdad y no discriminación, primero debemos esclarecer que por naturaleza somos diferentes desde el inicio de la vida humana, la conformación genética XX (mujer) y XY (hombre) establece el inicio de una diferenciación ontológica, instaurando sus divergencias químicas, biológicas, neurológicas y morfológicas, debiendo brindar ese cuidado y atención en todos sus estadios de forma adecuada y proporcional, principio que rige en la medicina; razón por la que se crean especialidades para la atención de grupos específicos como la perinatología y pediatría durante el inicio de la vida, y geriatría hacia el final; en lo que se refiere a la atención de las mujeres, se encuentra la ginecología y para los hombres la proctología, situación congruente con el dimorfismo que tiene cada uno de los sexos y su debida especialización para su atención.

Asimismo, hay especialidades que son para situaciones y momentos de todas las personas como la cirugía general, caso que nos ocupa en el presente libro. La cirugía es la rama de la medicina que se dedica a curar las enfermedades por medio de operaciones. La cirugía general se encarga de las operaciones gastrointestinales (estómago, bazo, páncreas, hígado, etc.) y de las glándulas endocrinas. También abarca las cirugías torácicas no cardiovasculares.¹ Del mismo modo, incluye la reparación de hernias y eventraciones de la pared abdominal. Desde el surgimiento de la cirugía laparoscópica en los últimos tiempos el cirujano general ha debido adecuarse a la nueva modalidad de abordaje, donde las destrezas adquiridas en la cirugía a cielo abierto en muchos casos se contrastan y en muchos otros se complementan con el nuevo abordaje quirúrgico.

Cualquier persona que cumpla con los requisitos, cuente con cédula profesional y tenga las aptitudes y conocimientos necesarios puede realizar dichas operaciones. Dentro de la medicina es importante pertenecer a una instancia colegiada para el impulso profesional, capacitación y honorabilidad de la profesión.

Situación que puede realizar cualquier persona, sin distinción de género, amparado por el derecho, mismo que rige dentro del ámbito deontológico para todas las personas sin distinción o discriminación de cualquier tipo.

Ahora bien, la igualdad jurídica es aquella que se contiene en su fórmula: dar a cada uno lo suyo. A todos se trata igual porque a todos se les da lo que les corresponde.

La igualdad de la justicia tiene un primer aspecto que se representa por los ojos vendados: la justicia no discrimina, no hace acepción de personas. Dicho de otra manera: la justicia no se fija en la persona, se fija exclusivamente en el derecho de cada quien.

En su otra cara, la discriminación por razones de sexo, nacionalidad, nacimiento y cualquier otra forma de acepción de personas es una injusticia. Lo justo es tratar a todos de la misma manera en lo que son iguales, y de modo diferente —pero proporcionalmente, ésta es la clave— en lo que son diferentes. Aparece así un elemento corrector de las exageraciones del igualitarismo, que es una forma de injusticia.

Dar a cada uno lo suyo es la expresión exacta de la igualdad justa: trato igual en lo que sea igual y trato proporcional en lo que sea diferente. Si hablamos de un profesional de la salud que cuenta con todos los requisitos y aptitudes, no importa su sexo, preferencia u otra distinción, nos refiere al último párrafo del artículo 1º constitucional: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

De lo que se desprende que, para que sea justo, se debe dar lo suyo y nada más.

Dicha igualdad está establecida dentro de la interpretación de la tesis siguiente:

“Igualdad jurídica: interpretación del artículo 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”²

El precepto referido establece: “Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley”. Ahora bien, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha interpretado en diversos instrumentos dicha disposición —opinión consultiva OC-4/84 del 19 de enero de 1984. Serie A, No. 4; Caso Yatama vs. Nicaragua. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 23 de junio de 2005. Serie C, No. 127; Caso Castañeda Gutman vs. México. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 6 de agosto de 2008. Serie C, No. 184; Caso Perozo y otros vs. Venezuela. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia del 28 de enero de 2009. Serie C, No. 195— y al respecto, ha sostenido que la noción de igualdad deriva directamente de la unidad de naturaleza del género humano y es inseparable de la dignidad esencial de la persona; sin embargo, no todo tratamiento jurídico diferente es discriminatorio porque no toda distinción de trato puede considerarse, por sí misma, ofensiva de la dignidad humana. Por tanto, sólo es discriminatoria una distinción cuando “carece de una justificación objetiva y razonable”. Ahora bien, las distinciones constituyen diferencias compatibles con dicha Convención por ser razonables, proporcionales y objetivas, mientras que las discriminaciones constituyen diferencias arbitrarias que redundan en detrimento de los derechos humanos. En ese tenor,

la prohibición de discriminación contenida en el artículo 1º, numeral 1 de la Convención en comento, respecto de los derechos contenidos en ésta, se extiende al derecho interno de los estados parte, de manera que éstos tienen la obligación de no introducir o eliminar de su ordenamiento jurídico regulaciones discriminatorias, combatir las prácticas de este carácter y establecer normas y otras medidas que reconozcan y aseguren la efectiva igualdad ante la ley de todas las personas.

De lo cual es propio citar también otra tesis complementaria que nos señala:

“Dignidad humana constituye una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de las personas y no una simple declaración ética”³

La dignidad humana no se identifica ni se confunde con un precepto meramente moral, sino que se proyecta en nuestro ordenamiento como un bien jurídico circunstancial al ser humano, merecedor de la más amplia protección jurídica, reconocido actualmente en los artículos 1º, último párrafo; 2º, apartado A, fracción II; 3º, fracción II, inciso c); y 25º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En efecto, el Pleno de esta Suprema Corte ha sostenido que la dignidad humana funge como un principio jurídico que permea en todo el ordenamiento, pero también como un derecho fundamental que debe ser respetado en todo caso, cuya importancia resalta al ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Así las cosas, la dignidad humana no es una simple declaración ética, sino que se trata de una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de la persona y por el cual se establece el mandato constitucional a todas las autoridades, e incluso particulares, de respetar y proteger la dignidad de todo individuo, entendida ésta —en su núcleo más esencial— como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y no como un objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada.

De lo anterior es propio señalar que todas las personas por su dignidad común como especie son iguales conforme al derecho debido a su valor inherente, al establecer distinciones desproporcionadas e irracionales se encuadran dentro de la discriminación, deviniendo un acto injusto, de lo cual se debe amparar en toda la normatividad inferior a nuestra Constitución. En ese sentido, cualquier profesional de la salud que cumpla con los requisitos de la profesión deberá estudiar y graduarse conforme a sus resultados en los estudios y práctica profesional, única y exclusivamente, sin ningún otro requisito que no sea razonable o proporcional.

Esta lucha por la igualdad jurídica tiene antecedentes muy peculiares por la dominación androcéntrica y de discriminación, de lo que puede citarse dentro del *corpus iuris* de los derechos humanos, la evolución del concepto del siglo XVI y extendido por los pensadores sociales del siglo XVII y del XVIII, con las primeras revoluciones liberales fue recogido en las primeras normas positivas: la Declaración de Derechos de Virginia, en el contexto de la independencia de Estados Unidos (1776), y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en la Revolución francesa (1789) y en ninguno de ellos se consideró a las mujeres.

A la par de la declaración de 1789, Olympe de Gouges* redactó junto con otras feministas la Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana⁴ (en francés *Déclaration des Droits de la Femme et de la Citoyenne*) parafraseando la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano del 26 de agosto de 1789, siendo uno de los primeros documentos históricos que propone la emancipación femenina en el sentido de la igualdad de derechos o la equiparación jurídica y legal de las mujeres en relación con los varones, por lo cual fue detenida por su defensa por los girondinos, juzgada sumariamente y muerta en la guillotina.

De lo cual se pueden destacar:

- “1. La mujer nace libre y permanece igual que el hombre en derechos.
2. El objetivo de toda asociación política es la conservación de los derechos naturales e imprescriptibles de la mujer y del hombre; estos derechos son la libertad, la propiedad, la seguridad y, sobre todo, la resistencia a la opresión.
4. La libertad y la justicia consisten en devolver todo lo que pertenece a los otros; así, el ejercicio de los derechos naturales de la mujer sólo tiene por límites la tiranía perpetua que el hombre le opone; estos límites deben ser corregidos por las leyes de la naturaleza y de la razón.
6. La ley debe ser la expresión de la voluntad general; todas las ciudadanas y ciudadanos deben participar en su formación personalmente o por medio de sus representantes. Debe ser la misma para todos; todas las ciudadanas y todos los ciudadanos, por ser iguales a sus ojos, deben tener igualmente acceso a todas las dignidades, puestos y empleos públicos, según sus capacidades y sin más distinción que la de sus virtudes y sus talentos.
13. Para el mantenimiento de la fuerza pública y para los gastos de administración, las contribuciones de la mujer y del hombre son las mismas; ella participa en todas las prestaciones personales, en todas las tareas penosas, por lo tanto, debe participar en la distribución de los puestos, empleos, cargos, dignidades y otras actividades”

La Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana constituye por sí misma un alegato en favor de las reivindicaciones femeninas y una proclamación auténtica de la universalización de los derechos humanos.

Se reclamaba un trato igualitario hacia las mujeres en todos los ámbitos de la vida tanto públicos como privados: derecho al voto y a la propiedad privada, poder participar en la educación y en el ejército, y ejercer cargos públicos llegando incluso a pedir la igualdad de poder en la familia y en la Iglesia. Derechos que tardaron mucho en aplicarse y que aún faltan las instituciones y voluntades políticas para su efecto útil dentro de los derechos humanos.

En esa inteligencia pasaron más instrumentos y reuniones en la materia, llegando a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer⁵ o también conocida, por sus siglas en inglés, como CEDAW, tratado internacional de las Naciones Unidas firmado en 1979, fruto del trabajo de años realizado por la Comisión de la

* Seudónimo de Marie Gouze, escritora, dramaturga, panfletista y filósofa política francesa, autora de la Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana, como otras feministas de su época, fue abolicionista.

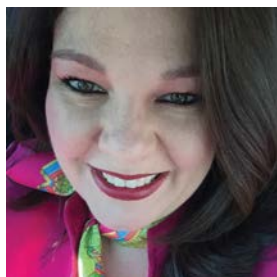
Condición Jurídica y Social de la Mujer, que fue creada en 1946 por el Consejo Económico y Social de la ONU, avances importantes dentro del campo de la igualdad y no discriminación para todas las mujeres.

Así como Aspasia enseñó retórica a Pericles y retórica y filosofía a Sócrates, María Salomea Skłodowska-Curie fue una científica pionera en el campo de la radiactividad, la primera persona en recibir dos premios Nobel en distintas especialidades (Física y Química) y la primera mujer en ocupar el puesto de profesora en la Universidad de París, y Mileva Marić (conocida como Mileva Einstein), matemática serbia colega y primera esposa de Albert Einstein, participó en los descubrimientos atribuidos a Einstein y la Dra. Lilia Cote Estrada fungió como la primera mujer en ser presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General, Colegio de Postgraduados en Cirugía General y Federación de Colegios de Postgraduados en Cirugía General (2008-2009), así como en otras áreas institucionales y responsabilidades académicas, se demuestra que las capacidades y aptitudes no tienen género.

Por lo anterior, es plausible que las profesionales de la salud en el campo de la cirugía general se hayan empoderado, demostrando que sus capacidades y profesionalismo las ponen en iguales circunstancias y derechos en cualquier ámbito laboral e institucional, así como directivos en cualquier institución colegiada, laboral y de investigación.

REFERENCIAS

1. <https://www.definicionabc.com/salud/cirugia.php>.
2. TA: Constitucional; 10ª. Época; 1ª. Sala; Gaceta S.J.F.; Libro 11, Tomo I; 1ª. CCCLIV/2014 (10ª.), 2014. p. 602.
3. TA: Constitucional; 10ª. Época; 1ª. Sala; Gaceta S.J.F.; Libro 35, Tomo I; 1a./J. 49/2016 (10a.), 2016. p. 370.
4. <https://www.nodo50.org/xarxafeministapv/IMG/pdf/declaracionDerechosMujer.pdf>.
5. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>.



Ser mujer, vocación y responsabilidad social

Mtra. Verónica Ramos Terrazas

Ser las palabras.

Frase Anónima, significa: ser coherente entre lo que decimos y hacemos.

INTRODUCCIÓN

Iniencios con la conclusión principal, contar con una cirujana general graduada es el resultado de esfuerzos más allá de lo normal; quiero decir, una mujer que desee ser cirujana general requerirá de valores muy trascendentes como son el humanismo, la compasión, la fortaleza e incluso necesitará una personalidad de carácter recio, así como ser comprometida, incansable, audaz y haberse formado en un medio socioeconómico que le permita acceder a una universidad, ya sea pública o privada; en muchos casos su entorno familiar es su motivación, en otros, se toma el ejemplo de algún profesional al que se admira, pero lo más importante es que se debe contar con una profunda vocación de servicio y entrega en beneficio de la conservación de la vida de los seres humanos.

Especialmente, las mujeres ven muy limitada la posibilidad de su educación, sobre todo en las zonas rurales y marginadas del país; sin embargo, actualmente han aumentado las posibilidades de las mujeres en el nivel básico de la educación, al llegar a cursar la educación media con mayor frecuencia; incluso, en algunas zonas del país el rezago educativo entre hombres y mujeres ha disminuido.

Para este 2019, México tiene una proyección poblacional de 125 millones 930 mil habitantes,¹ en donde 51.3% son mujeres y 48.7% son hombres. La educación influye en el desarrollo social, en la creatividad y capacidad de las personas para interactuar en su entorno; en México, 58% de la población cursa educación básica y sólo 9% llega a educación superior; sin embargo, 32.5% no termina su educación por falta de dinero o porque no le gustó la asignatura que seleccionó. Sólo 1% tiene oportunidad de estudiar un postgrado.²

De acuerdo al Anuario Estadístico de Educación Superior (ANUIES), en 2016-2017, de quienes ingresan a estudiar en el área de salud, 66.4% son mujeres y 33.6% hombres (Figura 1).³

Según la información brindada por la AMCG, en México existen 12,000 cirujanos generales, de los que 3,000 son miembros de la asociación, y sólo 13.5% son mujeres (405 personas);⁴ si consideramos una población en México de 119,938 millones de habitantes,⁵ podemos concluir que sólo 0.01% estudian Cirugía General.

SER MUJER

Simplemente nacer con género femenino es un privilegio para quienes podemos ser madres, es dar luz a la vida diariamente con sentido y trascendencia a través del rol que elegimos para vivir. Lo más importante de un ser humano es su capacidad creativa, la que ejerce la posibilidad de pensar, soñar y hacer realidad todo aquello imaginado.

El Ser nos permite vivir y transformar cada instante en una oportunidad para trascender, lo que nos brinda un espacio infinito de alternativas y momentos a elegir para tomar decisiones en el momento presente, generar ideas, descubrimientos y metodologías; es así como grandes mujeres en la historia han contribuido con nuestro mundo.

La participación de la mujer en el desarrollo de la cirugía se puede rastrear desde hace más de 5,500 años⁶ con la presencia de instrumentos quirúrgicos en la tumba de la reina sacerdotisa sumeria Shubad; en aquella época, el nivel social marcaba la pauta para poder acceder al conocimiento.

Desde la conquista, la identidad de la mujer se liga al cuidado de los demás, al servicio para otros: la pareja, la familia, la crianza de los hijos, el cuidado de los enfermos y los ancianos, aspectos ligados al sacrificio y a la renuncia de lo que realmente ella quiere; las mujeres que ejercen su profesión son muy pocas y luchan contra la corriente de lo establecido por la sociedad.

Una mujer cirujana requiere una inteligencia más práctica y más resolutiva, una capacidad de concentración, resistencia y sangre fría, dentro del quirófano debe tener una mente clara y tomar decisiones rápidamente, por ello normalmente hace sacrificios con su vida privada y familiar, lo que la lleva a estar sola.

El psicólogo chileno Camilo Barrionuevo menciona que “en el caso específico de las mujeres, parece que debemos avanzar en pensar nuevas formas de construir las identidades sociales

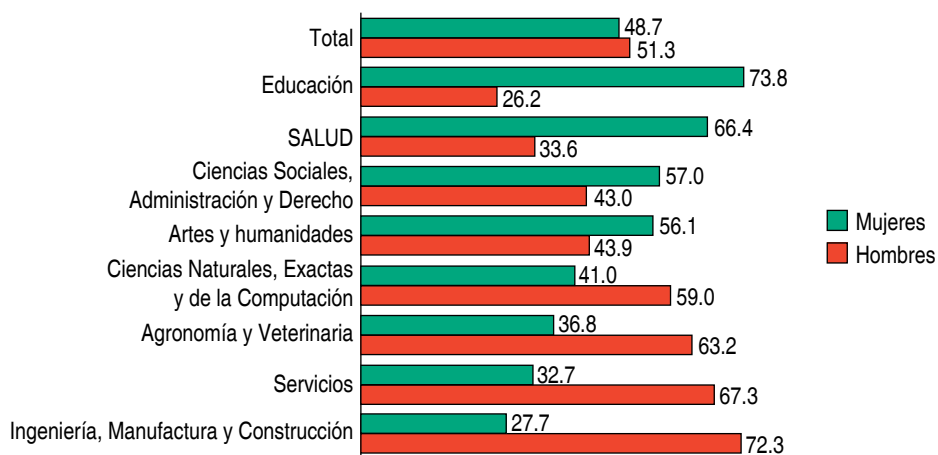


Figura 1. Distribución porcentual de la matrícula de mujeres y de hombres en licenciatura universitaria y tecnológica según área de estudio. Ciclo escolar 2016/2017.

Nota: incluye técnico superior y normal licenciatura.

Fuente: ANUIES. Anuario Estadístico de Educación Superior. Ciclo Escolar 2016-2017. En: www.anui.es.mx (3 de mayo de 2018).

que compartimos, donde el sacrificio y la autorrenuncia no sea un atributo que sólo se le exige a la mitad de la población”⁷

Hoy en día, las universidades tienen una amplia matrícula cubierta por mujeres que, por su inteligencia, disciplina y compromiso, lograron ingresar a la carrera de medicina. En específico, la UNAM durante el año 2018 contaba con 64% de mujeres (5,465) en pregrado y 52% en postgrado (5,353). La participación de las mujeres como profesoras de la Facultad de Medicina es 31.8% del total.⁸

El concepto de “ser mujer” no puede ser aislado al género para el propósito de este capítulo, es de suma importancia conjuntar los valores, la ética, la bioética y la vocación de un profesionalista en su actuar cotidiano.

Factores éticos y sociales

El ser humano se va formando durante su convivencia social e individual poco a poco, y se transforma en lo que es al establecer sus valores personales, ellos lo hacen único e irreplicable. Los valores se suman a la personalidad, se expresan en el actuar diario a través de la toma de decisiones que son determinantes en la vida, que influyen en la actitud y la conducta. Los valores son el conjunto de normas de convivencia válidas en una época determinada, son fundamentales para convivir en sociedad e interrelacionarnos con la comunidad, se les conoce también como principios, algunos ejemplos son la honestidad, la integridad, la solidaridad, la comprensión, la tolerancia y el perdón.⁹

La ética de los individuos se encuentra basada en valores establecidos por su vida, sus padres y su religión; es el conjunto de costumbres y normas que rigen a una comunidad o a un individuo, de forma muy frecuente se le confunde con la moral debido al estudio del bien y del mal en las acciones. El comportamiento ético es individual, pues es uno mismo quien decide actuar de acuerdo con los parámetros establecidos, o bien, decide ignorarlos.

La bioética claramente es reconocida por estudiar el actuar del hombre en relación con la vida y los seres vivos que le rodean; se define como la ciencia que regula la conducta humana en el campo de la vida y la salud, a la luz de valores y principios morales racionales; es un vocablo griego, formado de dos palabras, *bios* que significa vida y *éthos*, costumbre. El término bioética fue utilizado por primera vez en 1970 por Potter.¹⁰ Se puede hablar en términos generales de la bioética si nos referimos a los principios y valores del hombre o a la dignidad en sí misma de una persona; sin embargo, sería bioética aplicada si habláramos de un caso específico de un paciente o una cirujana general.

En el ámbito hospitalario, donde se desenvuelve la cirujana general, los valores y la ética pueden discrepar de una colega a otra a su alrededor, de los pacientes y de la institución; no obstante, la importancia de los valores es independiente de las circunstancias, ya que los valores valen por sí mismos, por lo que son y lo que representan, brindan pautas para formular objetivos colectivos y personales; además, al reflejar los sentimientos e intereses nos dirán cómo actuar en el momento justo ante la situación de un paciente determinado y su entorno, si debemos tomar una decisión por la calidad de vida o la vida misma del paciente.

“El género como categoría social, es una de las contribuciones teóricas más significativas del feminismo contemporáneo. Esta categoría analítica surgió para explicar la

diversidad entre hombres y mujeres, haciendo énfasis en la noción de multiplicidad de identidades. Se trata de una cualidad disciplinaria que desarrolla un enfoque globalizador que se remite a los rasgos, las funciones psicológicas y socioculturales, que se le atribuye a cada uno de los sexos en cualquier momento histórico de las distintas sociedades. Lo femenino y lo masculino se conforman a partir de la relación mutua, cultural e histórica; no se refiera al sexo de las personas, sino a las conductas consideradas femeninas o masculinas. En este contexto, la categoría de género se puede entender como una explicación acerca de las formas que adquieren las relaciones entre los géneros. Los sistemas de género se entienden como conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómico-fisiológica y que dan sentido a las relaciones entre personas sexuadas. El enfoque de género adquiere expresiones concretas en todos los ámbitos: trabajo, familia, política, organizaciones, cultura, arte, salud, ciencia, sexualidad, como una concepción del entorno y de la propia vida”.¹¹

Una cirujana ve pacientes diariamente, de forma constante los ingresa al quirófano y se hace de una reputación, la misma que le ayuda a atraer pacientes nuevos, a tener socios y a escribir científicamente sus experiencias. Es complejo luchar con el ideal del paciente que da por hecho que el cirujano debe ser hombre. El comportamiento ético influye en las personas que están alrededor, por ende, son las organizaciones a las que pertenece las que crean una imagen personal.

Es muy difícil que una mujer elija la especialidad de cirugía general, ya que sus deseos por ser madre, formar una familia y conservar una pareja se contraponen a los de su profesión, la excesiva demanda de tiempo, los horarios y la misoginia le impiden concretar sus estudios, sin considerar dos grandes factores: la situación económica y el acoso sexual que ponen en total desventaja a las mujeres.

En la *Tabla 1* se indica el porcentaje de mujeres que cursa una especialidad quirúrgica, donde 32.6% decidió estudiar Ginecoobstetricia, una especialidad identificada para mujeres.¹²

Tabla 1. Número de Mujeres Cirujanas por cada especialidad.

Especialidad	Núm. de mujeres	Núm. de especialidad	Porcentaje de mujeres
Urología	295	10,168	2.9
Ortopedia	791	23,176	3.4
Cardiorácica	20	443	4.5
Neurocirugía	225	4,694	4.5
Coloproctología	66	1,049	6.3
Otorrinolaringología	769	9,255	8.3
Cirugía Plástica	546	6,095	9.0
Cirugía General	3,833	40,448	9.5
Oftalmología	2,476	18,035	13.7
Ginecoobstetricia	12,885	39,512	32.6

En México, generalmente en el ámbito institucional, no existe la discriminación salarial, pero en las instituciones privadas la confianza que se tiene a un cirujano varón es mayor a la que se tiene a una mujer, por ello los ingresos son diferentes; otro factor que influye en estos casos es el prestigio y el reconocimiento de sus pares.

VOCACIÓN

Es el interés que tiene una persona para dedicarse a un determinado trabajo o forma de vida.

El mundo hoy es global y económicamente incluyente para todos los países, culturas y, por supuesto, para el aspecto de género, donde la mujer trabaja en profesiones que antes eran catalogadas sólo para hombres, ahora es cada vez más aceptado, incluso, en algunas profesiones el porcentaje de estudiantes ha cambiado para las mujeres, quienes comienzan a ser mayoría, éste es el caso de Medicina.

¿Por qué ser médico? ¿Qué te lleva a ser cirujana general? Un componente indispensable de la vida es la pasión, la cual es el motor que ayuda a lograr todo aquello por lo que nos interesamos y comprometemos, es aquello que nos hace esforzarnos para dar más del 100%, nos lleva a hacer nuestro trabajo con excelencia y calidad, cada uno hace la diferencia en lo que hace. Esa razón muy particular por aquello que deseamos nos lleva al servicio por los demás, por la comunidad y el prójimo, ese sentimiento por una determinada profesión es la vocación. Esa semilla surgió en nuestro “Ser” desde la infancia, tuvo que ganar muchas batallas internas, fortalecerse para lograr definir una carrera y así entrar a la universidad; vencer al sueño durante las guardias, hacer oídos sordos para continuar con la especialidad, ya que constantemente compañeros, maestros y jefes decían cosas como “mejor dedícate a tu hogar”, “¿cuándo te vas a casar?”, “enfócate en la moda o lo que te gusta y deja esta profesión para nosotros, los hombres, que sí podemos desempeñarla”, “no vas a continuar en el momento en que seas madre, te dedicarás a tus hijos y ¿de qué va a servir el tiempo que dedicaste y los desvelos?”. Frecuentemente, las mujeres profesionistas dan prioridad a ser madres, dejan sus carreras truncas o ni siquiera pueden inscribirse en la universidad.

Es muy claro para mí que nuestra esencia nos lleva a ser lo que somos; sin embargo, el elemento clave para elegir una profesión es la vocación, todos tenemos algo que nos gusta hacer, eso para lo que somos buenos y ponemos a disposición de la comunidad a la que pertenecemos, es decir, nacemos para servir, pero ¿cómo?, es la pregunta. Poco a poco lo vamos descubriendo y escuchamos a nuestro ser que nos lleva a hacer lo que queremos, entonces nos ponemos en el camino correcto para ello.

De acuerdo al doctor, psiquiatra y terapeuta familiar Joseph Dunker Lamber,¹³ la vocación es el descubrimiento de un papel único que a uno le toca jugar para el logro del bien común. Es más que autoestima, asertividad y sentido de pertenencia, es quizá la suma de todo esto, es lo que caracteriza el descubrimiento de este talento que se convierte en el propósito final de una vida inmersa en un rol familiar y social.

Terminar una profesión es posible a través de una Red Social de Apoyo

Entendamos qué es una red. Es una estructura que facilita la interacción de sus partes. El término Red Social de Apoyo¹⁴ se utiliza para referirse a todo ese conjunto de personas que tiene

una red dentro de su familia, su grupo de amigos o su ámbito profesional, entre otros, y que sabe que pueden prestarle ayuda, sea del tipo que sea y cuando lo necesite. Como individuos estamos en sociedad, convivimos y nos apoyamos unos a otros, somos solidarios, uno de los principios básicos de la filantropía.

Enfoquemos un ejemplo claro, una mujer que estudia medicina, casada y con un hijo, necesita su red social de apoyo para cuidar al bebé mientras estudia para su examen de residencia o mientras hace guardias en un hospital, es ahí donde hay que reconocer que aunque cada uno de nosotros se esfuerza por sacar su profesión adelante, la familia y los amigos son parte fundamental de nuestra red social de apoyo para lograrlo, principalmente para las mujeres, por ello hago mención del análisis estadístico de hombres y mujeres en México durante 2018, donde se informa que en 32.5% de los casos una mujer deja sus estudios por falta de recursos económicos o por razones de trabajo.³

Las situaciones que hacen que una mujer abandone su carrera o especialidad en cirugía general van dirigidas al género, entre las principales causas detecté las obligaciones de la casa, la familia o el cuidado de los hijos. En México, es muy frecuente el “machismo”, el maltrato psicológico de sus tutores y compañeros, así como la falta de reconocimiento por sus logros y la magnificación de sus errores. Aunado a esto, podemos agregar que muy frecuentemente falta autogestión y automotivación, una mujer puede caer en depresión y fácilmente dejar sus estudios. Por ello reitero que tener una red de apoyo es de suma importancia, sobre todo si es entre pares, mujeres estudiantes que establecen lazos de colaboración mutua, intercambian apoyos y tiempos disponibles para, en conjunto, lograr llevar a cabo sus tareas o proyectos, al tiempo que cuidan de sus hijos, entre otros muchos ejemplos. Asimismo, contar con el apoyo de las mujeres de la familia, como hermanas, tías, abuelas, que cuidan del nieto o sobrino, mientras la madre estudia o trabaja en un hospital, es uno de los favores más requeridos y repetitivos para lograr salir adelante.

Se realizó una encuesta a 413 aspirantes de Cirugía General en 2009 en la Facultad de Medicina de la UNAM, la cual arrojó que 32% de los estudiantes son casados, y de un total de 413 aspirantes para cirugía general, 18.6% son mujeres.⁴

Quiero hacer mención de que en 1578 se fundó la Facultad de Medicina, perteneciente a la Real y Pontificia Universidad de México, la cual no contaba con ninguna mujer en sus registros, mientras que hoy en día, 441 años después, la historia ha cambiado totalmente.¹⁵

Me identifico plenamente con la mujer profesionista que a lo largo de su carrera se ha encontrado con discriminación de género, es una eterna demostración al mundo de que tenemos capacidad y habilidades que nos permiten cumplir con nuestra responsabilidad, por ello quiero manifestar mi admiración y respeto a aquellas mujeres que, como yo, han logrado cumplir con el sueño de ser profesionistas, y a quienes han ido más allá y lograron una especialidad, una subespecialidad, una maestría o un doctorado, quienes sacrificaron momentos de su vida personal para concretar una meta profesional. Sin ser cirujana, pero estando cercana de su entorno, puedo entender las dificultades que han pasado y el carácter que han forjado.

Aprovecho para reconocer el factor de liderazgo en la mujer cirujana, al reconocer a la primera presidenta, la Dra. Lilia Cote Estrada, quien durante los años 2008 y 2009 estuvo al frente de la Asociación de Cirugía General en México, así como también a la Dra. Elena López Gavito, quien actualmente se encuentra en esa posición para 2018 y 2019, 10 años

después es la segunda presidenta de la AMCG; el año pasado, durante la clausura del Congreso de la Asociación, la Fundación Academia Aesculap México hizo entrega del premio *Asclepio en Cirugía General* a la primera mujer que lo recibe, la Dra. Irma Cruz Mendoza. Reconozco a estas tres mujeres como líderes en el sector salud mexicano, es un orgullo poder estar cerca de ellas.

*La Educación es un poder para las mujeres,
y eso es por lo que los terroristas le tienen miedo a la educación.
Ellos no quieren que una mujer se eduque porque entonces esa mujer será más poderosa.*
Malala Yousafzai

Instituciones que agrupan a las Cirujanas Generales

La Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG)¹⁶ impulsa la cirugía general en sus dos grandes vertientes que son la cirugía como arte y ciencia, al igual que la cirugía como profesión; con ello, el cirujano en el país se fortalece y se beneficia a través de una mejora continua para alcanzar la cirugía basada en la excelencia, porque es una realidad que la cirugía es una ciencia conducida humanamente y un arte ejecutado con experiencia.

En México, existen alrededor de 12 mil cirujanos generales, de los cuales más de 3 mil (27.9%) son miembros de la máxima organización de la cirugía en México, fundada el 4 de agosto de 1973, la Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C. Esta organización agrupa 3,393 cirujanos asociados en diversas categorías, de las cuales sobresalen los asociados: residentes, activos y titulares, donde 13.5%⁴ son de género femenino.

Así, los médicos en su práctica diaria podrán ejecutar lo aprendido o interactuado en los eventos científicos a los que acuden. Nosotros podemos ayudar a la protección y a la promoción de la salud de la ciudadanía que atendemos al incorporar la evidencia científica sobre el medio ambiente en el que vive el paciente; por tanto, puede considerarse a los eventos de la AMCG como una triple oportunidad que permite: transformar los congresos en sí mismos, generar conciencia en nuestro gremio y generar educación hacia los pacientes.

La Asociación de Mujeres Cirujanas (AWS)¹⁷ fue fundada por Patricia Numann en 1981 con el objetivo de compartir experiencias de la práctica quirúrgica entre cirujanas, a través de una reunión anual celebrada dentro del marco del congreso del *American College of Surgeons*.

“Pese a que cualquier hombre o mujer que se calza los guantes para intervenir es simplemente cirujano, todavía hoy la sociedad sigue empeñada en diferenciar a estos profesionales por su género. Con el fin de acabar con las condiciones de inequidad de sexo y con el objetivo también de apoyar a la mujer en su lucha por abrirse paso en esta especialidad han surgido varias agrupaciones como la (AWS) Asociación Americana de Mujeres Cirujanas”¹⁸

La asistencia fue creciendo año con año, de tal forma que se creó su estructura institucional en 1986, y entre 1988-1989 se organizó una campaña intensiva para captar cirujanas alrededor de los Estados Unidos, con un resultado de casi mil cirujanas inscritas. En esta época también se creó el boletín trimestral y su programa de Desarrollo Profesional. Hoy en día es una asociación internacional que agrupa miembros de 21 países y que cuenta con cerca de 2,000 cirujanas inscritas.

Women4Climate

Menciono esta organización, Women4Climate, ya que durante la gestión del Dr. Eduardo Moreno Paquentín (2017-2018), fue la Dra. Olga Macías Martínez quien introdujo a la Asociación Mexicana de Cirugía General el programa AMCG Verde, lo cual generó acciones ecológicas que consideró de suma importancia para agregar esta cultura en nuestra vida diaria.

Women4Climate en su página introductoria escribe: Somos mujeres, somos alcaldes, somos emprendedoras, somos innovadoras, somos estudiantes, somos científicos, somos activistas, somos soñadores y hacedores. Somos los creadores del mañana.¹⁹ Empoderamos a los líderes climáticos para formar el futuro del planeta. Nos preocupamos profundamente por nuestro planeta y sus ciudadanos, y estamos comprometidos a tomar medidas hoy que dejarán un mundo mejor para las generaciones venideras. Cuando unimos nuestras voces, somos imparables. Somos poderosas. Somos “Women4Climate”.¹⁹

Las mujeres representan más de la mitad de la población mundial y, aunque a menudo se ven afectadas de manera desproporcionada por el cambio climático, sus voces no siempre se escuchan debido a la falta de inclusión y representación en el nivel de toma de decisiones. Las mujeres líderes desempeñaron un papel fundamental en la negociación del Acuerdo de París sobre el cambio climático en 2015 y serán cruciales para su éxito en el futuro. Ahora más que nunca, mejorar la participación y el liderazgo de las mujeres es fundamental para asegurar un futuro saludable, próspero y sostenible para todos nosotros.

A través de la iniciativa “Women4Climate”, que tiene como objetivo: empoderar e inspirar a la próxima generación de líderes climáticos a través de un programa global de mentores dedicado a las mujeres en las ciudades; influenciar la conversación a través de eventos de liderazgo y crear un nuevo impulso e interés entre los futuros líderes; crear conciencia a través de la investigación sobre género, ciudades y clima para resaltar el papel clave que juegan las mujeres en la promoción de la acción climática en las ciudades.

En cada país existe una asociación o sociedad médica que agrupa a los cirujanos; sin embargo, que contenga especialmente a mujeres sólo encontré:

En Inglaterra, el “*Royal College of Surgeons*”, cuenta con una sección denominada *WinS* (*Women in Surgery*) fundada en 2007, que muestra en su página *web* el crecimiento de la matrícula para medicina de 3% en 1991 a 12.9% en 2019; las principales especialidades seleccionadas por mujeres en ese país son cirugía pediátrica y cirugía plástica.²⁰

La Asociación de Cirujanos de Trasplantes en Inglaterra tiene su comité de “*Women in Transplantation*” porque identificó el alto crecimiento de mujeres en esta especialidad, es por ello que creó un comité de trasplantes integrado por mujeres cirujanas de varios países, entre ellos, Alemania, Korea, Estados Unidos, India, Brasil y Canadá.²¹

En los Estados Unidos *WTS* (*Women in Thoracic Surgery*), fue fundada en 1986, en ese entonces con tres cirujanas, y para 2015 contaba con 274 miembros; recientemente cumplieron 30 años de haberse constituido.²²

En el sureste de África está *WISA* (*Women in Surgery*), fundada en 2015²³ y patrocinada por el Colegio Americano de Cirujanos. Impulsa a 10 países de África para que las mujeres que deseen estudiar medicina y cirugía cuenten con apoyo económico para sus estudios. Los bene-

ficios de estar inscrita en esta asociación incluyen un programa de tutela académica, oportunidad de obtener becas para el estudio de su especialidad, entrenamientos frecuentes y el apoyo de la comunidad de cirujanos en su país de origen.

RESPONSABILIDAD SOCIAL

Recordemos el concepto, *responsabilidad social* es un compromiso por las acciones, los resultados y las consecuencias en el entorno de una comunidad. De tal forma que implica un compromiso por parte de los miembros de la sociedad y asociado con los valores éticos, ya sea de manera individual o grupal, al considerar el impacto que provocará “una determinada decisión” en la comunidad.

El sector salud, si bien es atendido principalmente por instituciones de gobierno, grandes corporativos privados, pequeños hospitales y clínicas siguen necesitando el apoyo de toda la población de México. Las jornadas de trabajo no son suficientes para dar atención a todos los pacientes que llegan a las instituciones formales, como tampoco son suficientes los insumos, los medicamentos y, en algunos casos, los quirófanos; por ello, quienes pertenecen al tercer sector, el filantrópico, voluntariamente ofrecen apoyo.

Cada vez vemos más organizaciones de la sociedad civil encargadas de atender una determinada causa o patología, grandes grupos de voluntarios que subsanan la demanda de atención en la medida de sus posibilidades. Entendamos por causa aquel motivo que “mueve montañas”; cito un ejemplo, la muerte de un paciente pediátrico de cáncer genera un gran dolor en los padres, ellos logran transformarlo y lo convierten en un motor de ayuda para otros niños que tienen cáncer, crean una asociación civil y procuran donativos para la atención de estos niños. Suena muy breve y sencillo pero no lo es, las acciones filantrópicas siempre empiezan por grandes líderes sociales que contagian a los que los rodean de una causa social y normalmente dedican toda su vida a ella, lo que se convierte en su misión de vida.

Por otro lado, de manera individual, personas de gran corazón que dedican muchas horas a causas nobles se convierten en voluntarios esporádicos, o bien, se registran en fundaciones de manera organizada y comprometida, y en ellas se entregan al servicio de los demás. En mi opinión, el profesional de la salud puede conciliar su vocación con la responsabilidad social, hacerlo en conjunto; es decir, atender a los pacientes, diagnosticarlos, brindarles una curación y luego un seguimiento hasta saber que están en perfectas condiciones para retomar su vida cotidiana.

Dentro del ámbito de la responsabilidad social en salud se consideran cinco aspectos clave:

- No dañar la salud de terceros.
- Cuidar el ambiente y resguardar el uso sostenible de los recursos.
- Prohibir la producción, el comercio de artículos, los procedimientos intrínsecamente dañinos y las tácticas de comercialización que agredan la salud.
- Resguardar a la gente en el sitio donde laboran.
- Incluir la valoración del impacto saludable basada en la igualdad.²⁴

Las cirujanas generales tienen muchas oportunidades de realizar Responsabilidad Social dentro de su ámbito como son: el diagnóstico quirúrgico a pacientes con escasos recursos,

cirugías a pacientes en condiciones vulnerables, visitas de diagnóstico en zonas rurales, brindar su tiempo como médico en instituciones de asistencia social (orfanatos, asilos, casas hogar, fundaciones, patronatos hospitalarios), hacer pequeñas curaciones o diagnóstico general; sin embargo, también pueden simplemente acompañar al paciente, platicar con él, leerle, jugar con él, realizar actividades solidarias y de apoyo a la institución; es decir, como voluntaria no requiere el uso de su profesión médica, sino de su calidad humana, de su dedicación y tiempo.

Muy especialmente en las llamadas “Campañas Extramuros” es donde se unen voluntades del gobierno federal, estatal y municipal, bajo la coordinación de cirujanos especializados que brindan sus servicios voluntariamente; en primera instancia diagnostican a los pacientes que atenderán conforme a las patologías de su especialidad y son ellos mismos quienes posteriormente se dedicarán a reunir los elementos necesarios para llevar a cabo traslados, conseguir sede hospitalaria, equipamiento, dispositivos médicos, medicamentos y, por supuesto, completar el número de cirujanos, anestesiólogos y personal de enfermería que cubra el total de los pacientes programados.

Hay antecedentes de esta labor desde 1909 en Glasgow, Escocia, y en los sesentas en Estados Unidos y México.²⁵ En los años 60 el Dr. Fernando Ortiz Monasterio, con un grupo de cirujanos del Hospital General de México, lideró acciones para llevar la cirugía de tercer nivel para malformaciones congénitas a zonas inhóspitas de nuestro país; posteriormente, varios cirujanos especializados han seguido su ejemplo. En 1972, la Academia Mexicana de Cirugía crea las Misiones Quirúrgicas que se transforman en las Convivencias Quirúrgicas de 1989.²⁶

En 1972, la Secretaría de Salud tomó medidas de normatividad que dieron estructura a la planeación, ejecución y evaluación, lo cual permitió la integración de un programa nacional, en el cual se acordaron las siguientes medidas:²⁵

- Elaborar diagnósticos de frecuencia y prevalencia de las patologías a atender por entidad federativa.
- Elaborar un programa anual de actividades con las entidades a visitar y las instituciones responsables de llevar a cabo cada campaña.
- Designar coordinadores y grupos de trabajo por especialidad quirúrgica y por institución participante.
- Definir los hospitales sede de las campañas de acuerdo a su capacidad instalada y a las prioridades del diagnóstico efectuado.
- Impulsar la participación de otras instituciones oficiales y privadas al programa.

Todas las instituciones pueden tener un departamento de responsabilidad, algunas sólo tienen un plan de trabajo al año, o bien, establecen un proyecto de ayuda específico. Las sociedades y asociaciones médicas cuentan con un programa de apoyo a la comunidad que los recibe año con año en una ciudad diferente durante su congreso anual, es por eso que se les conoce como Cirugías Pre-Congreso.

Dos grandes ejemplos que han ayudado a millones de mexicanos a lo largo de los años, tanto en la modalidad para la que fueron diseñados institucionalmente, como en campañas extramuros a pacientes sin cobertura de seguridad social, son las siguientes:

Instituto Mexicano del Seguro Social: en 1973, el IMSS modifica la Ley del Seguro Social para poder actuar en núcleos de población en extrema pobreza y sin capacidad contributiva. Seis años después, en conjunto con la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), extienden el apoyo a todo el territorio nacional. En 1984, se toma la decisión de descentralizar 911 unidades médicas rurales a 14 estados de la República Mexicana.²⁷

Este programa ha tenido varios nombres como COPLAMAR, SOLIDARIDAD, OPORTUNIDADES, PROSPERA y hoy en día, BIENESTAR, cuando al cumplir 40 años de otorgar servicios gratuitos, en 2019 atiende a más de 12.3 millones de personas en el país.

Seguro Popular: es “Seguro”, pues las familias tienen la seguridad de que si uno de sus familiares enferma cuentan con la atención en salud, y es “popular” porque va dirigido a la población más pobre y a quienes trabajan por cuenta propia.²⁸

Fue formado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Comunicación y Participación Social como un proyecto piloto que operaría de 2001 a 2003, capaz de afiliar a un millón de personas que no contaban con seguridad social, al brindarles atención en salud en 78 intervenciones de primer y segundo nivel, cubrió 85% de la demanda de atención. Para 2005 se habían afiliado los 31 estados de la República y hoy en día brinda atención a 249 padecimientos, además de otorgar los medicamentos asociados a los mismos. Su objetivo es que 100% de los mexicanos cuenten con algún tipo de seguridad social.

CONCLUSIONES

Integrar al ser humano desde su esencia y personalidad, más considerar su vocación y profesión, sumado al apoyo filantrópico que realiza (en este caso cirujana general en su entorno y comunidad) es una visión integral de los conceptos presentados que me llevarán a la observación y el análisis en los siguientes años. De esta forma, les pido considerar el sumario de conclusiones de los tres puntos que toca este artículo.

El ser humano está dotado de los valores universales, cada uno de nosotros los enriquece en su entorno familiar para que lo orienten y rijan su vida.

La mujer es dadora de vida, es madre, por ello la principal causa que le impide realizarse como profesionista es el cuidado de los hijos. Desde la conquista, la identidad de la mujer se liga al cuidado de los demás, al servicio para otros, la pareja, la familia, la crianza de los hijos, el cuidado de los enfermos y los ancianos, aspectos ligados al sacrificio y a la renuncia de lo que realmente ella quiere.

El resultado de esencia, personalidad, valores, vocación y responsabilidad social, afines al servicio por el prójimo con las habilidades determinantes hacia un diagnóstico oportuno y asertividad al curar hacen que una mujer desee convertirse en cirujana general. Todos los obstáculos y problemáticas que impiden llevar a cabo la carrera de medicina o la especialidad pueden resolverse con una red de apoyo; entre mujeres la solidaridad nos fortalece. Hoy en día la inclusión de la mujer en ciencias de la salud es cuantitativamente igual a la del hombre, en algunas universidades incluso es mayor.

Actualmente, han aumentado las posibilidades para las mujeres en el nivel básico educativo, al llegar con mayor frecuencia a cursar una educación media, así la brecha de género tiende a desaparecer y, en algunas zonas del país, el rezago educativo entre hombres y mujeres ha desaparecido.

La mujer más que igualdad busca oportunidades para realizarse como profesionista y hacer realidad su deseo de poner en práctica sus capacidades, ese deseo interior de ser útil y hacer lo que le gusta, cumplir con su vocación y su misión de vida. La mujer profesionista es líder en sí misma, pues ha desarrollado la fortaleza para automotivarse y ser un ejemplo para los demás, con mayor frecuencia vemos implícita “la pasión” en su toma de decisiones para cumplir sus objetivos, clarificar sus resultados y llevar a cabo un cambio en su entorno, lo que pasa del pensamiento a la acción e, incluso, a establecer patrones de conducta y nuevos lineamientos a seguir.

La responsabilidad social ha existido siempre y en todo lugar, conocida algunas veces con otras palabras como “apoyo al prójimo”, “solidaridad con los demás”, “caridad” o “compasión”; sin embargo, desde hace tres décadas se ha profesionalizado, principalmente en Estados Unidos y Europa, mientras en Latinoamérica desde el año 2000; en México, vemos organizaciones civiles enfocadas y organizadas en beneficio de los pacientes, así como a profesionales de salud que bajo el liderazgo de las instituciones y asociaciones médicas cumplen frecuentemente con ayuda voluntaria en las comunidades rurales y atienden a pacientes vulnerables; todos en conjunto estamos en la búsqueda de un mejor México, de una mejor calidad de vida para todos, con un enfoque de seguridad y calidad en la atención médica. Gracias a cada uno de ustedes que como yo se unen para hacer realidad sus pensamientos, para sumar manos y voluntades por lograrlo.

Hoy es hoy, el pasado es pasado y toca mirar hacia el futuro ahora.

Nelson Mandela

REFERENCIAS

1. Estimado de Población en México al 2024. Disponible en: <https://www.statista.com/statistics/263748/total-population-of-mexico/>
2. Cote-Estrada L, Hurtado-López LM, Mariñelarena-Mariñelarena JL. Clima laboral de los residentes de Cirugía General inscritos a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Cir Gen.* 2009; 31 (4): 244-252.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Mujeres y hombres en México 2018. Informe Anual 2018, Gráfica 6.6, pág. 100.
4. Encuesta aplicada AMCG, Febrero 2019.
5. Población en México al Censo de 2015, INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
6. Carrillo ER, Dubón PMC, Elizondo AS, et al. Capítulo: Tendencia de género en el ejercicio de las especialidades quirúrgicas. Colección Medicina de Excelencia, La mujer en el ejercicio de la medicina. Editorial Alfil; 2013. pp. 67 y 69.
7. Barrionuevo Camilo, Chile, consulta en abril 2019. Disponible en: <https://www.eldesconcerto.cl/2018/04/04/mujer-sacrificio-y-autocuidado-una-mirada-psicoespiritual-desde-el-trauma/>
8. Fuente: Servicios escolares Facultad de Medicina, Agosto 2018.
9. Valores. Fuente: <https://quesignificado.com/valores/>
10. Lucas LR. Introducción: Bioética para todos. 3a ed. Editorial Trillas; 2006. p. 7.
11. Carrillo ER, Dubón PMC, Elizondo AS, et al. Capítulo: Tendencia de género en el ejercicio de las especialidades quirúrgicas. Colección Medicina de Excelencia. La mujer en el ejercicio de la medicina. Editorial Alfil; 2013. p. 73.
12. Cortés-Flores AO, Fuentes-Orozco C, López-Ramírez MKL, Velázquez-Ramírez GA, Farías-Llamas OA, Olivares-Becerra JJ, et al. Medicina académica y género: La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gac Méd Méx.* 2005; 141 (4): 341-344.

13. Lambert JD. Vocación. Disponible en: <http://hoy.com.do/el-sentido-de-vocacion-personal/22> de mayo 2013.
14. Pérez-Porto J, Merino M. Red Social de Apoyo. Definición de red de apoyo. Publicado: 2014. Actualizado: 2016. <https://definicion.de/red-de-apoyo/>
15. Carrillo ER, Dubón PMC, Elizondo AS, et al. Colección Medicina de Excelencia. La mujer en el ejercicio de la medicina. 2013. pp. 47, 48.
16. AMCG. Disponible en: <https://amcg.org.mx/historia/>
17. AWS. Disponible en: <https://www.womensurgeons.org/page/History>
18. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=56154>, 19 mayo 2019.
19. Women4Climate. Disponible en: <https://www.c40.org/events/women4climate>
20. Royal College of Surgeons. Disponible en: <https://www.rcseng.ac.uk/careers-in-surgery/women-in-surgery/history/>
21. Women in Transplantation. Disponible en: <https://www.tts.org/about-tts-5/committees/women-in-transplantation>
22. Women Thoracic Surgery. Disponible en: [https://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975\(15\)01863-9/fulltext](https://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(15)01863-9/fulltext)
23. WISA Women Surgery in Africa. Disponible en: <http://www.womeninsurgeryafrica.org/>
24. Terán-Varela OE, Pérez-Garcés R, Brunett-Pérez L, Mejía-Quintanar LA. La responsabilidad social de las instituciones de salud pública (caso centro de rehabilitación e integración social zona oriente del estado de México). Revista Gerencial y Políticas de Salud. 2011; 21: 48-59.
25. Olvera-Pérez D, Cote-Estrada L. La cirugía endoscópica en la cirugía extramuros. Rev Mex Cir Endoscop. 2005; 6 (2): 99-103.
26. Trigos-Micoló I, Barquín-Donnadieu M, Gutiérrez-Soriano L. Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA 1994-2000. Cir Cir. 2001; 69 (4): 160-166.
27. IMSS Bienestar. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>
28. Seguro Popular. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/seguropopular>



El desarrollo de las cirujanas en la Asociación Mexicana de Cirugía General

Dra. Elena López Gavito

El 4 de agosto de 1973 nació la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C., no cabe la menor duda que actualmente está posicionada como una organización de prestigio que agremia a los cirujanos de la República, siendo además referente para otras agrupaciones quirúrgicas de Latinoamérica. Me siento muy orgullosa de pertenecer a ella y de ser la segunda Profesional de la Cirugía en 46 años en ocupar este digno puesto.

Como si fuera el día de hoy, recuerdo el día que solicité mi ingreso como asociado a la Asociación Mexicana de Cirugía General, con mucho entusiasmo viajé a la Ciudad de México, no sólo para solicitar mi ingreso, sino también el de agremiar a mis compañeros cirujanos generales de Mazatlán, Sinaloa, para ser considerados como una sociedad incorporada; llegué a las oficinas ubicadas en la calle de Veracruz y me llamó la atención la amabilidad con la que fui recibida en la agrupación.

Desconocía en ese momento cuántas cirujanas eran asociadas, y desde ese momento pregunté si podía participar activamente desde Mazatlán, Sinaloa, mi lugar de residencia, contestaron que me tomarían en cuenta. Por fin la oportunidad llegó cuando un gran amigo y compañero de la carrera de Medicina, el Dr. Juan Mier y Díaz, llegó a la Presidencia Mexicana, me propuso como Vocal del Noroeste; sintiendo el gran compromiso que ese nombramiento significaba, me puse en contacto con las personas que presidían en ese momento las asociaciones estatales, logrando identificar la problemática que existía en el ejercicio de la cirugía en el noroeste del país y las barreras geográficas que muy pronto derrumbamos al lograr una comunicación asertiva.

Llegó el Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Cirugía en Acapulco, convoqué a una reunión y decidimos desayunar juntos, asistimos Ale Miranda de Guadalajara, Rosa María Vázquez, Lilia Cote y María del Carmen Barradas, todas manifestaron un gran entusiasmo por este primer encuentro, pero se requería que nos dieran espacios en la siguiente mesa directiva para lograr un simposio para nosotras, lo cual era difícil, pero al terminar el desayuno comentamos que teníamos que involucrar a más cirujanas del país, algo difícil pero no imposible.

Me enteré que en la Gestión del Dr. Humberto Arenas Márquez, la Dra. Elizabeth D. Gutiérrez Cantón, Cirujana General del Estado de Tabasco, había encabezado el Comité de Mujeres Cirujanas, por lo que ya era un logro tangible, faltaría la continuidad y marcar los objetivos claros que actualmente hemos cristalizado gracias a las redes sociales donde comentamos casos, discutimos manejo de pacientes y nos apoyamos en la toma de decisiones, compartimos artículos de impacto en evidencia quirúrgica aprovechando la tecnología, pero sobre todo, estamos ya unidas con logros gremiales-académicos.

Esto me llevó a la tarea de investigar en todos los documentos que existían en la Asociación Mexicana de Cirugía General, cuál había sido la verdadera historia de la participación de las mujeres en nuestra asociación. Entonces la primera interrogante a investigar era ¿quién había sido la primera mujer en ingresar como asociada? En los registros aparece la Dra. Asela Gómez Muñoz, quien es originaria de Taxco, Guerrero. Ingresó como asociada en enero de 1974. Como eso no era suficiente para alguien que modificó la historia, se dio la oportunidad de conocerla y precisamente a través de una amiga en común, la Dra. Gloria González Uribe, se dio la cita en la ciudad de Tijuana, Baja California, donde ella reside; al inicio se sorprendió, desconocía que ella era la primer mujer cirujano asociada de la AMCG, posteriormente nos platicó de su paso por el Centro Médico Nacional Hospital “20 de Noviembre” del ISSSTE y cómo logró que la respetaran y la valoraran como cirujano. Al llegar a Tijuana a ejercer como médico de base surgió el primer inconveniente al no permitirle en su inicio ejercer como Cirujano General, pero con su tenacidad logró saltar todos esos obstáculos para continuar vigente en la Cirugía General y desempeñarse como Jefe del Servicio, actualmente tiene la categoría de asociado titular.

A continuación se muestra un listado de las cirujanas que ingresaron a la Asociación Mexicana de Cirugía General:

- 1977 – Solicitó su admisión la Dra. María de los Ángeles Fuentes del Toro (a quien tengo el privilegio de conocer y coincidir en varios eventos académicos).
- 1978 – Dra. Alejandra Guillermina Miranda Díaz de Guadalajara Jalisco.
- 1979 – Dra. María Guadalupe C López García de la Ciudad de México.
- 1980 – La Dra. Rosa María Vázquez Enríquez (primera cirujana que participó activamente como integrante de una mesa directiva).
- 1983 – Amanda Castañeda Rodríguez y Aurelia Álvarez Molina Ciudad México.
- 1984 – Dra. María de los Ángeles Sánchez Hernández
- 1985 – Dra. Lilia Margarita Osorio Molina.
- 1988 – Dra. Irma Sánchez Montes (dejó de asistir, pero seguimos en contacto con ella).
- 1989 – Dra. Lilia Cote Estrada (primera presidente en 2009).
- 1990 – Dra. María Gregoria Rodríguez Varela.
- 1991 – Dra. Elizabeth Dolores Gutiérrez Cantón – Dra. Thelma Aurora Flores Altamirano.
- 1992 – Dra. María Graciela Zermeño Gómez (con destacada participación en mesas directivas).

La segunda pregunta que me propuse contestar fue ¿quién fue la primera mujer cirujana en participar en una Mesa Directiva en los programas de los congresos que se encuentran archivados en la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.? En la gestión del Dr. Luiz Ize Lamach (1990-1991), la Dra. Rosa María Vázquez fue la primera mujer cirujana en ocupar por primera ocasión un puesto en la Mesa Directiva como coordinador del Comité de Difusión. Al entrevistar a la doctora Rosa María Vázquez Enríquez me comentó emocionada: “cómo olvidar la primera vez que participé en una toma de protesta de Mesa Directiva, fue precisamente en el Palacio de Bellas Artes de la Ciudad de México”, participó además en muchas mesas directivas: Comité Científico y Tesorera en la gestión del Dr., además de ser profesora en los diferentes cursos realizados por la asociación; programa de Cirugía Extramuros; así como una intensa actividad como investigadora encontrando varias publicaciones en Nuestra Revista Cirujano General.

Hace diez años, justo festejamos que llegaba la primera mujer a la Presidencia de la Asociación Mexicana de Cirugía General, la Dra. Lilia Cote Estrada, que ya había participado activamente en diferentes gestiones de Mesas Directivas, presidiendo el Comité de Asuntos Médico Legales, Segundo Secretario en la gestión del Dr. Jesús Vega Malagón, destacada participación en asuntos gremiales, legislativos y en la seguridad del paciente.

La Dra. Angélica Hortensia González, además de haber participado en el importante Comité de Calidad, Educación Médica Continua, fue la primera Directora Ejecutiva de la Asociación gestión 2017-2018. Continúa vigente en la enseñanza en la Universidad Nacional Autónoma de México.

La Dra. María Graciela Zermeño Gómez con destacada participación en Mesas Directivas Comité de Educación, Atención al Asociado, Comité Científico, Comité de Educación Médica Continua y en el Consejo Mexicano de Cirugía General como secretaria en la gestión 2016-2018.

La Dra. Rosa María Guzmán ha participado en varias mesas directivas, teniendo destacada participación como coordinadora del Aula Virtual. Actualmente este recurso se ha convertido en un Pilar Académico de nuestra asociación y la actividad ha sido ininterrumpida; le digo con cariño que usted llegó para quedarse.

La Dra. Amanda Castañeda Rodríguez, quien ha continuado activa con destacada participación en mesas directivas, protesorero, vocal y diferentes comités. Entregada a la enseñanza en el Hospital “Gral. Ignacio Zaragoza” del ISSSTE.

La Dra. Irma Cruz Mendoza, destacada participación en diferentes comités, actualmente en el Aula Virtual.

La Dra. Alejandra Miranda, destacada cirujana de Guadalajara, Jalisco, en el Centro Médico de Occidente como vocal e integrante del Comité Científico. Y como la segunda Mujer cirujana en participar en Mesa directiva en 1992 en la Gestión del Dr. Gustavo Ramírez Wiella.

La Dra. María del Carmen Barradas Guevara, que tiene toda una vida en cirugía extramuros en su estado natal Puebla, ha participado en diferentes gestiones de mesas directivas. Comité de Mujeres Cirujanas, vocal, cirugía comunitaria.

La Dra. Abilene Escamilla Ortiz, activa como Cirujana General. A partir del 2015 es la editora de la revista **Cirujano General**; Abilene, además de experta en la actividad editorial, ha participado activamente en varios comités y comisiones. Con actitud de entrega, compromiso y apoyo absoluto al asociado interesado en publicar en nuestra revista.

La Dra. Tania Angélica Vera de la Fuente, Cirujana General asociada activa, es licenciada en Comunicación, quiero agradecer su ayuda para hacer llegar nuestros programas de educación a través de todas las redes sociales disponibles: Facebook, Twitter, Instagram, etc. Incluye también el *Boletín*, más enfocado en la difusión de la cultura, de eventos sociales y de información sobre los asociados.

En la tercera edición del *Tratado de Cirugía General*, conformada por dos volúmenes que contienen 35 módulos y 263 capítulos, de los cuales 37 capítulos fueron realizados por mujeres que corresponde al 14% de esta tercera edición, todas líderes en sus respectivas áreas.

La Asociación Mexicana de Cirugía general cuenta con mujeres cirujanas valiosas; haciendo un análisis del número de asociadas por categoría, nos hemos percatado que ha ido en aumento y eso se debe a las áreas de oportunidad que hemos logrado por el esfuerzo y compromiso en el trabajo. Tenemos que hablar de cifras, en el mes de junio del 2019 somos 4,205 asociados; 3,542 corresponden al sexo masculino (84.20%) y 663 al sexo femenino (15.78%) (*Tabla 1*). ¿Cuál es la distribución por categorías de las 663 Mujeres Cirujanos? 432 son asociadas activas, 209 mujeres residentes, una mujer expresidente y 21 asociadas titulares de acuerdo con la *Tabla 2*.

Tabla 1. Asociados por género.		
	n	%
Femenino	663	15.78
Masculino	3,542	84.20
Total asociados	4,205	100.00

Tabla 2. Asociados por categoría 2019.		
	n	%
Activos		
Femenino	432	10.270
Masculino	2,396	56.970
Residentes		
Femenino	209	4.970
Masculino	623	14.815
Expresidente		
Femenino	1	0.0239
Masculino	33	0.784
Titulares		
Femenino	21	0.499
Masculino	490	11.650
Total asociados	4,205	100.000

En la *Tabla 3* se incluye la historia de la participación de las mujeres cirujanas a partir de 1991 que fue la primera gestión que estuvimos representadas, éste fue un trabajo intenso de investigación, ya que no se contaba con ningún registro donde se pudiera consultar, lo que le da mayor valor a esta colaboración. Quiero también señalar que me hubiera gustado referirme a todas las que han participado, pero por lo extenso de la publicación me es imposible.

CONCLUSIONES

Existen mujeres cirujanas exitosas para concretar acciones que nos llevarán a planear a futuro, reunirnos y hacer planes, todo es cuestión que no se desacredite el objetivo de este capítulo que es dignificar la práctica quirúrgica de la mujer cirujana general. Todas estamos de acuerdo en que el concepto de equidad no sólo se trata de un 50%, eso en sí ya era un avance, sino que es el momento de involucrarnos para tratar las problemáticas que son relativas a nuestro ejercicio, fortalecer a aquellas mujeres cirujanas que, por motivos de situaciones familiares, suspenden temporalmente su práctica quirúrgica y apoyar programas de ayuda para continuar con su desarrollo personal y profesional.

En la AMCG tenemos las áreas de oportunidad para crecer, sólo necesitamos plantearnos en qué área nos gustaría participar.

Tabla 3. Mujeres cirujanas en las diferentes gestiones de Mesas Directivas.

Gestión	Cirujana	Cargo	Categoría
1974-1990	No hubo cirujanas		
1991 Luis Ize Lamache	Dra. Rosa María Vázquez Enríquez	Comité de Difusión	Integrante
1992 Gustavo Ramírez Wiella	Dra. Alejandra Miranda Díaz	Vocal Regional Occidente	Vocal
1993 J Raymundo Manzano Trovamala	Dra. Lilia Cote Estrada	Comité de Educación	Integrante
	Dra. Rosa María Vázquez Enríquez	Comité de Difusión	Integrante
1994 Gilberto López Betancourt	Dra. Rosa María Vázquez Enríquez	Comité de Educación	Integrante
	Dra. Irma Sánchez Montes	Comité de Difusión	Integrante
1995 Lorenzo de la Garza Villaseñor	Dra. Ma. Gregoria Rodríguez Varela	Comité Científico	Integrante
1996 Humberto Arenas Márquez	Dra. Rosa María Vázquez Enríquez	Comité de Educación	Integrante
	Dra. Irma Sánchez Montes	Comité de Desarrollo Organizacional	Coordinador
	Dra. Elizabeth D Gutiérrez Cantón	Comité de Mujeres Cirujanas	Coordinador
1997 Juan Mier y Díaz	Dra. Elena López Gavito	Vocal regional Noroeste	Vocal
1998 Éctor Jaime Ramírez Barba	No hubo cirujanas		
1999 Armando Castillo	Dra. Lilia Cote Estrada	Comité de Asuntos Médico-Legales	Coordinador
2000 Alejandro Perea Sánchez	Dra. Rosa María Vázquez Enríquez	Secretario	Secretario
	Dra. Alejandra Miranda Díaz	Comité Científico	Integrante
	Dra. Lilia Cote Estrada	Comité de Asuntos Médico-Legales	Coordinador
	Dra. Elena López Gavito	Comité de Asuntos Médico-Legales	Integrante
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Coordinadora Editorial de la página Internet/ integrante del Comité Editorial Boletín	Coordinador

Continúa Tabla 3. Mujeres cirujanos en las diferentes gestiones de Mesas Directivas.

Gestión	Cirujana	Cargo	Categoría
2001 Erich Otto Paul Basurto Kuba	Dra. Rosa María Vázquez Enríquez	Comité de Educación Médica Continua	Coordinador
	Dra. Lilia Cote Estrada	Comité de Asuntos Médico-Legales	Coordinador
	Dra. Elena López Gavito Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Vocal del Noroeste Coordinadora Editorial de la página Internet/integrante del Comité Editorial Boletín	Coordinador
2002 Rafael Aguirre Rivero	Dra. Lilia Cote Estrada	Comité de Asuntos Médico-Legales	Coordinador
	Dra. María del Carmen Barradas Guevara Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de Cirugía Comunitaria Coordinadora Editorial de la página Internet/integrante del Comité Editorial Boletín	Coordinador Coordinador
	Dra. Lilia Cote Estrada	Comité de Asuntos Médico-Legales	Coordinador
2003 Jesús Tapia Jurado	Dra. María del Carmen Barradas Guevara Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de Cirugía Comunitaria Coordinadora Editorial de la página internet/integrante del Comité Editorial Boletín	Coordinador Coordinador
	Dra. Lilia Cote Estrada	Comisión de promoción de leyes	Coordinador
	Dra. Elena López Gavito Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comisión de Arbitraje Médico Comité de informática médica/integrante Comité Editorial del Boletín	Coordinador Coordinador
2004 Roberto Bernal Gómez	Dra. Lilia Cote Estrada	Comisión de promoción de leyes	Coordinador
	Dra. Elena López Gavito Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comisión de Arbitraje Médico Comité de informática médica/integrante Comité Editorial del Boletín	Coordinador Coordinador
	Dra. Alejandra Miranda Díaz Dra. María del Carmen Barradas Guevara	Región Centro Región Sur	Vocal Vocal

Continúa Tabla 3. Mujeres cirujanos en las diferentes gestiones de Mesas Directivas.

Gestión	Cirujana	Cargo	Categoría
2005 José Antonio Carrasco Rojas	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de informática médica/ integrante Comité Editorial del Boletín	Coordinador
	Dra. Lilia Cote Estrada	Comité de Asuntos Médico-Legales	Coordinador
2006 Alfredo Jesús Vega Malagón	Dra. Lilia Cote Estrada	Segundo Secretario	Coordinador
	Dra. María Graciela Zermeño Gómez	Comité de Educación Médica Continua	
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de Informática Médica	Coordinador
	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Comité de Gestión de Calidad y Desarrollo	Coordinador
2007 Ignacio J Magaña Sánchez	Dra. Elena López Gavito	Comité de Asuntos Médico-Legales	Coordinador
	Dra. Lilia Cote Estrada	Segundo Secretario	Coordinador
	Dra. Amanda Castañeda Rodríguez Cabo	Protesorero	
	Dra. María del Carmen Barradas Guevara	Comité de Mujeres Cirujanas	Coordinador
	Dra. Elena López Gavito	Comité de Asuntos Médico-Legales	Coordinador
	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Comité de Calidad	Coordinador
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de Informática Médica y Atención al Socio	Coordinador
2008 Alfonso G Pérez Morales	Dra. Lilia Cote Estrada	Vicepresidente	Coordinador
	Dra. Amanda Castañeda Rodríguez Cabo	Segundo Secretario	
	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Protesorero	Coordinador
	Dra. María Graciela Zermeño Gómez	Comité de Mujeres	
	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Comité de Calidad	Coordinador
	Dra. Rosa María Vázquez Enríquez	Comité de Admisión	Coordinador

Continúa Tabla 3. Mujeres cirujanas en las diferentes gestiones de Mesas Directivas.

Gestión	Cirujana	Cargo	Categoría
2009 Lilia Cote Estrada	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de Informática	Coordinador
	Dra. Elena López Gavito	Comité de Asuntos Médico-Legales	Integrante
	Dra. Lilia Cote Estrada	Presidente	
	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Comité de Educación Médica Continua	Coordinador
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de Gestión de Calidad	Coordinador
	Dra. Patricia Guadalupe Ochoa Herrera	Comité de Admisión	Coordinador
	Dra. Susana Calva Limón	Comité de Atención al Socio y Prestaciones	Coordinador
	Dra. María del Carmen Barradas Guevara	Comité de Cirujanas	Coordinador
	Dra. Adriana Elizabeth Liceaga Fuentes	Comité de Cirujanos Jóvenes	Coordinador
	Dra. Irma Cruz Mendoza	Comité de Difusión	Coordinador
2010 Roberto Anaya Prado	Dra. Elena López Gavito	Comité de Sociedades Incorporadas	Coordinador
	Dra. Enriqueta Baridó Murguía	Comité Consultivo de Infecciones	Coordinador
	Dra. Susana Calva Limón	Comité de Atención al Socio y Membresía	Coordinador
	Dra. Adriana Elizabeth Liceaga Fuentes	Comité de Cirujanos Jóvenes y Residentes	Coordinador
	Dra. Irma Cruz Mendoza	Comité de Difusión	Coordinador
	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Comité de Educación Médica Continua	Coordinador
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de Gestión de Calidad	Coordinador
	Dra. Alejandra Miranda Díaz	Comité de Mujeres Cirujanas	Coordinador

Continúa Tabla 3. Mujeres cirujanos en las diferentes gestiones de Mesas Directivas.

Gestión	Cirujana	Cargo	Categoría
2011 S Francisco Campos Campos	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Comité de Regionales y Sesiones Especiales	Coordinador
	Dra. Rosa María Guzmán Aguilar	Comité de Cursos de Actualización en Cirugía	Coordinador
	Dra. Susana Calva Limón	Comité de Atención al Socio y Admisión	Coordinador
	Dra. Patricia Guadalupe Ochoa Herrera	Comité de Atención al Socio y Admisión	Coordinador
	Dra. Irma Cruz Mendoza	Comité de Difusión	Coordinador
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de Gestión de Calidad	Coordinador
2012 Jorge Arturo Vázquez Reta	Dra. Susana Calva Limón	Comité de Atención al Socio y Admisión	Coordinador
	Dra. Adriana Chaparro Delgadillo	Comité de Gestión de Calidad	Coordinador
	Dra. Rosa María Guzmán Aguilar	Aula virtual	Coordinador
	Dra. Adriana Hernández López	Comité de Hernias	Coordinador
2013 Enrique Luque de León	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Comité de Cursos de Actualización en Cirugía	Coordinador
	Dra. Elena López Gavito	Comité de Asuntos Médico-Legales	Integrante
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de Gestión de Calidad	Coordinador
	Dra. Rosa María Guzmán Aguilar	Aula virtual	Coordinador
	Dra. Patricia Guadalupe Ochoa Herrera	Comité de Revisión de Estatutos	Integrante
	Dra. Elena López Gavito	Comité de Revisión de Estatutos	Integrante
2014 Juan Carlos Mayagoitia González	Dra. Adriana Hernández López	Secretario General	
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de Gestión de Calidad	Coordinador
	Dra. Rosa María Guzmán Aguilar	Aula virtual	Coordinador
	Dra. Elena López Gavito	Comité de Asuntos Médico-Legales	Integrante

Continúa Tabla 3. Mujeres cirujanos en las diferentes gestiones de Mesas Directivas.

Gestión	Cirujana	Cargo	Categoría
2015 Abraham Pulido Cejudo	Dra. Elena López Gavito	Segundo Secretario	Integrante
	Dra. Mariel Conzález Calatayud	Comité Científico	
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comité de Gestión de Calidad y Desarrollo	Coordinador
	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Comité de Gestión de Calidad y Desarrollo	Coordinador
	Dra. Tania Angélica de la Fuente Vera	Comité de Informática y Difusión	Coordinador
2016 Héctor F Noyola Villalobos	Dra. Elena López Gavito	Protesorero	
	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Comisión Patrimonial	
	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Comité de Gestión de Calidad y Desarrollo	Coordinador
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Editora de la Revista Cirujano General	
2017 Luis Juan Cerda Cortaza	Dra. Elena López Gavito	Comité patrimonial	
	Dra. Elena López Gavito	Región occidente	Vocal
	Dra. Elena López Gavito	Segunda Vicepresidente	
	Dra. Elena López Gavito	Comité Médico-Legal	Integrante
	Dra. Maria Graciela Zermeño Gómez	Comité de Educación Médica Continua	Coordinador
	Dra. Angélica Hortensia González Muñoz	Directora ejecutiva	
	Dra. Rosa María Guzmán Aguilar	Aula virtual	Coordinador
	Dra. Adriana Chaparro Delgadillo	Aula virtual	Integrante
2018 Eduardo Moreno Paquentín	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Editora de la Revista Cirujano General	
	Dra. Tania Angélica de la Fuente Vera	Comité de Informática y Difusión	Coordinador
	Dra. Elena López Gavito	Vicepresidente	

Continúa Tabla 3. Mujeres cirujanas en las diferentes gestiones de Mesas Directivas.

Gestión	Cirujana	Cargo	Categoría
2019 Elena López Gavito	Dra. Elena López Gavito	Comisión Permanente Médico-Legal	Integrante
	Dra. Elena López Gavito	Comisión Permanente Estatutos	Integrante
	Dra. Maria Graciela Zermeño Gómez	Comité de Atención al Socio	Coordinador
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comisión Permanente Editorial	Integrante
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Editora de la Revista Cirujano General	Editora
	Dra. Tania Angélica de la Fuente Vera	Comisión Permanente Médico-Legal	Integrante
	Dra. Tania Angélica de la Fuente Vera	Comité de Redes Sociales	Coordinador
	Dra. Elena López Gavito	Presidente	
	Dra. Claudia Beatriz Domínguez Fonseca	Comité de Gestión de Calidad	Integrante
	Dra. Mariel González Calatayud	Comité de Educación Médica Continua	Coordinador
	Dra. Rosa María Guzmán Aguilar	Aula virtual	Coordinador
	Dra. Irma Cruz Mendoza	Aula virtual	Integrante
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comisión Permanente Estatutos	Integrante
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Comisión Permanente Editorial	Integrante
	Dra. Abilene C Escamilla Ortiz	Editora de la revista Cirujano General	
	Dra. María Graciela Zermeño Gómez	Comité de Atención al Socio	Coordinador
	Dra. Adriana Chaparro Delgadillo	Comisión permanente OPC's	Integrante
	Dra. Adriana Chaparro Delgadillo	Comité de Reuniones Regionales	Coordinador

Continúa Tabla 3. Mujeres cirujanas en las diferentes gestiones de Mesas Directivas.

Gestión	Cirujana	Cargo	Categoría
	Dra. Tania Angélica de la Fuente Vera	Comisión Permanente Médico-Legal	Integrante
	Dra. Tania Angélica de la Fuente Vera	Comisión Permanente Estatutos	Integrante
	Dra. Tania Angélica de la Fuente Vera	Comité de Redes Sociales	Coordinador
	Dra. Luz María Rivas	Comisión Permanente Estatutos	Integrante
	Dra. Lilia Cote Estrada	Comisión Permanente Ética	Integrante
	Dra. Lilia Cote Estrada	Comisión Permanente OPC's	Subcoordinador
	Dra. Irma Cruz Mendoza	Comisión Permanente OPC's	Integrante
	Dra. María del Carmen Barradas	Comisión Permanente Ética	Integrante
	Dra. Amanda Castañeda Rodríguez Cabo	Comisión Permanente Sedes	Integrante



La certificación de las cirujanas en México a 40 años de la fundación del Consejo Mexicano de Cirugía General

Héctor Faustino Noyola Villalobos,
María Graciela Zermeño Gómez



RESUMEN

El objetivo es conocer la evolución de la certificación de las cirujanas generales en México como un parámetro confiable de la lucha por la equidad en estas áreas que eran consideradas para ser desarrolladas por varones. Se analizó la información de la base de datos del Consejo Mexicano de Cirugía General A.C. en los 40 años de su fundación. Esta evolución va a la par con la inclusión de las mujeres en actividades profesionales, laborales, políticas y deportivas; en la actualidad encontramos que el número de cirujanas certificadas aumentó del 2% en 1978 al 25% en 2018. Un fenómeno interesante es que las mujeres cirujanas se recertifican menos que los varones, esto sucede en prácticamente todas las especialidades según datos del Comité Normativo Nacional de Especialidades Médicas (CONACEM). Hasta ahora se han certificado 9,796 cirujanos: 8,711 hombres y 1,085 mujeres (11%) en 40 años. Teniendo la certificación vigente sólo 3,193 hombres y 613 mujeres (19%) con un total de 3,806 cirujanos recertificados.

HISTORIA

En México, en 1963 se inició el proceso de certificación con la Fundación del Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos, en 1974 se habían formado 15 consejos de otras especialidades médicas que solicitaron apoyo y orientación a la Academia Nacional de Medicina, ésta aceptó actuar como entidad coordinadora y normativa que otorgaba la idoneidad a cada consejo; en 1995 se sumó a esta labor la Academia Mexicana de Cirugía, que a su vez eran vocales del Consejo General de Salubridad.

El 24 abril de 1975, el Consejo General de Salubridad establece las normas para el **reconocimiento** de los consejos de especialidades médicas en México.

El 15 de febrero de 1995 se convocó a los consejos de especialidades médicas para formar en conjunto el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) A. C. Actualmente, su cuerpo de gobierno se constituye por cuatro vocales de la Academia Nacional de Medicina, cuatro por la Academia Mexicana de Cirugía, y cuatro vocales provenientes de los presidentes de los consejos de especialidades médicas.

En 1976 con la aparición de los consejos de especialidades a instancias del Dr. Manuel Quijano Narezo, (jefe de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM) se integró un comité formado por 15 profesores de postgrado de Cirugía General del Distrito Federal (miembros fundadores), el que llevó a efecto consultas y encuestas entre sociedades que agrupaban a los cirujanos, redactando los estatutos provisionales del consejo.

La Asamblea Constitutiva se celebró el **19 de noviembre de 1977**, con 30 consejeros: 15 del Distrito Federal y 15 del interior de la República.

En 1978 se dio ingreso a 1,769 cirujanos, de los cuales 44 fueron mujeres que se acogieron a un artículo transitorio, efectuándose la primera entrega de certificados el 11 de noviembre de dicho año.

En un principio el Consejo Mexicano de Cirugía General (CMCG) tenía únicamente un carácter moral y ético; sin embargo, en la actualidad tiene además un carácter legal.

El **1 de septiembre de 2011**, el presidente de la República Mexicana publicó en el Diario Oficial de la Federación un decreto del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos que reforma y adiciona diversas disposiciones de la **Ley General de Salud**, estas modificaciones a la Ley General de Salud incluyen: el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas que tiene reconocimiento oficial y tendrá la naturaleza de organismo auxiliar de la administración pública federal, a efecto de supervisar el entrenamiento, habilidades y destrezas para la certificación y recertificación; los consejos son los encargados de certificar.

Artículo único de la Ley General de Salud: se reforman los artículos 81, 83, 271 y se adiciona el artículo 272 Bis 1, Bis 2, Bis 3.¹

INTRODUCCIÓN

En el terreno profesional, la mujer ha escalado posiciones que anteriormente eran imposibles de alcanzar debido a las limitaciones sociales y culturales con las que hay que enfrentarse, incluyendo las que la misma mujer se impone. En las últimas décadas hay un marcado aumento del ingreso a la carrera de medicina; aproximadamente 50% o más de los alumnos son mujeres.²

En los Estados Unidos prácticamente el 50% de los alumnos de pregrado es de sexo femenino.³ En una reciente publicación de Argentina se indica que el 58.8% de los graduados de medicina en ese país corresponde a mujeres.⁴ Una publicación inglesa revela que un 62% que estudian medicina son mujeres.⁵ En Chile, en el año 2010, de los 1,242 egresados, 587 eran mujeres (47.3%). Sin embargo, la incorporación de la mujer en las diferentes especialidades muestra diferencias; específicamente la participación en el campo de la cirugía, aun cuando también ha aumentado, sigue siendo baja. En términos generales se señala que las mujeres que ocupan puestos académicos en los departamentos quirúrgicos varían entre 10% y 14%, y que sólo el 25% de los residentes de cirugía son mujeres.⁶

Las residencias quirúrgicas implican una condición mucho más compleja, para tomar la decisión de realizar una residencia quirúrgica la mujer tiene que considerar diversos factores, entre ellos, la dificultad de ingresar en un mundo dominado generalmente por hombres, donde habrá que demostrar su capacidad con el doble de esfuerzo. Una vez dentro de la residencia quirúrgica, los obstáculos a los que tendrán que enfrentarse van desde discriminación de género, embarazo y familia hasta hostigamiento sexual.⁷ En algunos artículos en otros países se habla de inequidad salarial, esto en México no sucede, ya que una vez que se logra ingresar a una residencia quirúrgica o a una plaza como cirujana los salarios son los mismos.

Tradicionalmente las especialidades que no se consideraban para el sexo femenino eran: cirugía general, ortopedia y subespecialidades como urología, coloproctología, cirugía cardiotorácica, trasplantes, entre otras.

Algunos autores afirman que las diferencias entre los sexos son biológicamente determinadas (Dreinchs, Rosenblum, Rubin, Schulsing⁸), mientras que otros afirman que estas semejanzas son producto del condicionamiento o aprendizaje social y dependen de los valores culturales de cada sociedad.⁹ Asimismo, otros plantean que con base en la diferencia biológica se construyen los roles determinados socialmente.¹⁰

Se sabe que la población de mujeres que ingresan a estudiar medicina y que posteriormente realizan una residencia médica se ha incrementado de manera gradual año con año; en la Facultad de Medicina de la UNAM el 63% son mujeres y un estudio a nivel nacional tiene la misma tendencia en todo el país.¹¹

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. La población analizada fueron los hombres y mujeres que se han certificado y recertificado en cirugía general en 40 años de la Fundación del Consejo Mexicano de Cirugía General. Se analizó la base de datos del consejo: 9,796 cirujanos que se han certificado por lo menos una vez, se revisó el año de certificación, la entidad federativa, el género, número de recertificaciones, la edad y las universidades que avalaron su residencia. Existe un grupo de 479 expedientes, 384 varones y 95 mujeres, cuya información se perdió por problemas técnicos, de los cuales sí logramos recuperar a través del CONACEM el año de certificación y el género, pero no el resto de la información. En nuestras tablas se agregan como celdas en blanco para que los datos matemáticos concuerden.

Se solicitó al INEGI datos de cuántos cirujanos hay en México y el género, la información que se obtuvo sólo indica el número de médicos ocupados por género y entidades federativas. Se solicitó a la Dirección General de Profesiones cuántos médicos tenían registrados como especialistas en cirugía general y el género y sólo reportó el número de cédulas registradas como cirujano general¹² (*Tabla 1*).

RESULTADOS

En 1978 se certificaron 1,769 cirujanos, de los cuales 44 fueron mujeres (sólo el 2.4% del total), efectuándose la primera entrega de certificados el 11 de noviembre de dicho año.

Entre el grupo de cirujanas fundadoras, curiosamente algunas de ellas fueron pioneras en la Asociación Mexicana de Cirugía General, pero éstas no son todas las cirujanas que existían en México, sino que son las que tenían el interés de estar certificadas.

Parecería que son muchas las cirujanas para esa época (1978), pero este grupo de mujeres cirujanas son de 10 diferentes generaciones. En la década de los setenta sólo terminaba una mujer por cada 100 cirujanos, y antes de esta fecha cada tres generaciones egresaba una mujer; en la última década el porcentaje de mujeres que realiza la especialidad de cirugía general es hasta del 25%.

En 1979 se realizó la certificación por primera vez con un examen, al que se presentaron 53 cirujanos y sólo una mujer, menos del 2%; en 1981 no se presentó ninguna mujer al examen. Así, en la década de 1980 a 1989 el rango fue de cero a siete cirujanos con un promedio de tres

Tabla 1. Información de la Dirección General de Profesiones.

Etiquetas de las filas	Número de cédulas
Cirugía general	11,893
Medicina (cirugía general)	154
Medicina y cirugía general	1
Residencia en especialización en CG	1
Total general	12,049

marco.peralta@nube.sep.gob.mx> Enviado: martes, 25 de septiembre de 2018 05:03 p. m.

Tabla 2. Cirujanas certificadas en México por año en el siglo pasado (XX), desde la fundación del Consejo Mexicano de Cirugía General.

Dos años				Década de 1980 a 1989				Década de 1990 a 1999			
Año	Total	Hombre	Mujer	Año	Total	Hombre	Mujer	Año	Total	Hombre	Mujer
1978	1,769	1,725	44	1980	46	44	2	1990	165	157	8
1979	53	52	1	1981	51	51	0	1991	139	132	7
				1982	87	83	4	1992	191	176	15
				1983	99	92	7	1993	189	176	13
				1984	108	104	4	1994	292	278	14
				1985	112	107	5	1995	247	232	15
				1986	103	100	3	1996	237	212	25
				1987	76	72	4	1997	212	187	25
				1988	119	114	5	1998	210	187	23
				1989	132	128	4	1999	284	259	25
	1,822	1,777	45		933	895	38		2,166	1,996	170

cirujanas por año; en la siguiente década de 1990 a 1999, el rango subió de siete a 25 con un promedio de 17 cirujanas por año (Tabla 2), (Siglo XX). En esta década según los registros de profesiones ya había 6% de cirujanas con cédula de especialidad en cirugía general.

En el siglo XXI, en la década de 2000 a 2009 el porcentaje de cirujanas que se certificaron no varió y en algunos años disminuyó, pero la proporción de mujeres cirujanas sí aumentó con un rango de 9 a 27 y un promedio de 19 por año (11%), y en estos últimos nueve años de 2010 a 2018, el rango es de 28 a 123 con un promedio de 71 mujeres por año y un porcentaje de 21.6 con respecto a los hombres (Tabla 3).

Toda esta información se resume por décadas en la Tabla 4 y Figura 1, donde la tendencia se ve aumentada aún más en estos últimos tres años, debido a la modificación de la Ley General

de Salud el número de cirujanos que se certificaron fue aumentando y la proporción de cirujanas aún más en 2016 (31%) con respecto a los cirujanos.

Con esta modificación en la Legislación, se dio la indicación a la Secretaría de Salud de no proporcionar la cédula de especialidad si no se aprueba el examen del Consejo de Certificación.¹³

El número de aspirantes al examen aumentó al triple, de tal manera que en 2017 se certificaron 506 cirujanos, de los cuales 114 son mujeres (22.5%). En 2018 fueron 532 cirujanos certificados y 123 mujeres (23%).

La información recabada del INEGI, a propósito del día del médico en 2014, muestra la distribución porcentual de médicos generales por entidad federativa y género. Durango, Guerrero y Sinaloa tienen más del 50% de mujeres médicas que trabajan; en cambio Baja California Sur, Coahuila, Tamaulipas y Sonora tienen menos del 20% de médicas ocupadas, pero no describe las especialidades¹⁴ (Figura 2). En esta misma encuesta se encontró que el número de mujeres en puestos directivos y de especialidad es más bajo, las cirujanas con especialidad es de la mitad de los varones y los puestos directivos es la tercera parte de los cirujanos (Figura 3).

Si comparamos el número de cirujanas por entidad federativa vemos que Durango tiene la mayor proporción con el 15% de cirujanas, y el 85% de hombres, cuando casi el 60% de sus médicos generales son del sexo femenino. La Figura 4 muestra la proporción de cirujanas por estado de la República y la relación con el género, quedando Campeche y Chiapas con sólo un 3.1 y 3.9% de cirujanas, respectivamente.

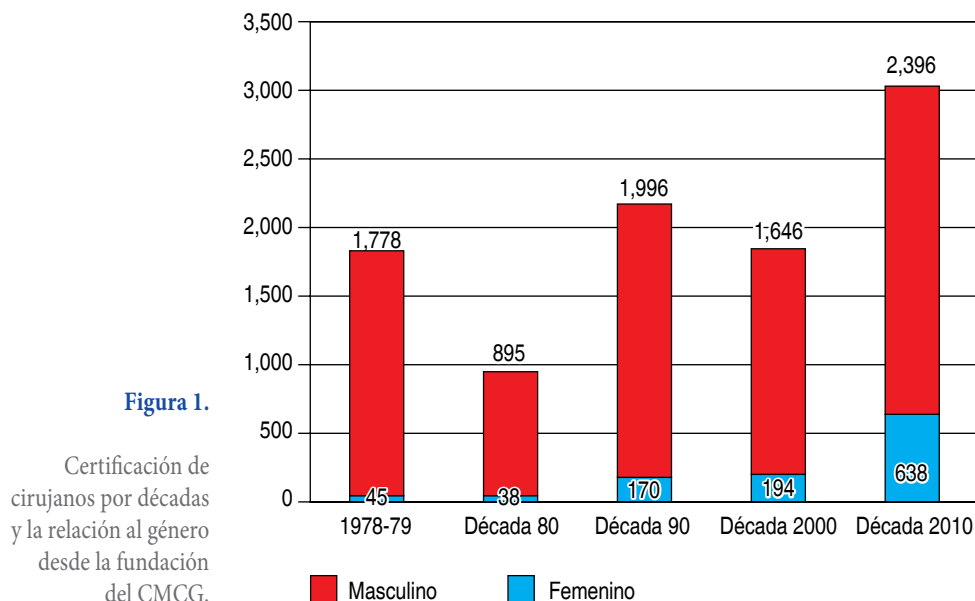
No hay una relación directa entre la relación porcentual por entidades federativas y el número real de cirujanas, en la Tabla 5 observamos cómo la Ciudad de México, el Estado de México, Jalisco y Nuevo León tienen el mayor número de cirujanos certificados (hombres y mujeres).

Tabla 3. Cirujanos certificados y relación de género en el siglo XXI.

Año	Década de 2000 a 2009			Década de 2010 a 2018			
	Total	Hombre	Mujer	Año	Total	Hombre	Mujer
2000	210	193	17	2010	188	159	28
2001	208	194	14	2011	223	187	36
2002	221	198	23	2012	329	264	65
2003	175	161	14	2013	333	261	72
2004	202	177	25	2014	245	187	58
2005	186	160	26	2015	300	233	67
2006	174	153	21	2016	380	305	75
2007	180	153	27	2017	505	391	114
2008	156	147	9	2018	532	409	123
2009	128	110	18				
Total	1,840	1,646	194		3,035	2,396	638

Tabla 4. Cirujanos certificados por décadas de 1978 a 2018.

Décadas	1978-79	Década 80	Década 90	Década 2000	Década 2010	Total
Femenino	45	38	170	194	638	1,085
Masculino	1,778	895	1,996	1,646	2,396	8,711
Total	1,822	933	2,166	1,840	3,035	9,796



La certificación vigente o recertificación, la cual debe realizarse cada cinco años y actualmente es obligatoria, sobre todo en instituciones de salud y hospitales privados certificados para garantizar la constante preparación y actualización de los especialistas ha ido en aumento, sabemos que aún existen un sinnúmero de pequeños hospitales o clínicas que reciben prácticamente a cualquier cirujano.

En sentido estricto a partir de la primera certificación, que fue en 1978, y es cada cinco años, todos los cirujanos certificados en 1978 deberían tener siete recertificaciones más la primera, y sólo siete cirujanos tienen siete y de ellos sólo una mujer (*Tabla 6*).

Un dato curioso es que a pesar de que el número de cirujanas que se certifican ha aumentado notablemente, el número de recertificaciones en las cirujanas es todavía más bajo; creemos que esto sí es debido a la condición de género: por la maternidad y el cuidado de los hijos se ven obligadas, por lo menos en ciertas temporadas, a disminuir o suspender las actividades profesionales para después retomarlas. En la *Figura 5* se muestra el número de veces que los cirujanos se han certificado para mantenerse vigentes, tomando en cuenta que los cirujanos

certificados de 2013 a la fecha están vigentes con una sola certificación y que los de 2018 estarán y mantendrán su vigencia hasta 2023. Sin embargo, el número de cirujanos con certificación vigente para 2018 es de 3,806 en total, 3,193 hombres (84%) y sólo 613 mujeres (16%).

La certificación de las cirujanas va a la par con el número de cirujanos, pero en proporción con el número de médicas que terminan la carrera de medicina sigue siendo muy baja. Es evidente que los puestos directivos tanto en el consejo como en otras asociaciones médicas, si

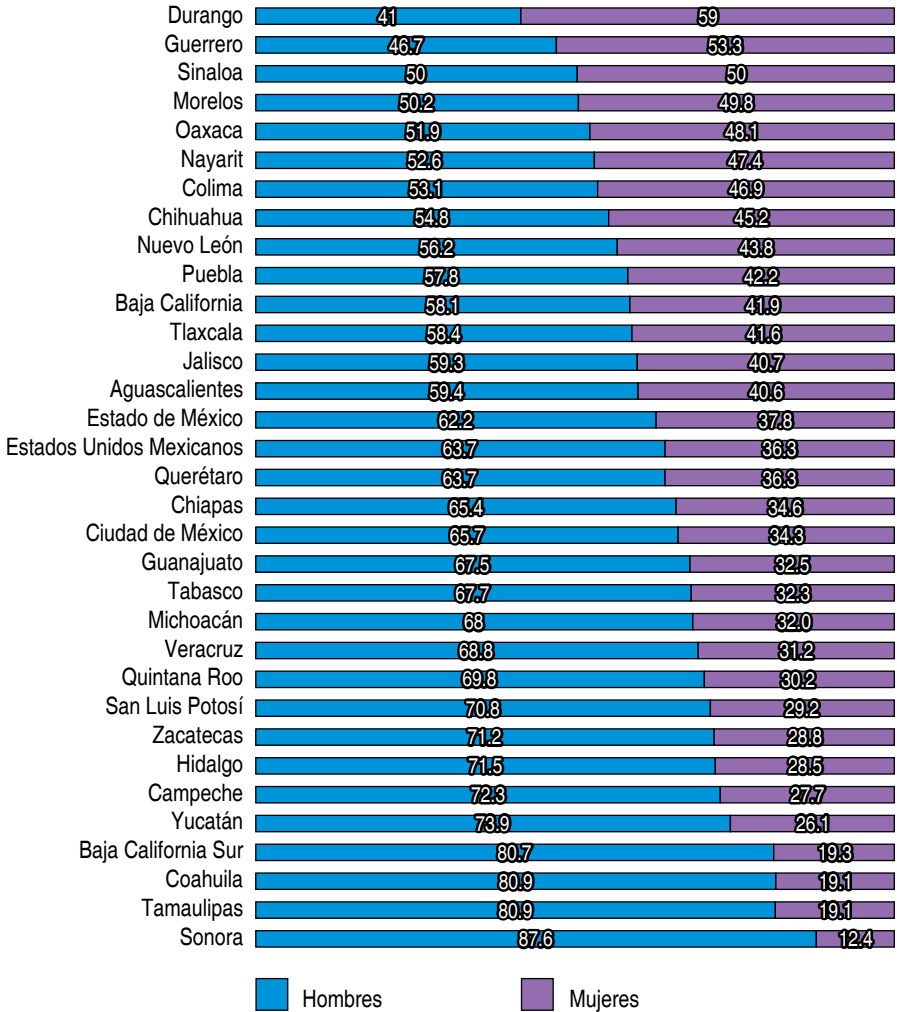


Figura 2. Distribución porcentual de la población de médicos ocupados por entidad federativa de acuerdo al género.

Tomado de: INEGI. Estadísticas a propósito del día del médico, I. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). De INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/medico0.pdf>. 2014. pp. 1-14.

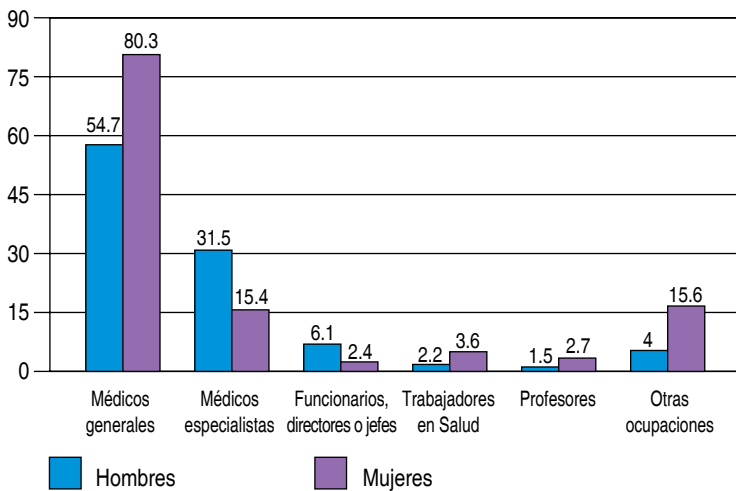


Figura 3. Relación porcentual de tipo de ocupación y su relación al género.

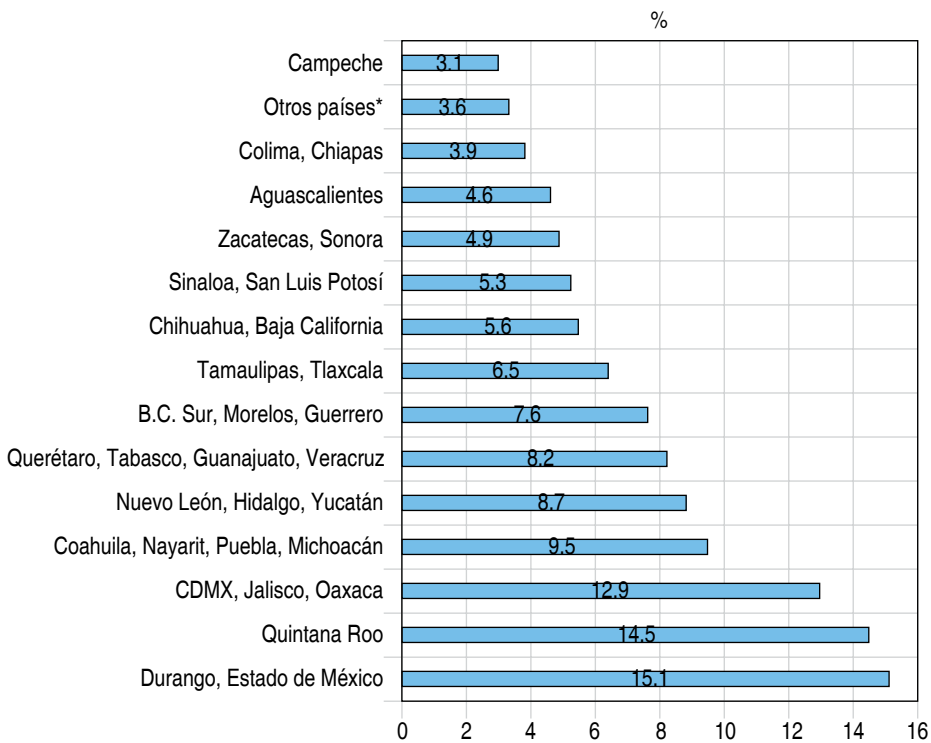


Figura 4. Relación porcentual de cirujanas por entidad federativa.

* La Asociación Mexicana de Cirugía General tiene socios correspondientes, que pueden ser de otros países.

Tabla 5. Muestra del número de cirujanos certificados por entidad federativa en relación al género.

Estado	Hombres	Mujeres	Total	% Mujeres
CDMX	2,493	396	2,889	13.7
Estado de México	744	132	876	15.1
Nuevo León	587	57	644	8.9
Jalisco	536	79	615	12.8
Puebla	357	37	394	9.4
Guanajuato	331	29	360	8.1
Veracruz	320	28	348	8.0
Baja California	255	15	270	5.6
Tamaulipas	238	17	255	6.7
Chihuahua	234	14	248	5.6
Michoacán	204	21	225	9.3
Coahuila	174	19	193	9.8
Sonora	177	9	186	4.8
Sinaloa	174	10	184	5.4
San Luis Potosí	147	8	155	5.2
Yucatán	127	12	139	8.6
Oaxaca	121	17	138	12.3
Hidalgo	124	12	136	8.8
Querétaro	120	11	131	8.4
Tabasco	101	9	110	8.2
Guerrero	100	8	108	7.4
Chiapas	104	4	108	3.7
Morelos	85	7	92	7.6
Aguascalientes	87	4	91	4.4
Nayarit	56	6	62	9.7
Zacatecas	58	3	61	4.9
Quintana Roo	47	8	55	14.5
Durango	45	8	53	15.1
B. C. Sur	47	4	51	7.8
Colima	46	2	48	4.2
Tlaxcala	30	2	32	6.3
Campeche	31	1	32	3.1
Otros países*	27	1	28	3.6
Celdas en blanco	384	95	479	19.8
Total	8,711	1,085	9,796	11.0

* La Asociación Mexicana de Cirugía General tiene socios correspondientes, que pueden ser de otros países.

tiene una relación con la equidad de género, ya que la mayoría de las veces es por decisión de las mesas directivas y votación en un mundo dominado por el sexo masculino.

Otro dato importante en la historia del consejo es que en los primeros 10 años de exámenes no hubo ninguna mujer como sinodal, los siguientes cinco años la única sinodal fue la

Dra. María Graciela Zermeño Gómez en la Ciudad de México, la Dra. Alejandra Miranda en Guadalajara, y posteriormente la Dra. María del Carmen Barradas (Tabla 7). En la actualidad, durante la gestión del Dr. Héctor Noyola Villalobos se convocó al mayor número de cirujanas certificadas, procurando que hubiera una cirujana en cada jurado, por primera vez fueron 35 sinodales mujeres (13%). Es importante mencionar que en 40 años de la fundación del consejo, únicamente ha estado una mujer en la presidencia, la Dra. Adriana Hernández López, cirujana destacada que además fue presidenta de la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica.

CONCLUSIÓN

El número de cirujanas certificadas en México en los 40 años de la fundación del CMCG ha ido en aumento, al igual que el incremento de mujeres que realizan la especialidad de cirugía general. En cuatro décadas el cambio va del 2% en 1978 al 25% en 2018; sin embargo, sigue

Tabla 6. Número de certificaciones y recertificaciones con relación al género.			
No. Certificaciones	Hombres	Mujeres	Total
7	6	1	7
6	62	1	63
5	86	4	90
4	309	20	329
3	628	54	682
2	1,252	136	1,388
1	6,368	869	7,237
Total	8,711	1,085	9,796

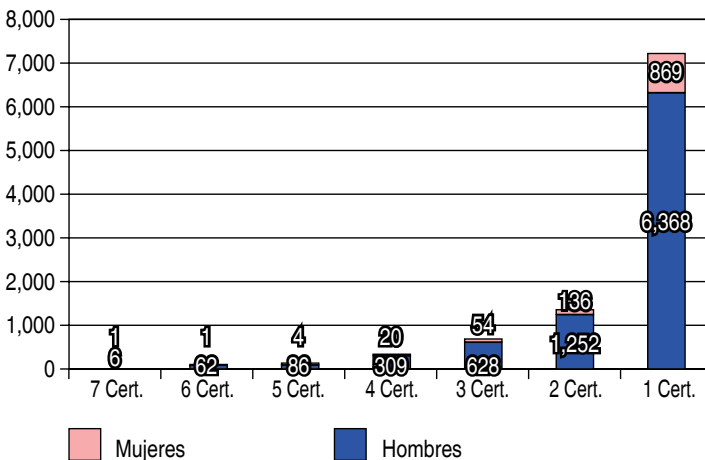


Figura 5.

Número de recertificaciones por años y género.

Tabla 7. Cirujanas y cargos en el CMCG en 40 años de su fundación y años de trabajo en el mismo.

Nombre	Fecha Cert.	Cargo	Periodo	Años en el consejo
Alejandra Guillermina Miranda Díaz	1985-11-30	Consejera	1993-1996	3
María del Carmen Barradas Guevara	1989-07-31	Consejera	2000-2003 2014-2020	9
María Graciela Zermeño Gómez	1978-07-01	Secretaria 2016-2017	2002-2005	9
Irma Cruz Mendoza	1993-07-17	Secretaria 2002-2003	2002-2005	5
Adriana Hernández López	1992-07-31	Presidente 2011-2012	2004-2010	8
Elena López Gavito	1982-07-31	Asesor médico-legal	2005-2018	13
Elizabeth Dolores Gutiérrez Cantón	1988-11-26	Consejera	2017-2020	2
Adriana Josephine Jauregui Soto	2006-06-15	Consejera	2017-2020	2
Karla Josefina Duarte Camacho	2013-07-27	Consejera	2017-2020	2
María Eugenia Gamboa Barragán	2014-06-28	Consejera	2017-2022	2

siendo bajo para la cantidad de estudiantes de medicina que hay en la actualidad (del 55 al 65%) en las diferentes universidades.

Creemos que esta baja frecuencia es debida a múltiples factores, pero principalmente a la condición de género: por maternidad o cuidado de los hijos se ven obligadas, por lo menos en algunas temporadas, a disminuir o suspender las actividades profesionales para después retomarlas.

Con respecto al número de certificaciones y recertificaciones por cirujano, éste aumentó notablemente, ya que en la actualidad se exige por ley que todos los cirujanos tengan certificación vigente, sobre todo en instituciones de salud y hospitales privados certificados; hasta el momento se han certificado 9,796, de éstos, 1,085 son del sexo femenino (10.6%), aunque sabemos que aún existe un sinnúmero de pequeños hospitales o clínicas, sobre todo en provincia, que reciben prácticamente a cualquier cirujano con o sin certificación. Con respecto a las cirujanas, la recertificación o certificación vigente es todavía más baja (16%). Sin embargo, esto va cambiando día a día, la participación de la mujer en las actividades profesionales y la necesidad de contribuir en el aspecto económico hará que se vaya igualando el número de cirujanas en activo y por lo tanto certificadas.

Actualmente, sólo tienen certificación vigente 3,806 cirujanos: 3,193 hombres (83.9%) y 613 mujeres (16%).

La intervención en puestos directivos en el Consejo Mexicano de Cirugía General fue aún más difícil, al parecer el incluir a cirujanas tanto como sinodales y consejeras ha sido un camino muy lento, sólo 10 consejeras en 40 años, una presidenta y dos cirujanas en mesas directivas.

La equidad de género al parecer va cambiando, y con el apoyo de muchos profesionales de la salud se ha logrado un gran avance; sin embargo, en el ámbito de la cirugía (área dominada básicamente por varones) ha sido y sigue siendo un camino difícil, pero no imposible.

REFERENCIAS

1. Ley General de Salud-Secretaría de Salud. Disponible en: www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf.
2. Cortés-Flores A, Fuentes-Orozco C, López-Ramírez M, Velázquez-Ramírez G, Farías-Llamas O, Olivares-Becerra J, et al. Medicina Académica y género, La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gac Med Mex.* 2005; 141-144: 341-344.
3. Novielli K, Hojat M, Park PK, Gonella JS, Veloski JJ. Change of interest in surgery during medical school: a comparison of men and women. *Acad Med.* 2001; 76: S58-61.
4. Altuna I, Fajre M. El lugar de la mujer en la cirugía Argentina. *Rev Argent Cirug.* 2006; 91: 215-225.
5. Fysh TH, Thomas G, Ellis H. Who wants to be a surgeon? A study of 300 first year medical students. *BMC Med Educ.* 2007; 7: 2.
6. Espinoza GE, Onetto CC, Lombardi AJJ, Espinoza GJP. La incorporación de la mujer en la cirugía chilena; *Rev. Chilena de Cirugía.* 2012; 64 (5): 487-491.
7. Alvarez LG, Sánchez MC, Piña GB, Martínez GA, Zentella MM. Tendencia de la matrícula femenina en la educación superior. Un cuarto de siglo. El caso de la carrera de medicina; *journal.unam* 49-4 2003 liga. <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-4/RFM49406.pdf>.
8. Holland J. Técnica de la elección vocacional. Tipos de personalidad y modelos ambientales. México: Trillas, 1975.
9. Eagly A. The science and politics of campaigning women and men. *American Psychologist.* 1995; 50 (3): 145-158.
10. Carli L. Biology. Does not create gender differences in personality. In: Walsh. (ed). *Woman men and gender. Ongoing debate.* New Haven, London Yale University Press. 1997. pp. 44-53.
11. Martínez-González A, Bernal A, Hernández B, Gil MA, Martínez A. Los egresados del Posgrado de la UNAM. *Revista de la Educación Superior ANUIES.* 2005; 133: 22-32.
12. Información directa de la Dirección General de Profesiones, marco.peralta@nube.sep.gob.mx>Enviado: martes, 25 de septiembre de 2018 05:03 p. m. Número de solicitud 06885.
13. Ley General de Salud, Título XII Control Sanitario de productos y servicios. Capítulo IX Bis. Artículo 272 Bis.
14. Estadísticas a propósito del día del Médico, I. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). De INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/medico0.pdf>. 2014. pp. 1-14.



La cirujana y el trasplante de órganos

Dr. Rubén Argüero Sánchez

INTRODUCCIÓN

El papel de la mujer fue relegado durante mucho tiempo a labores domésticas o de producción artesanal. Sin embargo, con el paso de los años ha logrado abrirse espacios poco a poco en diversas disciplinas. “Trotula fue una mujer famosa en la Europa medieval por su competencia en la medicina y la cirugía; en otras épocas, la mujer tuvo que disfrazarse para poder estudiar una carrera, y así Kowalevsky, para lograrlo, se cortó el cabello y se hizo pasar por hombre para demostrar su valía y asumir su verdadera identidad”.

LA MUJER Y LA CIENCIA

En el siglo XX, con una situación un poco diferente, se le otorgó reconocimiento como una de las primeras mujeres científicas a Marie Curie, química que trabajó con Pirre Curie, físico y químico francés, quien fuera primero su maestro y luego su esposo.

De acuerdo con el texto *Mujeres en la ciencia* publicado en 2006 por María Luisa Barclett Pérez, en 1984 sólo 283 mujeres pertenecían al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y en 2004 la cifra ascendía a 3,322, lo cual representó un incremento de más del 1,000% en un periodo de 20 años. Hoy en día, la cifra asciende a poco más de 7,000 mujeres, lo que representa el 34.9% de los integrantes del SNI, según datos de dicho sistema del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Rosaura Ruiz Gutiérrez, directora de la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y quien fue la primera presidenta de la Academia Mexicana de Ciencias (AMC), subrayó que en las últimas décadas se ha registrado un mayor número de mujeres en disciplinas científicas como la física, las matemáticas y las ingenierías, que tradicionalmente habían sido estudiadas por hombres. Cada vez se distinguen menos las actividades de hombres y mujeres y queda claro que ambos pueden destacar en diversos ámbitos. Esta mayor injerencia científica por parte de las mujeres ha generado mayor desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación. Por ejemplo, las jeringas, la calefacción de autos, la transmisión inalámbrica y las balsas salvavidas, entre otros artefactos que han transformado al mundo, han sido creadas por mujeres, de acuerdo con el texto *Mujeres inventoras* de Raquel Barcos. María Elena Álvarez-Buylla, miembro nivel III del SNI y quien ha ganado diversos premios internacionales como el American Botanical Society indicó: “Creo que los hombres y las mujeres tenemos la misma capacidad de hacer ciencia; sin embargo, no

soy de las personas que piensan que somos idénticos, tenemos ciertas diferencias que se complementan para impulsar el desarrollo científico y tecnológico”. Es importante anotar que la Dra. Rosario Barroso Moguel fue la primera mujer que en 1957 ingresó a la Academia Nacional de Medicina.

MUJERES EN MEDICINA VETERINARIA

La Dra. Aline Schunemann, quien lleva más de 70 años haciendo investigación, anotó “Nunca he entendido por qué tanta preocupación en que si uno es hombre o es mujer; yo lo que he hecho toda mi vida es trabajar muy duro. La ciencia no es cuestión de género, es cuestión de que se trabaje bien, si uno hace bien las cosas, se gana su lugar sin importar si es hombre o mujer”.

La Dra. Nuria de Buen Lladó, quien destacó en un medio muy orientado hacia el género masculino como es el campo de la veterinaria, con gran responsabilidad, disciplina e interés por la enseñanza, aunados al trabajo serio y profesional, ha escalado y demostrado que no debe existir diferencia de género. Ha logrado transmitir su experiencia y formado grupos de trabajo en diferentes generaciones, y así surgió el primer grupo en Patología Veterinaria, la Sociedad Mexicana de Patólogos Veterinarios, y el Consejo de Patología en Veterinaria; por otro lado, llegó a ser la segunda mujer presidenta de la Academia Veterinaria Mexicana (2000-2001). La Dra. de Buen es pionera en citología veterinaria en nuestro país, un hecho relevante que marca un hito en el proceso de enseñanza en patología veterinaria y en particular en el diagnóstico patológico fino. Ha publicado tres libros de texto relacionados con el campo de la citopatología, Citología diagnóstica veterinaria, Atlas de dermatología diagnóstica en perros y gatos y Atlas de citopatología en veterinaria. Actualmente participa en forma activa en el seminario correspondiente en el Departamento de Patología de la Facultad de Medicina Veterinaria en la UNAM; y desde hace más de 10 años es responsable de los cursos y diplomado relacionados con la patología y citología veterinaria de la Facultad de Medicina Veterinaria de la UNAM.



Figuras 1 y 2. MVZ Nuria de Buen Lladó, en su participación del Diplomado en Línea Citología en Veterinaria.

MUJERES EN LA MEDICINA

La historia en México refiere que Matilde Petra Montoya de la Fragua fue la primera mujer mexicana en la Ciudad de México en obtener el grado académico de Médico en 1859 y un

doctorado en 1887, a pesar de que al concluir sus estudios le fue negado el derecho a examen profesional, lo que obligó la intervención del entonces presidente Porfirio Díaz para que pudiera presentar su examen profesional el 24 de agosto de 1887; y dio pauta a la modificación de los estatutos de la Escuela Nacional de Medicina para que pudieran graduarse mujeres médicas. Hace tiempo que las mujeres son mayoría del alumnado universitario, en particular en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, siendo mayor del 60% en relación con el género masculino, y se titulan antes y con mejores expedientes académicos que sus compañeros varones.

En México, la participación de las mujeres ha evolucionado, y así tenemos el desempeño académico de la Dra. Rosario Barroso Moguel, quien fue la primera mujer en ingresar a la Academia Nacional de Medicina en 1957, y de la Dra. Kaethe Willms Manning. En la Facultad de Medicina de la UNAM tenemos doctoras investigadoras en diversas disciplinas altamente reconocidas, Alicia Graef Sánchez, Alessandra Carnevale Cantoni, Ana Flisser Steinbruch, Rosalinda Guevara Guzmán y en particular la Dra. Irene Durante Montiel, actual vicepresidenta de COMAEM, cuyo desempeño, responsabilidad y ejemplo de trabajo son dignos de destacar, sólo por mencionar algunas de las académicas en nuestra universidad.

En el ámbito de la mujer y la cirugía, la historia data desde civilizaciones, 3500 años a. de C. según revelan pinturas en Egipto, Italia y Grecia y esto se detalla en múltiples textos a través del tiempo; sin embargo, se observan en la literatura comentarios en el siglo XVI, sobre todo durante la guerra inglesa, que algunas mujeres se disfrazaban de hombres para poder practicar la cirugía, como revela el *Canadian Journal of Surgery* en un artículo realizado por la doctora Devrah Witzfeld llamado La historia de las mujeres en cirugía. En nuestro país cada vez hay más mujeres cirujanas en varias disciplinas quirúrgicas, como la Dra. María Elena Anzures López, gastroenteróloga del Hospital General de México ampliamente reconocida por su capacidad y autoridad en el ramo en la década de los 50 del siglo anterior, la Dra. Oralia Cordero de Sánchez de la Barquera en cirugía pleuropulmonar y la Dra. Irene Talamas en cirugía general, pero es evidente que en la actualidad todas ellas merecen ser reconocidas por su dedicación, compromiso y aportaciones a la cirugía. Hago particular mención a quien tengo cerca, la doctora Angélica H. González Muñoz, especialista en Cirugía General y maestra en Administración de Hospitales y Salud Pública, con diversos diplomados, actual coordinadora de enseñanza de cirugía del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UNAM; cuenta con experiencia en cirugía endoscópica, como jefa de cirugía y directora médica del IMSS, así como en actividades académicas universitarias y extrauniversitarias, con participación activa en la Asociación Mexicana de Cirugía General, quien ha mantenido y fomentado la actualización permanente de los profesores en Medicina y en particular en el pregrado. Por su dedicación y responsabilidad en las actividades académicas y de dirección será reconocida como mujer cirujana, y del 23 al 25 de mayo de 2019 el 37 Curso Regional de Actualización en Cirugía General del Colegio del Estado de Querétaro, en sesión conjunta con la Academia Mexicana de Cirugía, llevará por primera vez el nombre de una cirujana: Dra. Angélica H. González Muñoz.

MUJERES EN LOS TRASPLANTES

De acuerdo con los registros del Consejo Nacional de Cirugía de Tórax, en México existen aproximadamente 500 médicos certificados en Cirugía Cardíaca, de los cuales el 4% co-



Figura 3. Dra. María del Sol García Ortegón, Dr. Guillermo Díaz (jefe del servicio), y paciente receptora de corazón CMN 20 de Noviembre ISSSTE.

años 80 y, como todos sabemos, su iniciador fue el Dr. Rubén Argüero el 21 de julio de 1988, al cosechar un órgano a partir de un ser en quien se diagnosticó pérdida de vida; se abrió el camino para los programas de trasplante de órganos en nuestro país. Por otro lado, la Dra. María de Jesús Nambo, con seriedad y responsabilidad, es la titular del Servicio de Trasplante de médula ósea en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. La Dra. Nambo ha brindado apoyo desde su origen al grupo de trabajo liderado por el Dr. Argüero, quien con una técnica original para la siembra de células troncales intramiocárdica en casos de insuficiencia cardíaca terminal intratable favorece la regeneración tisular, con experiencia en más de 100 casos, y con éxito en el 86% de éstos. Con un seguimiento de más de ocho años, conviene destacar que son pioneros en el mundo en esta investigación. De la misma manera, en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, el Dr. Abel Archundia marcó el inicio de la era de trasplante de corazón en el ISSSTE al realizar los primeros trasplantes de corazón de este centro, y así el 11 de julio de 2017, la **Dra. María del Sol García Ortegón del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en el ISSSTE se convirtió en la primera mujer en México en realizar un trasplante de corazón, pero no sólo fue un éxito por el procedimiento per se, sino porque una mujer dio vida a otra mujer y enseñó a México que con esfuerzo se puede lograr, y fue de una trascendencia tal al igual que para las actuales cirujanas en el mundo,**

Con el surgimiento de las nuevas tecnologías, las jóvenes médicas también se están entrenando en todos los procedimientos cardíacos de cirugía mínima, endovascular, asistencia ventricular y trasplante de corazón, por lo que no es una cuestión de género, sino de interés por aprender y evolucionar.

responde al sexo femenino. En México, las doctoras Marlene Santos, Josefina Alberú y Carmen Gracida se convierten en pioneras de trasplante de hígado y riñón, respectivamente, y hoy en día tienen puestos directivos en sus unidades de adscripción, así como presidencias de sociedades importantes como la Sociedad Mexicana de Trasplantes. En el campo de la oftalmología destaca la Dra. Adriana Hernández por su interés en llevar a nivel de excelencia la realización de trasplante de córnea por medio de cursos en el Departamento Académico de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UNAM. El trasplante de corazón en México data de los



Figura 4.

Dra. María del Sol Ortegón. Realiza la preparación para el corazón del donador. Primera mujer en realizar un trasplante de corazón. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. 11-07-2017.

REFERENCIAS

1. Cabanes JP. La Medicina en la Historia Medieval Cristiana, Universidad de Cádiz. <http://webs.ucm.es/info/especulo/numero32/medicime.html> Consulta 15052019
2. Sánchez CV. Agencia Informativa. Conacyt. 7-01-2015.
3. Pérez Cedeño E. Las mujeres en historia de la ciencia. Instituto de Filosofía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
4. Barcos R. R. Pérez SE. Mujeres inventoras. Instituto de Filosofía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
5. Cortés-Flores AO, Fuentes-Orozco C, López-Ramírez MKL, Velázquez-Ramírez GA, Farías-Llamas OA, Olivares-Becerra JJ, et al. Medicina académica y género: La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gac Méd Méx.* 2005; 141 (4): 341-344.



La cirujana y la educación

Dra. Angélica H González Muñoz

Introducción: Este capítulo tiene como propósito tener un momento de reflexión con respecto de nuestro papel y responsabilidad como profesores universitarios en los campos clínicos y universitarios. De manera enunciativa comentaremos los siguientes puntos: 1. Los paradigmas psicológicos de la educación, 2. Competencias en educación, 3. Características y competencias que debe tener un profesor de medicina y 4. La participación de las cirujanas en la educación médica. Los cambios en la educación médica han sido relevantes: desde la época de Hipócrates en la escuela de Cos, los barberos en la Edad Media, la aparición de la primera Facultad de Medicina en Salerno Italia, los colegios de Córdoba, Bagdad y el Cairo, el inicio de las residencias médicas en Viena en la segunda mitad del siglo XIX, las aportaciones de Abraham Flexner en “*El informe final Medical Education in the United States and Canada*” (1910) para la educación de pregrado, que dio lugar a la división en ciclos básico y clínicos así como a la estandarización y profesionalización de la educación médica, hasta nuestros días, lo cual conlleva determinar cuál ha sido el papel de los siguientes puntos:

1. Paradigmas psicoeducativos: La educación ha cambiado en el último siglo a paso acelerado, buscando renovar el proceso educativo que permita un mejor desarrollo de aprender y enseñar. A los aciertos de las formas que han existido en el proceso enseñanza-aprendizaje se les llama paradigmas, el estudio de sus características es fundamental para entender los diferentes modelos educativos. Los cinco paradigmas psicopedagógicos más representativos según los expertos son: conductista, humanista, cognitivo, sociocultural y constructivismo, considerados como modelos en el proceso enseñanza-aprendizaje.^{1,2} **Paradigma conductista:** Está enfocado en la transmisión del conocimiento, el cual es acumulativo y memorístico, se enfoca sólo en objetivos de aprendizaje observables y medibles, el centro de la educación es el profesor. Éste es el más arraigado en nuestro sistema educativo. **Paradigma del constructivismo:** Está enfocado en la construcción del conocimiento por el propio estudiante. El aprendizaje constructivista está centrado en el estudiante, su papel activo, su creatividad y no en los contenidos ni en el profesor.¹ Así el estudiante es producto de una construcción propia de su conocimiento, trabaja en colaboración y en equipo, a la par que desarrolla su autonomía, favorece una búsqueda activa y continua del significado de las cosas, (aprendizaje autorregulado y reflexivo) con base en sus necesidades. Es claro que este texto es insuficiente para comprender en su totalidad estos paradigmas educativos, pero nos da una idea de cómo la educación ha evolucionado. Desde 1990 el constructivismo ha tratado de permear paradigmas psicoeducativos y sus características,³ aunque sin lograrlo en su totalidad principalmente por el arraigo al conductismo (*Tabla 1*).

2. Competencias en educación: El desarrollo de las competencias en los estudiantes universitarios surgió a finales de la década de los 60 y principios de los 70, con David McClelland, profesor de Psicología de la Universidad de Harvard quien, junto con su socio Boyatzis, realizó

Tabla 1. Metáfora educativa en los principales paradigmas educativos.

Dimensión Paradigma	Conductista	Humanista	Psicogenético	Cognitivo	Constructivismo sociocultural
Alumno	Sujeto cuyo desempeño no está condicionado externamente por las características del programa conductual de la instrucción	Es una persona total y única, con potencial de autodeterminación y desarrollo creativo e integrado en todas las esferas	Constructor activo de esquemas y estructuras operatorias; elabora interpretaciones propias de los contenidos en función de su competencia cognitiva	Procesador activo de la información que posee competencia cognitiva para aprender estratégicamente y solucionar problemas	Ser social que efectúa una apropiación o reconstrucción de saberes culturales y participa en prácticas que le permiten cultivarse y socializarse
Profesor	Desarrolla una serie adecuada de arreglos de contingencias de reforzamiento y control de estímulos para enseñar, ofrece modelos conductuales	Facilitador de la capacidad potencial de autorrealización del alumno; creador de clima de confianza, colaboración y respeto	Facilitador del aprendizaje y desarrollo; promotor de la autonomía moral e intelectual del alumno	Organizador de la información que tiende puentes cognitivos, y funge como promotor de habilidades del pensamiento y estrategias para un aprendizaje significativo	Agente cultural que realiza una labor de mediación entre el saber sociocultural y los procesos de apropiación de los alumnos mediante un ajuste de la ayuda pedagógica
Enseñanza	Arreglo adecuado de las contingencias de reforzamiento para promover un aprendizaje eficiente	Promueve la autorrealización de los alumnos en todas las esferas de la personalidad	Indirecta, por descubrimiento, orientada a promover la reinterpretación de las interpretaciones que los alumnos realizan sobre los contenidos escolares	Inducción de conocimiento esquemático significativo de estrategias cognitivas; el cómo del aprendizaje	Transmisión de funciones psicológicas y saberes culturales mediante interacción en la zona de desarrollo próximo
Aprendizaje	Cambio estable en la conducta o en la probabilidad de respuesta del alumno que adquiere un repertorio conductual	Para ser significativo requiere ser autoiniciado, participativo, ligado a objetivos personales y experiencial	Determinado por el nivel de desarrollo cognitivo; los cambios relevantes requieren abstracción reflexiva y la inducción de conflictos cognitivos	Determinado por conocimientos y experiencias previas; construcción significativa de representaciones y significados	Promueve el desarrollo mediante interiorización y apropiación de representaciones y procesos; labor de construcción e interacción conjunta

una investigación en el Área de Administración de Empresas y encontró 19 competencias básicas (lista de oro) que todo gerente debe tener para ser eficiente. De ahí surgieron las preguntas acerca de si será posible generar listas de competencias para otras profesiones, y si esto es posible, ¿por qué no enseñar a los educandos esas competencias?⁴ Con esto, podemos darnos cuenta del cambio de rumbo que significa la educación basada en competencias. Ya existe una mayor comprensión de lo que este enfoque por competencias significa, el vínculo entre lo formativo y lo profesional, entre el medio académico y el laboral, entre la escuela y el trabajo, entre las instituciones educativas y las de salud; el reto ahora es implementar de lleno

Tabla 2. Competencias genéricas del plan de estudios 2010, Facultad de Medicina de la UNAM.

Competencias	Consiste en que el estudiante
1 Pensamiento crítico	Utiliza la metodología, científica y epidemiológica, analiza y crítica las fuentes de información
2 Aprendizaje autorregulado y permanente	Autocrítica y conciencia de sus potencialidades y limitaciones que le permitirán avanzar en su preparación profesional
3 Comunicación efectiva	Comunicación atenta, fluida, cortés y sin tecnicismos con sus pacientes, con respeto a su autonomía, creencias, valores culturales, con confidencialidad y empatía igual con sus pares y súbditos
4 Conocimientos y aplicación de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en el ejercicio de la medicina	Su práctica y la toma de decisiones se basa en el conocimiento teórico y problemas de salud y demandas de atención médica
5 Habilidades clínicas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación	Realiza con base en la evidencia clínica y paraclínica el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, rehabilitación del paciente y/o familia, eficaz, eficiente y oportuna. Orienta y remite oportunamente
6 Profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales	Ejerce su profesión a la luz de los principios éticos y el marco jurídico, para promover atención médica de calidad con vocación de servicio, humanismo y responsabilidad social. Toma de decisiones ante dilemas éticos con base en el conocimiento y marco legal
7 Salud poblacional y sistema de salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Identifica la importancia de su práctica profesional en la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Que conlleva a una eficiente interacción en beneficio de la salud poblacional
8 Desarrollo y crecimiento personal	Plantea soluciones y toma de decisiones con base en el conocimiento de su personalidad para superar sus limitaciones y desarrollar sus capacidades. Cultiva confianza en sí mismo, asertividad, tolerancia a la frustración y a la incertidumbre e incorpora autocrítica constructiva para su perfeccionamiento personal y el desarrollo del equipo de salud

la educación por competencias incluso como un nuevo paradigma. En el plan de estudios 2010 de la Facultad de Medicina de la UNAM, las competencias se definen como “la articulación y ponderación de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que permiten tener un desempeño profesional eficiente con un juicio crítico y reflexivo en la práctica diaria en beneficio de los individuos y la sociedad”. Con base en ello, se definieron ocho competencias para alcanzar una mayor integración de los conocimientos declarativos, procedimentales, actitudinales y contextuales⁵ (*Tabla 2*).

3. Características y competencias que debe tener un profesor de medicina. Diferentes perspectivas de lo que sería un profesor médico ideal. Para Tabinda Hasan⁶ estas características del profesor le ayudan a entablar una relación con sus estudiantes llena de vivencias que recordarán y ejercerán cuando se encuentren en el papel de un médico con su paciente o de un profesor con sus estudiantes en el futuro, además de desarrollar y ejecutar las competencias como un profesor ideal (*Figura 1*). En la *figura 2* se muestran las características y competencias en la concepción de Harden y Crosby.

El proceso educativo es bidireccional, ambas partes enseñan y aprenden y estamos en la búsqueda de la verdad, del nuevo conocimiento. También, nuestras funciones y responsabilidades han cambiado, ahora debemos planear, facilitar, supervisar, evaluar y retroalimentar el aprendizaje, además de detectar habilidades innatas de los estudiantes para guiarlas y desarrollarlas al máximo, promover la innovación y el pensamiento crítico. La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A.C. (AMFEM),^{7,8} señala que los docentes de medicina deben mostrar competencias pedagógicas y las define como “la capacidad para propiciar en los alumnos una formación y actualización que responda de manera efectiva a las demandas sociales de atención, educación e investigación médicas”. A partir de este concepto, fueron seleccionadas las principales funciones de los profesores como guía para elaborar las “competencias específicas” y para definir y organizar sus componentes en unidades y elementos de competencia (*Figura 3*).⁷

4. Participación de las cirujanas en la educación. La cirujana y la educación: hay ejemplos de cirujanas brillantes que han contribuido en la formación de generaciones de cirujanas y cirujanos, tanto en el aula como en los quirófanos, siendo ejemplo de la técnica, del compromiso y profesionalismo con los pacientes y sus alumnos; algunas de nosotras hemos participado como profesoras formales en pregrado y/o en postgrado y en los cursos de postgrado en los Congresos Internacionales de Cirugía General, (aunque en estos últimos aún considero limitada nuestra intervención) y algunas otras que se han proyectado como expertas en diferentes áreas, por ejemplo: Lilia Cote Estrada, pionera de los cursos de peritos y médico legal y experta en Seguridad del paciente, Elena López Gavito quien ha dado seguimiento a estos cursos, Graciela Zermeño Gómez, Angélica Hortensia González Muñoz, Enriqueta Barido Murguía y Abilene Escamilla Ortiz que además de educadoras de excelencia, algunas de ellas son expertas en obesidad, en infecciones nosocomiales y editoras, otras en investigación básica como María Teresa Arredondo, Adriana Hernández López, experta en hernias de pared abdominal, Graciela Maldonado y Adriana Liceaga en cirugía de obesidad y nuevas tecnologías, María Carmen Barradas, Lucy Rivas y muchas más que se están incorporando a esta lista de cirujanas que participan con aportaciones brillantes en la Educación Médica Continua en sus hospitales y localidades de sus estados. Por otra parte en la última década, en el caso de la carrera de médico cirujano de la



Figura 1. Características y competencias clave del profesor médico ideal.



Figura 2. Características y competencias según Harden y Crosby.

Facultad de Medicina de la UNAM se ha presentado el fenómeno de la feminización de la medicina, como se muestra en la *Tabla 3*, tanto a nivel de pregrado como de postgrado; sin embargo, no sucede lo mismo en su participación como docente formal (al menos en esta Facultad de Medicina) (*Tabla 4*), quiero suponer que prefieren ser profesoras a nivel clínico y quizá también sea la razón de las pocas profesoras en el Departamento de Cirugía de la UNAM (*Tabla 5*), en el cual sólo somos profesoras seis mujeres, de las cuales una de ellas es oftalmóloga, otra otorrinolaringóloga y una más cirujana plástica, sólo tres cirujanas generales. Pero más allá de las cifras, la participación de las mujeres en el ámbito de la Ciencia y Educación Médica ha propiciado que en ambas profesiones se tenga ese toque “humano” ya que las mujeres tanto en la práctica médica como en la docencia tenemos más desarrolladas las habilidades de comunicación, de ofrecer un apoyo emocional y somos más



Figura 3. Funciones y competencias del profesor de medicina. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A.C. (AMFEM).

Tabla 3. Matrícula de la Licenciatura de Médico Cirujano. Ciclo 2018-2019.					
Nivel	Mujeres	%	Hombres	%	Total
Pregrado	5,465	64	3,095	36	8,560
Postgrado	5,353	52	4,947	48	10,300

Fuente: Secretaría de Servicios Escolares de la Facultad de Medicina de la UNAM. Agosto 2018.

Tabla 4. Profesores de Medicina, Facultad de Medicina de la UNAM. Participación de las mujeres en la Docencia.

Profesores de la FM	Total pregrado	%	Total postgrado	%	Total	%
Hombres	777	68.1	1,387	51.5	2,164	56.5
Mujeres	363	31.8	1,302	48.4	1,665	43.4
Total	1,140	100.0	2,689	100.0	3,829	100.0

Fuente: H Consejo Técnico de la Facultad de Medicina (FM) de la UNAM. 2018.

Tabla 5. Profesores del Departamento de Cirugía.

	n	%
Hombres	21	77.70
Mujeres	6	22.20
Total	27	100.00

Fuente: Departamento de Cirujano Facultad de Medicina de la UNAM.

empáticas con las personas que nos rodean en comparación con los hombres, no quiero decir que no lo sean, pero a las mujeres se nos dan más estas cualidades, ponemos más atención a los aspectos humanos, interpersonales, psicológicos y sociológicos con el paciente, equipo de salud y los estudiantes, a estos últimos incluso los vemos como “nuestros hijos”, somos más sensibles a sus necesidades, detectamos con nuestro “sexto sentido” que algo anda mal, cuando algún alumno que no tiene un buen desempeño, con mesura intervenimos para orientar y

apoyar. También las mujeres ponderamos y adquirimos un equilibrio entre nuestra profesión y vida personal, establecemos prioridades. En el campo de la educación, las cirujanas como profesoras de medicina y como profesionales de la salud tenemos muchas cualidades que nos hacen ser más efectivas para el trabajo, la productividad y los resultados. Ha costado mucho trabajo y hay signos incipientes de romper los esquemas prevalentes en las especialidades quirúrgicas tradicionalmente masculinas, en las cuales se brindan menos oportunidades para las mujeres, igual que pasa en el ámbito académico, pues hay menos mujeres que hombres como profesores de tiempo completo en estas áreas, como lo vimos en las tablas anteriores. También se empieza a ver un discreto cambio en el acceso a posiciones de liderazgo tanto en el área clínica como en la académica, como la Dra. Teresita Corona Vázquez quien será la primera presidenta de la Academia Nacional de Medicina, en fin, aún falta mucho por hacer. Como vemos, la educación es un mundo fascinante y muy complejo, participar como profesores es un gran honor y privilegio ya que podemos contribuir a formar a los médicos del futuro para que tengan pasión por lo que hacen, convicción de servicio y que sepan cumplir con ética y calidad humana su misión en esta hermosa profesión médica. Finalizo con la convicción de que “el arte de ejercer la medicina es indisoluble al arte de la enseñanza de la medicina y viceversa”.

REFERENCIAS

1. Orozco SMAM. Paradigmas educativos, Centro de Estudios Educativos en Comunicaciones y Tecnologías Educativas. CECTE. 2009.
2. Campos Y. Paradigmas psicoeducativos. Introducción de las Tecnologías Computacionales como apoyo al aprendizaje integrador de la Matemática en la Educación Básica y Normal. México: DGENAMDF, 1999. pp. 1-18.
3. Díaz BA. Enseñanza situada, vínculo entre la escuela y la vida. Principios educativos de las perspectivas experiencial, reflexiva y situada. Capítulo 1. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A de C.V. 2006. p. 36.
4. López IA. Origen y fundamento de la educación basada en competencias. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4953773.pdf>.
5. Plan de Estudios 2010, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.
6. Tabinda H, Ibrahim B, Husein A, Mamood F. An ideal medical teacher. *Education in Medicine Journal*. 2011; 3 (1): e54-e59. (ISSN 2180-1932) © www.saifulbahri.com/eimj | e54.
7. Aguirre HE, Castellanos BF, Galicia NH, González TA, Fabián JO, Ojeda BC, et al. Perfil por competencias docentes del profesor de medicina. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A. C. (AMFEM): Capítulo IV. Competencias docentes del profesor de medicina. 2012. pp. 16-17.
8. Parra AH. Las competencias del docente de medicina y sus implicaciones en el desempeño académico del médico en formación. México: Pearson: 2015.



Las cirujanas y las publicaciones científicas

Dra. Abilene Cirenía Escamilla Ortiz

De unos años a la fecha se ha incrementado el número de mujeres en las escuelas y facultades de medicina, mientras que el número de mujeres que ingresa y avanza en la medicina académica decae, especialmente fuera de la pediatría y la ginecología.

La mujer permanece poco representada en el liderazgo de la medicina académica, incluyendo cátedras de tiempo completo, jefaturas o líderes en la investigación, lo que es más marcado en el área de cirugía,¹ 14% de todos los cirujanos son mujeres, y si llegan a escalar se les ve más como colaboradores de sus compañeros varones.

El éxito académico se mide por la producción académica y los donativos o subvenciones otorgados por productividad. Publicar como primer autor indica responsabilidad y que se tiene experiencia en el tópico; en el caso de las mujeres se tienen datos previos de la mujer como autor en el terreno de la otorrinolaringología, epidemiología y psiquiatría, pero hay pocos datos disponibles de la participación de la mujer como primer autor en la literatura de la cirugía.

En una revisión de *Archives of Surgery* y *Annals of Surgery* en un periodo de 1985 a 2003 se analizaron artículos originales y se verificó cuántas mujeres aparecían como primer autor: el total fue de 830 artículos entre las dos revistas. Se observó que el porcentaje de mujeres era bajo en los primeros años y se fue incrementando; se encontró también que aproximadamente entre el 15 y 25% eran primer autor, pero muchos de estos artículos fueron escritos por mujeres no cirujanas y no médicos, sino que estaban relacionadas a la farmacéutica, administración en servicios de salud, enfermería, odontología y veterinaria. Asimismo, se percibió que tienen menos recursos para investigar y publicar, de igual forma que en cirugía se carece de cirujanas que sean tomadas como mentor.¹

Un estudio argentino que analizó tres revistas de pediatría indexadas en *PubMed* durante 2015, identificó la participación de las mujeres como autoras, encontrando que de 329 artículos 59.9% de los autores eran mujeres. En la investigación se hace referencia a la participación de la mujer en el terreno médico: el 33% en Estados Unidos, 47% en el Reino Unido y 50% en Europa del Este. Y en el área de pediatría: el 50% en Argentina, 40% en Brasil y 33% en Chile.²

En otro artículo se examinaron los roles de la mujer en la producción científica, los datos fueron obtenidos de las publicaciones de la Biblioteca Pública de Ciencias (*PLOS, Public Library of Science*), en la que se le pide a cada autor que indique su contribución en una o más de estas tareas: 1) análisis de datos, 2) concebir y diseñar el estudio o experimento, 3) contribución a los reactivos, material y herramientas de análisis, 4) Llevar a cabo el experimento, y 5) redactar el manuscrito. Fueron más de 85,000 artículos de 2008 a 2013, y se encontró que la mujer está más relacionada con llevar a cabo el experimento y los hombres más asociados al rol de autoría.³

Por mandato de los Institutos Nacionales de Salud en los Estados Unidos, en estudios con donativos se considera el género como una variable biológica. De julio de 2014 a diciembre de 2017, se publicaron 34 artículos de investigación en *Science* y sólo uno tenía a una mujer como autor principal y otras tres como autor co-correspondiente. En la revista *Nature* y en *Cell* la representación de mujeres como autor principal o correspondiente también es escasa. *Nature* publicó 8.3% de manuscritos con mujeres como autor correspondiente o co-correspondiente y *Cell* 11.4% de autores correspondientes.⁴

En el área de gastroenterología se revisaron cinco revistas de gastroenterología, gastroenterología y hepatología y endoscopia gastrointestinal en cinco años no consecutivos, se identificó el porcentaje de mujeres como primer autor y cómo éste se incrementó en los años revisados. Se tomó en cuenta además del género, el grado, la institución de afiliación, la región y el tópico de investigación. En artículos originales de primer autor el 18% fueron mujeres y 10.1% como autora principal o como primera contribución.⁵

Casi en todas las ciencias, la mujer ocupa un número similar en puestos de postgrados, pero son pocas en puestos académicos de alto rango o rango superior. En los Estados Unidos se describe como una tubería agujereada, y se debe investigar la causa de la fuga para trabajar en una población de científicos más diversa y equitativa.⁶

Si se tiene un bajo récord de publicación, se asocia a baja visibilidad en un campo específico de la ciencia y esto impacta negativamente en la carrera de los científicos. En la ecología y evolución las mujeres publican 40% menos que los hombres, y están poco representadas como primer o último autor. Al mismo tiempo no son invitadas como ponentes en conferencias o como autoras para escribir en libros, esto hace que tengan poca visibilidad y por lo tanto, el rol de la mujer como científica es apenas notorio para las nuevas generaciones.⁶

Se cree que también hay un sesgo de género en la revisión y proceso editorial de las revistas científicas. En el año 2008 salió una publicación en la que se menciona que en los últimos 20 años se ha incrementado el número de autores mujeres especialmente en la literatura quirúrgica. Varios estudios han reportado que las mujeres en los departamentos de cirugía publican menos y se dice que la cantidad de publicaciones generalmente se usa como un indicador de la producción académica, ya que se considera que la calidad es más difícil de medir, aunque existe el índice de citación o el factor de impacto de una revista que es una medida más objetiva.⁷

Se revisaron los resúmenes de trabajos presentados en dos reuniones anuales, una de la Asociación Académica de Cirugía (AAS) y la otra de la Sociedad Universitaria de Cirujanos (SUS) y se obtuvo el porcentaje de cirujanas que expusieron y posteriormente cuántos de estos trabajos se publicaron.⁷

En la AAS sólo el 9.1% de los resúmenes correspondió a mujeres y la publicación posterior fue de 69.5%, el índice de citación no fue estadísticamente diferente entre hombres y mujeres. Los trabajos se enfocaron en ciencia básica en 77% y sólo 23% en investigación clínica. En la SUS el 11% de los resúmenes fue de mujeres y su publicación fue de 82%, muy similar a la de los hombres. El índice de citación fue similar en hombres y mujeres, al contrario del factor de impacto que fue mayor para las mujeres en las revistas que publicaron. Las publicaciones fueron en ciencia básica de 84%.⁷

La representación de la mujer en altos puestos académicos sigue dispareja, se dice que hay barreras laborales o dificultades relacionadas con el rol académico en cirugía. El retraso en la

promoción se debe a varios factores, entre ellos, a que la mujer publica menos, aplica a menos donativos o becas de investigación y tiene menos capacidad para puestos de liderazgo.

Para establecer si las cirujanas experimentan retraso en su carrera académica se revisaron los registros de cirujanas adscritas a departamentos de cirugía de tres centros académicos. Sólo se incluyeron miembros que tuvieran tiempo completo. Se identificaron 52 cirujanas contra 160 cirujanos, 23 mujeres tenían el cargo de profesor asistente contra 51 hombres, 10 mujeres de profesor asociado contra 45 hombres y 18 mujeres profesores de tiempo completo contra 59 hombres. Se buscó la información en el *Web of Science*.

El número promedio de artículos publicados por mujeres fue de 33.7 comparado con el promedio en hombres de 52.3. Los hombres tuvieron el *índice h* un poco más alto, para las mujeres fue 12.6, mientras que para los hombres fue 16.4.⁸

En otro estudio se llevó a cabo una revisión de 10 revistas con alto factor de impacto de enero de 2005 a diciembre de 2014. Las revistas identificadas fueron de medicina interna, ciencias multidisciplinarias, biología molecular, medicina experimental e investigación. Para identificar el género se utilizó la base de datos de la Administración de Seguridad Social de los Estados Unidos y en 2% se utilizó la base de datos en línea "NamepediA" (namepedia.org).⁹ De los 32,829 artículos revisados, el 11.3% acreditó múltiples autores como colaboradores equitativos. Se hizo una revisión de estos artículos y se dejaron 862 con primeros coautores con diferente género. La mediana del número total de autores no difirió entre artículos con mujeres como autor principal nombrado en primer lugar. La proporción de estudios firmados por una mujer en primer lugar es 0.57 con un intervalo de confianza de 95%.⁹

En un análisis de la revista *Cirujano General* de 1980 a abril de 2019 se han publicado 1,926 artículos, en éstos tenemos 120 autoras (6.23%) y 579 coautoras (30.06%).¹⁰ Desde que soy editora en la revista, en el año 2015 se publicaron 22 artículos, de los cuales en 100% aparecen hombres como primer autor, en 10 de estos 22 artículos se incluyó por lo menos una mujer como coautora.¹⁰ En el año 2016 se publicaron 46 artículos, con hombres como primer autor y 10% con mujeres. En 14 artículos hay por lo menos una mujer como coautora.¹⁰ Para 2017 se publicaron 32 artículos, de éstos en 84.4% aparece un hombre como primer autor y sólo en 15.6% una mujer. En 14 artículos hay una mujer como coautor.¹⁰ En 2018, de lo publicado y aceptado para publicar, 85% son hombres y 15% mujeres; en siete artículos se incluye por lo menos una mujer como coautor.¹⁰

En el cuerpo editorial contamos con siete mujeres que colaboran como revisoras siendo 16.6%. Es evidente que también en nuestra revista, al igual que lo reportado en la literatura, es bajo el número de mujeres que publican como primer autor pese a que en los últimos años se ha incrementado el número de cirujanas, por lo que debemos incentivar a las cirujanas para que publiquen más.

REFERENCIAS

1. Kurichi JE, Kelz RR, Sonnad SS. Women authors of surgical research. *Arch Surg*. 2005; 140: 1074-1077.
2. Otero P, Marcos C, Ferrero F. Female authorship in Latin American pediatric journals. *Arch Argent Pediatr*. 2017; 115: 580-583.
3. Macaluso B, Larivière V, Sugimoto T, Sugimoto CR. Is science built on the shoulders of women? A study of gender differences in contributor ship. *Acad Med*. 2016; 91: 1136-1142.

4. Overbaugh J. Defining the barriers to women publishing in high-impact journals. *J Virol*. 2018; 92: pii: e02127-17. 2018; Available from: <http://jvi.asm.org/>.
5. Long MT, Leszczynski A, Thompson KD, Wasan SK, Calderwood AH. Female authorship in major academic gastroenterology journals: a look over 20 years. *Gastrointest Endosc*. 2015; 81: 1440-1447.e3.
6. Edwards HA, Schroeder J, Dugdale HL. Gender differences in authorships are not associated with publication bias in an evolutionary journal. *PLoS One*. 2018; 13: e0201725. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201725>.
7. Housri N, Cheung MC, Koniaris LG, Zimmers TA. Scientific impact of women in academic surgery. *J Surg Res*. 2008; 148: 13-16.
8. Mueller C, Wright R, Girod S. The publication gender gap in US academic surgery. *BMC Surg*. 2017; 17: 16.
9. Aakhus E, Mitra N, Lautenbach E, Joffe S. Gender and byline placement of co-first authors in clinical and basic science journals with high impact factors. *JAMA*. 2018; 319: 610-611.
10. Archivo interno del Comité Editorial de la Asociación Mexicana de Cirugía General consultado abril 2019.



La cirujana en la investigación

Clotilde Fuentes Orozco,* Ana Olivia Cortés Flores,*
Alejandro González Ojeda,*
Elba Stephanie Gutiérrez Navarro,*
Andrea del Socorro Álvarez Villaseñor**

La curiosidad por conocer el mundo que nos rodea es algo que ha caracterizado a la humanidad, el conocer el porqué de los hechos es lo que impulsó al hombre prehistórico en el comienzo de la investigación de una manera lenta, simple, rudimentaria, pero de gran importancia. Actualmente no hay actividad trascendente que no tenga como base la investigación; siendo ésta un proceso sistemático, organizado y objetivo que va destinado a responder una o varias dudas.¹

La participación de la mujer en la Medicina se ha documentado en textos cuneiformes escritos en sumerio y en neosirio que datan de 3,500 a. C. en la antigua Mesopotamia, donde se describe la atención de partos por mujeres llamadas *Šabsutu*. Sin embargo, en el antiguo Egipto, en la tumba de Merit Ptah (2700 a. C.), es donde se cita el nombre de la primera mujer en la historia de la Medicina a la que se le conoce como la “médica jefe”. Fue hasta 530 d. C. que el emperador Justino a través de una ley estableció por primera ocasión la equidad entre la mujer médico (médica o iatrina) y el médico varón (*medicus*).

En América, la antigua cultura maya relata la participación de la mujer en actividades médicas y quirúrgicas, entre las que destaca la participación de las parteras, quienes, entre otras cosas, tenían la capacidad de anticipar con certeza la fecha exacta del parto. Poco se sabe sobre las primeras doctoras mexicanas, siendo Matilde Petra Montoya Lafragua la primera en graduarse en 1887 de la Escuela Nacional de Medicina.²

La medicina contemporánea no se puede concebir sin la presencia de las mujeres, que juegan un papel trascendente en las diferentes áreas de interés de la práctica médica como la asistencia, enseñanza, investigación y administración.

Al igual que ocurrió en otros países, en México la integración total de la mujer en la Medicina se completa al fundarse la Asociación de Médicas Mexicanas en 1926 y con el ingreso de la primera mujer médica en la Academia Nacional de Medicina de México en 1957.²

Como pioneras de los estudios médicos se dedicaron a la salubridad y a la salud pública, entre ellas hubo presidentas municipales, escritoras, defensoras del derecho al voto y médicas que salieron al extranjero y se consagraron a la investigación, siendo precursoras en áreas como la oftalmología y la cirugía.³

* Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

** Coordinación Médica de Investigación en Salud, Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, La Paz, Baja California Sur, México.

Actualmente, más de la mitad de los estudiantes de Medicina son mujeres, pero esto no se ve reflejado en la selección de especialidades, ya que las mujeres tienden a elegir áreas clínicas o quirúrgicas como Ginecología y Obstetricia, donde existe menor discriminación de género y las posibilidades de crecimiento son mayores.⁴

El género masculino ha dominado en las especialidades quirúrgicas, la proporción de las mujeres residentes en subespecialidades quirúrgicas es menor de 30%, teniendo que trabajar el doble para mostrar sus capacidades, incluso en el ámbito académico.

Existe una 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. Entre los principales obstáculos se encuentran: la rigidez en la estructura de los programas de residencias quirúrgicas, falta de promoción en puestos directivos; la existencia del fenómeno “techo de cristal” refiriéndose a la dificultad de alcanzar altos puestos en la administración y la academia; en ocasiones, las mujeres son percibidas con menor habilidad para el liderazgo y la competencia, discriminación de género, embarazo, hostigamiento sexual, relaciones personales, inequidades salariales, responsabilidades domésticas, familiares y barreras psicológicas; curiosamente, el miedo al fracaso no presenta una barrera; sin embargo, la decisión entre niños o carrera sí presenta un conflicto.^{5,6}

La investigación médica se institucionalizó en 1939 con la fundación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales y fue entre 1943 y 1946 cuando se crearon los tres primeros institutos nacionales dedicados a realizar funciones de asistencia, docencia e investigación (el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez” y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”).⁷

El Sistema Nacional de Investigadores (SNI) fue creado en 1984 con la finalidad de apoyar a los científicos de nuestro país mediante estímulos económicos. Al inicio, la proporción de mujeres fue de 18.1% y de hombres fue de 81.9%, en 2016 había 36.2% de mujeres y 63.8% de hombres, mostrando un crecimiento lento y paulatino.⁸⁻¹⁰

La brecha de género masculino-femenino apoya la misma hipótesis, en la Academia Nacional de Medicina de México la primera mujer en ingresar fue la Dra. Rosario Barroso Moguel en 1957 y en 2006 contaban con 23 académicas, de las cuales sólo cuatro pertenecían al área de cirugía.⁸

El grado de participación de las médicas en la investigación en salud es similar a los niveles iniciales que el de sus colegas masculinos, pero la participación de profesionales de la Medicina es muy desigual, sólo una tercera parte de las autorías de los artículos científicos biomédicos es femenina.⁹

De acuerdo con la base de beneficiarios del Sistema Nacional de Investigadores 2018, del Área III referente a medicina y patología humana, existen 18 mujeres con doctorado y/o maestría en ciencias registradas en la subdisciplina de Medicina Quirúrgica principalmente en la Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Tamaulipas y Campeche¹¹ (*Tabla 1*).

En la investigación quirúrgica, los temas surgen sobre todo de la práctica diaria, del análisis del proceso de asistencia al enfermo: diagnóstico, tratamiento, morbimortalidad, costo y resultados. Para la investigación en áreas quirúrgicas se debe seguir la misma exigencia de calidad de cualquier investigación y sus mismos pasos genéricos.

Hoy en día existe un paradigma en los ensayos clínicos que es casi obligatorio que sean prospectivos asignados al azar y evaluados doblemente a ciegas; en cirugía no debería ser así,

Tabla 1. Investigadoras en la subdisciplina Medicina Quirúrgica.

Nombre	SNI	Especialidad	Institución
Dra. Josefina María Alberú Gómez	III	Cirugía General y de Trasplantes	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
Dra. Alejandra Guillermina Miranda Díaz	II	Gastrocirugía, inflamación y estrés oxidativo	Universidad de Guadalajara
Dra. en C. Clotilde Fuentes Orozco	II	Cirugía General	Instituto Mexicano del Seguro Social
Dra. Andrea Socorro Álvarez Villaseñor	I	Cirugía General	Instituto Mexicano del Seguro Social
Mtra. Ana Olivia Cortés Flores	I	Cirugía Oncológica	Institución Privada
Mtra. Sylvia Verónica Villavicencio Valencia	I	Cirugía Oncológica	Instituto Nacional de Cancerología
Med. Rosa Angélica Salcedo Hernández	I	Cirugía Oncológica	Instituto Nacional de Cancerología
Dra. Anell Olivos Meza	I	Ortopedia y Traumatología	Instituto Nacional de Rehabilitación
Mtra. Beatriz Eugenia Pérez Guille	I	Cirugía Experimental Farmacología	Instituto Nacional de Pediatría
Dra. Rosa Eugenia Soriano Rosales	I	Ciencias biológicas y de la Salud. Cirugía	Instituto Nacional de Pediatría
Dra. Gabriela Ambriz González	I	Pediatría Cirugía Pediátrica	Instituto Mexicano del Seguro Social
Dra. Gema Castañeda Cisneros	I	Neurocirugía y Neurogenética	Instituto Mexicano del Seguro Social
Mtra. Alma Angélica Rodríguez Carreón	I	Dermatooncología y Cirugía Dermatológica	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey
Dra. Luz Ma. Adriana Balderas Peña	I	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social
Dra. Mónica Cristina Cruz Lemini	I	Ginecología y Obstetricia Medicina Materno Fetal	Instituto de Neurobiología
Mtra. Dulce María Rascón Martínez	C	Investigación Médica	Instituto Mexicano del Seguro Social
Dra. María Ivette Muciño Hernández	C	Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello	Universidad de Guadalajara
Mtra. Adriana Solís Vivanco	C	Retina médica y retina quirúrgica	Instituto Nacional de Rehabilitación

Fuente: Subdirección de Gestión y Análisis de Información, Sistema Nacional de Investigadores, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

CUCS: Centro Universitario de Ciencias de la Salud; CMNO: Centro Médico Nacional de Occidente.

ya que muchas condiciones no se pueden contrastar contra un placebo (medicamento o procedimiento quirúrgico), a menos que exista un estándar de oro con qué comparar terapias o procedimientos quirúrgicos diferentes a éste.

Los estudios prospectivos no aleatorizados son de gran valor; en cambio, los estudios retrospectivos tienen menor peso, condicionado por la dificultad de que los datos sean confiables, que hayan sido bien capturados y reflejados en la historia clínica. Muchos estudios de tipo casos y controles, cohortes retrospectivas o series de casos dan inmenso soporte al desarrollo de las disciplinas quirúrgicas.

La investigación en seres humanos o con material procedente de los mismos exige aprobación por parte de un comité de ética en investigación clínica debidamente acreditado ante la autoridad competente; además, para lograr terminar una investigación exitosa se deben obtener resultados que mejoren la calidad de vida de los enfermos, que hagan avanzar la ciencia biomédica y optimicen los resultados de la cirugía, consiguiendo disminuir la morbilidad y mortalidad.

Todo especialista, y sobre todo el quirúrgico, debe investigar, ya que se trata del interés supremo por mejorar la atención a sus pacientes, optimizar resultados en menos tiempo y con menor riesgo; además, investigar es estimulante y gratificante.

Las cirujanas investigadoras enfrentan un doble reto: para empezar, el ser mujer en un área que históricamente se ha considerado de hombres y el segundo reto es ser investigadora. Se deberán replantear algunos aspectos para dar más accesibilidad a la incursión en estas áreas sin descuidar otros aspectos importantes como tener que decidir entre su vida profesional y su vida familiar,¹³ además de hacer un ajuste en la mentalidad y en la educación para poder conseguir un trato más igualitario, justo y equitativo.^{5,12,13}

REFERENCIAS

1. Ramírez VA. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An Fac Med.* 2009; 70: 217-224.
2. Azcoitia MF, Lombarda GM, Flores DC. Aportaciones de la mujer académica al desarrollo de la medicina y la cirugía. *Cir Gen.* 2014; 36: 186-191.
3. Rodríguez RA, Castañeda López G. Inicio de las mujeres en la medicina mexicana. *Rev Fac Med.* 2015; 58: 36-40.
4. Flores DC. Feminización en medicina: liderazgo y academia. *Educ Med.* 2012; 15: 191-195.
5. Cortés-Flores AO, Fuentes-Orozco C, López-Ramírez MKL, Velázquez-Ramírez GA, Fariás-Llamas OA, Olivares-Becerra JJ, et al. Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gac Méd Mex.* 2005; 141: 341-344.
6. Reed V, Buddeberg Fischer B. Career obstacles for women in medicine: an overview. *Med Educ.* 2001; 35: 139-147.
7. De la Fuente JR, Martuscelli J, Alarcón-Segovia D. El futuro de la investigación médica en México. *Gac Med Mex.* 2004; 140: 519-524.
8. Rodríguez de Romo 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: 265-270.
9. Alcón A, Peña T, Arrizabalaga P. Mujeres médicas e investigación en salud. *Med Clin.* 2012; 138: 343-348.
10. Jiménez-Rodríguez J. El efecto Mateo: un concepto psicológico. *Papeles del Psicólogo.* 2009; 30: 145-154.

11. CONACYT. [Base de datos en línea]. México: Sistema Nacional de Investigadores. Junio 2018 [Citado: Junio 2018]. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/sistema-nacional-de-investigadores>.
12. Viñas SJ, Gómez AX, Piñol FC. Investigación en especialidades quirúrgicas. *Educ Med.* 2004; 4: 61-65.
13. Graue WE, Alarcón FG, Guevara GR, Ostrosky WP. La feminización de la medicina en la educación médica y áreas biomédicas. En: Corona VT, Medina MM, Ostrosky WP, Sarti GE, Uribe ZP. *La mujer y la salud en México*. México, D.F.: Intersistemas; 2014. pp. 127-149.



La mujer y la tecnología en cirugía

Dra. Adriana Liceaga Fuentes,
Dr. Diego Camacho, Dr. Natan Zundel



La prueba para saber si puedes hacer un trabajo o no, no debería depender de la organización de tus cromosomas.

Bella Abzug

En los últimos años ha sido evidente para la humanidad el gran desarrollo tecnológico que ha cambiado por completo la forma en que vivimos y nos comunicamos. Recientemente hay un auge en el desarrollo de tecnologías avanzadas como la realidad virtual y realidad aumentada; también existen múltiples aplicaciones y plataformas que, aprovechando estas tecnologías, buscan ayudar a mejorar la forma en que prevenimos, diagnosticamos y tratamos las dolencias de nuestros pacientes, así como la manera en que educamos a las nuevas generaciones y gracias a tecnologías como la telemedicina se ha logrado llevar y compartir esta experiencia médica a sitios remotos.

Las redes sociales tienen un profundo impacto porque están presentes en nuestro quehacer cotidiano y lo más importante es que están al alcance de nuestra mano con un simple toque en la pantalla de nuestro teléfono inteligente. Las redes sociales han permitido la divulgación del conocimiento a una velocidad sorprendente con efectos positivos en el tratamiento de pacientes complejos y/o casos inusuales, pero también tiene algunos aspectos negativos ya que sin los adecuados filtros, en ocasiones información u opiniones erradas, a veces incluso perjudiciales, se reciben en dichas plataformas.

La cirugía no ha sido ajena a esta revolución tecnológica, la cirugía mínimamente invasiva, las fuentes avanzadas de energía y la visión HD, 3D y 4K han cambiado de forma radical la práctica quirúrgica. La cirugía con asistencia robótica hoy es una realidad con un futuro prometedor, pero como todas las nuevas tecnologías aún tiene muchas oportunidades de mejora.

Este texto busca mostrar cómo la tecnología es una realidad que las mujeres cirujanas tienen a su alcance para explotar todo su potencial, aunque también deberemos hablar de ciertas limitaciones que aún existen y deben ser reconocidas.

TELÉFONOS INTELIGENTES, REDES SOCIALES, APLICACIONES Y MÁS

Los teléfonos inteligentes y las tabletas se han convertido en instrumentos de uso común, su adopción en la práctica médica y quirúrgica se extiende cada día más; su portabilidad y conectividad

han permitido a los profesionales de la salud acceder a soluciones médico-quirúrgicas en cualquier momento y en cualquier lugar. Existen múltiples aplicaciones orientadas a la prevención, diagnóstico, telemedicina, entrenamiento quirúrgico, recopilación de información, educación de pacientes, planeación y navegación quirúrgica, y aunque los estudios que existen actualmente favorecen el uso de estas herramientas, se requieren más estudios para recomendar su uso generalizado.¹

En la actualidad, uno de los usos más importantes y que ha mejorado la comunicación entre los equipos médicos es el uso de mensajería instantánea como SMS y plataformas como WhatsApp. El surgimiento de estas plataformas dejó fuera el uso de buscaper personas por ser impráctico y poco efectivo para la comunicación.² Un reporte reciente muestra números sorprendentes, un total de 64.7% de médicos usan SMS y 33.1% aplicaciones como WhatsApp para comunicar información clínica de pacientes de manera cotidiana, aun cuando esto genera fuertes preocupaciones sobre la protección de la confidencialidad de los pacientes.³ Encuestas recientes reportan que los cirujanos más jóvenes del área quirúrgica son los que más utilizan estas plataformas y los que más se benefician de su uso, ya que se ha convertido en una herramienta práctica para obtener soporte y consejo de un cirujano experimentado en tiempo real.⁴

Una ventaja interesante de estas plataformas de mensajería instantánea es que han permitido una mejor relación al romper las jerarquías tradicionales, lo que se traduce en una comunicación más efectiva entre los equipos quirúrgicos. Los cirujanos jóvenes tienen la confianza para contactar a sus superiores de una manera más informal, situación que antes no ocurría al tener que hacer una llamada telefónica o preguntar de persona a persona.² Esto sin duda creó una oportunidad para las mujeres, ya que hay mayor flexibilidad para la comunicación.

Las redes sociales se han convertido en la herramienta de comunicación favorita entre las generaciones más jóvenes.⁵ Sin embargo, un sinnúmero de cirujanos experimentados utilizan las redes sociales para acceder a material educativo y para contactar colegas alrededor del mundo. La rapidez con la que fluye la información en redes sociales permite conocer los avances recientes de manera casi instantánea (sin tener que esperar a que sea publicada en revistas científicas). Sin duda una de las mejores aplicaciones de esta herramienta es la ventaja que proporciona a cirujanos que están en sitios remotos y no pueden viajar a reuniones científicas o acceder a información actualizada, lo que se traduce en una mejor actualización de los médicos a menor costo y con una obvia mejoría en la atención de los pacientes.^{6,7}

Las redes sociales dan acceso a plataformas educativas que están permitiendo a las cirujanas el acceso a información quirúrgica que antes estaba negada por motivos de inequidad de género. Hoy, la información es para todos y podemos ingresar a sorprendentes páginas de Facebook donde es posible aprender sobre padecimientos poco frecuentes o recibir retroalimentación de expertos a nivel mundial sobre casos cotidianos y/o casos complejos.^{8,9}

El acceso instantáneo a Internet permite observar cirugías de alta complejidad, incluso en tiempo real y en alta definición, procedimientos que antes eran sólo accesibles para aquéllos que tenían posibilidad de viajar a ciertos centros especializados. Algunas plataformas están ayudando a la democratización del aprendizaje de la cirugía mínimamente invasiva, a un mínimo costo y amplio acceso, eliminando simultáneamente las restricciones por cuestiones de género. Hoy en día, para aprender sólo hace falta querer hacerlo, el conocimiento está en la palma de nuestras manos.^{10,11}

De manera global, el campo de la cirugía tiene una grave carencia de líderes cirujanas a pesar de los múltiples logros individuales de algunas de ellas; sin embargo, las redes sociales

se han convertido en una valiosa plataforma para empoderar a las mujeres, para demostrar la igualdad de conocimientos, aptitudes y experiencia, así como para difundir el trabajo de cirujanas que están superando la batalla de la desigualdad. Las redes sociales son una herramienta poderosa, basta conocer el movimiento **#Ilooklikeasurgeon** que dio visibilidad a las mujeres, minoría en un campo dominado por el género masculino y que está ayudando a romper estereotipos.^{12,13} El movimiento en redes sociales ha ayudado a generar conciencia, lo que ha obligado a sociedades académicas a reconocer y reclutar a mujeres para sus comités de toma de decisiones con el fin de asegurar que las mujeres puedan avanzar hacia puestos de liderazgo.

VENTAJAS Y OBSTÁCULOS: CIRUGÍA MINIINVASIVA

La cirugía mínimamente invasiva supone grandes ventajas para el paciente, disminución significativa del dolor postoperatorio, disminución de insuficiencia respiratoria, disminución en la incidencia de infección de sitio quirúrgico, disminución de la estancia intrahospitalaria y rápida reincorporación a las actividades cotidianas.¹⁴

Desde sus inicios hasta la fecha, múltiples modificaciones y avances tecnológicos se han sumado para perfeccionar y estandarizar los procedimientos laparoscópicos, visión Full HD, 3D y 4K han permitido realizar procedimientos cada vez más complejos; sin embargo, la tecnología usada para los procedimientos de cirugía mínimamente invasiva ha sido diseñada para manos masculinas, lo que conlleva ciertas dificultades ergonómicas para las mujeres cirujanas.

Estudios han mostrado que engrapadoras y tijeras laparoscópicas son más difíciles de manejar para el grupo que utiliza guantes pequeños y medianos en comparación con los grupos de guantes grandes ($p < 0.001$).¹⁵ Los anillos del mango de las pinzas laparoscópicas generan con mayor frecuencia alteraciones por compresión nerviosa (dolor o parestesias) de los pulgares femeninos (guantes < 7).¹⁶ La cobertura con anillos de silicón y/o cobertura plástica disminuyen este fenómeno; sin embargo, se requieren estudios ergonómicos que adapten el instrumental a manos de menor tamaño.¹⁷ Las diferencias antropométricas en el tamaño de las manos entre hombres y mujeres pueden ser desde 30 hasta 70% en términos de fuerza,¹⁶ por lo que las mujeres tienden a utilizar ambas manos para el manejo de ciertos instrumentos laparoscópicos, lo que disminuye la eficacia del trabajo y aumenta el riesgo de alteraciones musculoesqueléticas.

Las empresas de manufactura de estos instrumentos han desarrollado engrapadoras automáticas en parte para superar este problema; no obstante, algunas continúan siendo pesadas y de difícil manejo para manos pequeñas, aun cuando el número de cirujanas se incrementa día a día. A pesar de sus limitaciones, esta tecnología y la cirugía con asistencia robótica se han convertido en las herramientas más eficaces para eliminar las diferencias de género en cuanto a fuerza, altura y complejidad, colocando a hombres y mujeres en condiciones de igualdad.

Cuando hablamos de cirugía mínimamente invasiva siempre se subrayan los beneficios para los pacientes; sin embargo, nada se ha escrito sobre las ventajas que otorga a los profesionales de la salud. Sin duda este tipo de procedimientos han abierto un nuevo camino de desarrollo para las mujeres cirujanas, es así como la cirugía laparoscópica, por ejemplo, permite la democratización del aprendizaje, todo aquel que está dentro del quirófano puede ver

el procedimiento, aun cuando no esté participando activamente. La grabación de imágenes en alta definición permite observar y repasar los procedimientos cuantas veces sea necesario para comprender los detalles técnicos y así corregir errores y prevenir futuras complicaciones quirúrgicas. El acceso a simuladores que aparecieron con el surgimiento de la mínima invasión, permite desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para completar un procedimiento de forma segura en un paciente.

Cierto es que estas ventajas benefician a ambos géneros, pero en la época de la cirugía abierta, fue un camino mucho más complejo para las cirujanas que debían luchar contra los paradigmas de género para que se permitiera el aprendizaje quirúrgico que era exclusivamente adquirido en la sala operatoria y estaba a discreción del profesor titular.

Quizás todavía nos falta desarrollar más a fondo el último eslabón de la cadena que es el acceso a mujeres líderes que trabajen activamente como tutores dentro y fuera del quirófano y sean modelos a seguir para que las nuevas generaciones de mujeres cirujanas tengan acceso al quirófano de una manera igualitaria y encuentren la inspiración para consolidar el papel de las mujeres en el ámbito quirúrgico.

REVOLUCIÓN TECNOLÓGICA Y COMPETENCIAS QUIRÚRGICAS

La tecnología avanza a una velocidad nunca antes vista, la forma en que practicamos cirugía ha sufrido cambios muy significativos en un tiempo relativamente corto. Cada día existen más opciones de tratamiento: cirugía percutánea, procedimientos endovasculares y endoluminales que complementan el actuar diario del cirujano.

La asistencia robótica con la que contamos hoy en día está en un proceso de transición hacia sistemas muchos más avanzados, cuyas funciones integradas y sistemas de información podrán ser manipulados desde una sola consola: quirófanos híbridos y robóticos con acceso a información de tomografías, resonancias, hologramas, telemedicina, realidad virtual, etcétera.¹⁸ Esto trae consigo un cambio de paradigmas en la forma de practicar la cirugía y por lo tanto, se abre también una puerta de oportunidad para que la formación y práctica-quirúrgica esté libre de brechas de género.

Una interesante aplicación de la tecnología en cirugía es la posibilidad de modificar la forma en que obtenemos privilegios para realizar procedimientos quirúrgicos, aún hoy en día en muchos programas académicos, la evaluación de competencias quirúrgicas se realiza mediante una prueba escrita. La tecnología permite, a través de la simulación y la integración de información en una sola consola, la evaluación de las competencias de los cirujanos mediante escenarios clínicos simulados y la medición de habilidades psicomotoras; de esta manera los médicos en entrenamiento serán promovidos al siguiente nivel por competencias y no por años cursados, rompiendo el paradigma del modelo de educación halstediana.

SIMULACIÓN

El modelo halstediano de aprendizaje (ver uno, hacer uno, enseñar uno) condiciona que sea un sistema prolongado, subjetivo y que esté a discreción del profesor, lo que mantiene una importante brecha para las mujeres cirujanas. Con la llegada de la tecnología de simulación

y modelos inanimados para entrenamiento se tiene la ventaja de democratizar la enseñanza, ya que las evaluaciones se basan en competencias, así los cirujanos pueden entrenarse en un ambiente controlado que permite el aprendizaje a su propio ritmo y sin poner en riesgo a los pacientes.¹⁹

El principal objetivo de los simuladores para entrenamiento es la adquisición de las habilidades esperadas para el nivel del estudiante. Los simuladores hoy en día pueden ser muy sofisticados, algunos permiten tener información háptica inmediata y otros, como los electrónicos, permiten medir en tiempo real los avances del estudiante. Existen desde modelos que simulan todos los posibles ángulos de sutura encontrados en laparoscopia y se utilizan bajo un modelo de aprendizaje estandarizado hasta cavidades abdominales completamente simuladas; sin embargo, aún están subutilizados.²⁰ Los simuladores de realidad virtual tienen la posibilidad de medir la calidad y delicadeza de los movimientos del alumno y lo más importante es que permiten identificar los errores durante el entrenamiento, lo cual se incluye en el reporte de evaluación.

Finalmente, las habilidades adquiridas durante el entrenamiento con esta tecnología mejoran la actuación de los alumnos en la sala operatoria,²¹ lo que da soporte a su uso de manera rutinaria; es un hecho que la tecnología está presente en nuestro día a día; no obstante, está en nuestras manos la posibilidad de obtener el máximo beneficio para el mejor cuidado de nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. Mobasheri MH, Johnston M, Syed UM, King D, Darzi A. The uses of smartphones and tablet devices in surgery: a systematic review of the literature. *Surgery*. 2015; 158: 1352-1371. doi: 10.1016/j.surg.2015.03.029.
2. Gould G, Nilforooshan R. Whatsapp doc? *BMJ Innov*. 2016; 2: 109-110. doi: 10.1136/bmjinnov-2016-000116.
3. Mobasheri MH, King D, Johnston M, Gautama S, Purkayastha S, Darzi A. The ownership and clinical use of smartphones by doctors and nurses in the UK: a multicentre survey study. *BMJ Innov*. 2015; 1: 174-181.
4. Johnston MJ, King D, Arora S, Behar N, Athanasiou T, Sevdalis N, et al. Smartphones let surgeons know WhatsApp: an analysis of communication in emergency surgical teams. *Am J Surg*. 2015; 209: 45-51. doi: 10.1016/j.amjsurg.2014.08.030.
5. Hoyt DB. American College of Surgeons and social media efforts. *Surgery*. 2011; 150: 13-14.
6. Vohra RS, Hallissey MT. Social networks, social media, and innovating surgical education. *JAMA Surg*. 2015; 150: 192-193.
7. Yamout SZ, Glick ZA, Lind DS, Monson RA, Glick PL. Using social media enhance surgeon and patient education and communication. *Bull Am Coll Surg*. 2011; 96: 7-15.
8. <https://es-la.facebook.com/InternationalBariatricClub/>.
9. <https://www.facebook.com/groups/herniacollab/>.
10. <https://aischannel.com/>.
11. <https://www.websurg.com/>.
12. Margolin D. Social media and the surgeon. *Clin Colon Rectal Surg*. 2013; 26: 36-38.
13. <https://es-la.facebook.com/ILookLikeASurgeon/>.
14. Tanigawa N. Advantages and problems with endoscopic surgery. *JMAJ*. 2009; 52: 330-334.
15. Berguer R, Hreljac A. The relationship between hand size and difficulty using surgical instruments: a survey of 726 laparoscopic surgeons. *Surg Endosc*. 2004; 18: 508-512.

16. Huang J, McGlothlin JD. Ergonomic assessment of obstetrician-gynecologists performing laparoscopic surgery: study of hand size and surgical instruments. *J Ergonomics*. 2017; 7: 224. doi: 10.4172/2165-7556.1000224.
17. Inaki N, Kanehira E, Kinoshita T, Komai K, Omura K, Watanabe G. Ringed silicon rubber attachment prevents laparoscopic surgeon's thumb. *Surg Endosc*. 2007; 21: 1126-1130.
18. Satava R. Advanced technologies and future of medicine and surgery. *Yonsei Med J*. 2008; 49: 873-878. doi: 10.3349/ymj.2008.49.6.873.
19. Satava RM. Accomplishments and challenges of surgical simulation. *Surg Endosc*. 2001; 15: 232-241.
20. Liceaga A, Fernandes LF, Romeo A. 2013. Romeo's Gladiator Rule: knots, stitches and knot tying techniques. A tutorial based on a few simple rules. Tuttlingen Germany. EndoPress.
21. Seymour NE, Gallagher AG, Roman SA, O'Brien MK, Bansal VK, et al. Virtual reality training improves operating room performance: results of a double-blinded study. *Ann Surg*. 2002; 236: 455-464.



El desarrollo del liderazgo de la mujer en cirugía

Dra. Adriana Hernández López,
Dr. J Octavio Ruiz Speare



¿QUÉ ES EL LIDERAZGO?

La familia, una empresa, institución o equipo no pueden existir sin un liderazgo central. La palabra liderazgo la escuchamos y vemos cotidianamente en una gran cantidad de actividades que se mencionan en el radio, la televisión, periódicos, revistas, conversaciones cotidianas, y que puede referir a quien es el guía en múltiples tipos de actividades: deportivas, acciones militares, políticas, empresariales, académicas, científicas, económicas y de muchas otras índoles.

Hay un sinnúmero de definiciones sobre lo que es el liderazgo, pero con el fin de simplificar mencionaremos tres:

Hay un sinnúmero de definiciones sobre lo que es el liderazgo, pero con el fin de simplificar mencionaremos tres:

- “Liderazgo es la actitud que mueve a la iniciativa de un individuo para cambiar el estado de cosas que deben ser cambiadas” (José Luis Taddei).
- “Cuando alguien actúa para cambiar una situación que afecta a una persona, grupo o comunidad, eso es liderazgo” (José Luis Taddei).
- “El Liderazgo es influencia” (John C. Maxwell).

En el tema que nos ocupa, ¿cumplían con estas acciones de provocar cambios en la atención de los enfermos las tareas del chamán, del cirujano barbero, del cirujano del Renacimiento, del cirujano del siglo XX y del cirujano moderno?, ¿sus acciones los convirtieron en líderes?, ¿cuál es el papel de la mujer cirujana en este siglo XXI? Y ¿cómo está desarrollando su papel de líder en la cirugía moderna?^{1,2}

HISTORIA DE LA MUJER EN EL CAMPO DE LA CIRUGÍA

Las mujeres ocuparon posiciones prominentes como cirujanas en tiempos antiguos, como se registra en textos quirúrgicos de Egipto, Italia y Grecia. Sin embargo, durante la Edad Media, la noción de la capacidad de la mujer se dispó. Esto fue particularmente cierto en medicina y cirugía, pero también en una variedad de otras funciones profesionales y no profesionales en las que el liderazgo se consideraba un atributo necesario.

En el pasado siglo XX, a las mujeres cirujanas pioneras les fueron negados los puestos de residencia quirúrgica, a pesar de haberse graduado de prestigiosas escuelas de Medicina y universidades.

Hasta tiempos recientes, las mujeres tenían muy pocas posibilidades de obtener una formación quirúrgica avanzada y desarrollarse como líderes en el campo académico.

La principal razón era que a mediados del siglo XX sólo unas cuantas mujeres habían adquirido suficiente práctica quirúrgica como para convertirse en mentoras preparadas.

Sin modelos profesionales y con un acceso limitado a las plazas hospitalarias, parecía casi imposible que las pocas mujeres que practicaban la medicina se pudieran especializar en cirugía.

A pesar de estas dificultades, y gracias a la determinación y a la ayuda de algunos hombres cirujanos progresistas, existió en Norteamérica un reducido grupo de mujeres cirujanas: Mary Dixon Jones (1828-1908), Emeline Horton Cleveland (1829-1878), Mary Harris Thompson (1829-1895), Anna Elizabeth Broomall (1847-1931) y Marie Mergier (1851-1901), quienes sirvieron de ejemplo para conseguir la igualdad entre los sexos en la cirugía del siglo XX.

Una de las historias más memorables que ilustran algunas de las dificultades iniciales que enfrentaron las mujeres en medicina y cirugía es la del Dr. James Barry (1795-1865), quien a los 17 años de edad se graduó de la prestigiosa Escuela de Medicina de Edimburgo. Después de alcanzar su graduación como médico, se unió al ejército y se desempeñó como cirujano militar durante las guerras napoleónicas. En 1820 realizó una de las primeras cesáreas con éxito. En el momento de su muerte, se descubrió que el Dr. Barry era en realidad mujer; su autopsia demostró hallazgo consistente con una historia de embarazo.³

Harriet Jones fue la primera cirujana con licencia en los Estados Unidos (1885) y la primera mujer en servir en la Legislatura del Estado, pero no fue hasta 60 años más tarde, en 1940, que sería certificada en cirugía (porque antes no le era permitida la aplicación).

Mary Edwards Walker (1832-1919) fue la primera mujer reconocida como cirujana y segunda mujer en graduarse de una escuela de Medicina en los Estados Unidos (1849); su práctica quirúrgica fracasó y fungió como enfermera durante varios años. En 1863 se convirtió en la primera mujer cirujana en el ejército y dos años más tarde recibió la Medalla de Honor del Congreso por su servicio en la Guerra Civil. Actualmente, el *American College of Surgeons* otorga una preseña anual que lleva su nombre a una cirujana destacada.

Elizabeth Garrett Anderson (1836-1917) fue la primera mujer de Gran Bretaña en licenciarse como médico en 1865. Primera decana de una escuela de Medicina, primera doctorada en Francia, primera alcaldesa y primera magistrada en Gran Bretaña.

La princesa rusa Geodritz, sobrina del zar de Rusia y cirujana entrenada en Alemania, al ejercer como cirujana militar en la guerra ruso-japonesa (1904-1905), demostró que la sobriedad en los heridos de abdomen por proyectil de arma de fuego mejoraba si los pacientes eran intervenidos en forma temprana, aniquilando la tendencia conservadora de los cirujanos ingleses y franceses, lo cual consiguió gracias a sus influencias políticas estableciendo un tren hospital con quirófano cerca de la línea de combate.⁴

Dorothy Lavinia Brown (1919-2004) como ciudadana “afroamericana” fue la primera cirujana reconocida en el sur de Estados Unidos, la primera *Fellow* del Colegio Americano de Cirujanos (1959), la primera en ser elegida como jefa de cirugía en un hospital de ese país y la primera en servir a la Legislatura del estado de Tennessee.

Olga Jonasson (1934-2006), pionera en el campo de la cirugía de trasplantes, desempeñó una función de liderazgo en el fomento del ingreso de la mujer en el mundo moderno de la cirugía dominado por hombres. En 1987, cuando fue nombrada jefa del Departamento de Cirugía en *The Ohio State University College of Medicine*, Jonasson se convirtió en la primera mujer de los Estados Unidos que encabezó un departamento académico de cirugía en una facultad de Medicina.⁵

El *American College of Surgeons*, fundado en 1912, durante 93 años sólo tuvo presidentes cirujanos del sexo masculino. En 2005, Kathryn D. Anderson fue la primera mujer cirujana en ocupar la presidencia de esta institución, en 2011 fue elegida como presidente Patricia J. Numann y actualmente ese puesto en la presidencia lo ocupa nuevamente una mujer, Barbara Lee Bass (2017-2018).

LA HISTORIA EN MÉXICO

Cuando los estudios de medicina se institucionalizaron en el siglo XIII, las universidades dictaron normas prohibiendo el acceso de mujeres a esa formación. Esta situación se mantuvo durante seis siglos, con algunas excepciones.

Para 1887, la actividad de las mujeres médicas en México se desarrollaba dentro del marco de la medicina indígena, popular y no tenía ningún estatus profesional.

Matilde Montoya fue la primera médica universitaria en atender a sus pacientes hasta los 73 años, cuando se retiró de la vida profesional. En agosto de 1937, diversos grupos de mujeres intelectuales como la Asociación de Médicas Mexicanas, Asociación de Universitarias Mexicanas, Ateneo de Mujeres y otras agrupaciones científicas de México celebraron en la sala “Manuel M. Ponce” del Palacio Nacional de Bellas Artes su jubileo profesional por los 50 años del inicio del ejercicio de su profesión. A su muerte, la Academia Nacional de Medicina le dedicó unas líneas: “A la distinguida profesionista, a quien cupo la honra de ser la primera mujer que obtuvo el título de médica cirujana”.⁶

En la segunda mitad del siglo XX, la Dra. María Elena Anzures, graduada como médica cirujana de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México, con mención honorífica, es reconocida como una de las mujeres más distinguidas en la medicina mexicana moderna; ocupó el puesto de jefe de la Unidad del Servicio de Gastroenterología en el Hospital General de México. Al terminar ese periodo, llegó a la categoría de consultor técnico. En la Asociación Mexicana de Gastroenterología tuvo varios cargos llegando en 1971 a ser la primera mujer presidente de dicha asociación. Un año antes había ingresado a la Academia Nacional de Medicina y ocupó la presidencia de cirugía, siendo una de las cinco mujeres que en aquella época pertenecían a esta prestigiada institución.⁷

Actualmente, un gran número de mujeres cirujanas se han destacado dentro de la cirugía mexicana moderna, y son reconocidas como verdaderas luchadoras e incansables líderes en sus áreas de trabajo, entre ellas destacan Josefina Alberú Gómez, María del Carmen y Gracida Juárez, Lilia Cote Estrada, María Elena López Gavito, por nombrar sólo a algunas que se encuentran en activo y en puestos académicos reconocidos.

A instancias del Dr. Manuel Quijano Narezo, en 1977 se instituyó el Consejo Mexicano de Cirugía General. Durante estos 41 años, todos los presidentes de este consejo han realizado cambios muy significativos⁸ en beneficio de la educación y especialmente en la certificación de

los cirujanos. No fue hasta 34 años después de su fundación que en 2011 una mujer ocupó la presidencia del Consejo Mexicano de Cirugía.⁸ Durante su gestión se llevó a cabo la certificación por parte de la compañía *American Trust Register S.C.* del instrumento de evaluación del Consejo Mexicano de Cirugía General (ISO9001); se efectuó el primer examen de certificación para cirugía bariátrica; se firmó un convenio con el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (IFAI); se digitalizaron todos los expedientes de los cirujanos certificados y se realizó la reestructuración contable, legal y administrativa del consejo, entre otros logros.⁸

En comparación con los cirujanos varones, las mujeres tienen menos éxito en el avance de sus carreras y frecuentemente no son consideradas para puestos de liderazgo en cirugía.⁹⁻¹¹

¿POR QUÉ EXISTEN BARRERAS PARA LA ACEPTACIÓN DE LAS MUJERES COMO LÍDERES DE GRUPO?

1. Porque existen prácticas de segregación evidentes y encubiertas. Los actos de marginación abiertos no desaparecen, sino que se manifiestan en formas encubiertas y las mujeres “borran la discriminación de género” o minimizan el papel que tuvo en su carrera con “un sentido de distanciamiento”, pues afirman que el género “solía ser un problema”, pero que ya no lo es, o que “otras mujeres” experimentaron problemas, pero no ellas.

Cuando se les entrevista niegan fehacientemente que su género tenga relación con su vida y desempeño profesional, sugieren que las diferencias en las experiencias se deben a asuntos de carácter y opciones personales; sin embargo, sus narrativas tienen una profunda contradicción, ya que niegan la relevancia del género para su experiencia como cirujanas, pero describen episodios durante su entrenamiento quirúrgico que muestran claramente discriminación y exclusión.¹²

Al final las mujeres aceptan “un proceso de adaptación”, en el que aprenden a navegar en el paisaje quirúrgico y que a menudo significa la “masculinización” de su comportamiento para obtener aceptación de sus pares y mentores.¹³

2. Porque están perpetuados los roles sexuales tradicionales. Las fuentes de discriminación por motivos de género se dan tanto en hombres como en mujeres, pero las mujeres en los cursos de entrenamiento en cirugía son 10 veces más propensas a ser marginadas. Las mujeres cirujanas continúan experimentando retos con respecto a la discriminación de género, pero al parecer ellas mismas minimizan su presencia continua.¹⁴
3. Por la inherente responsabilidad biológica del parto y las consecuencias obvias al tener una responsabilidad adicional como “madres de familia” y a quienes se les solicita que se conduzcan con el mismo estilo que sus pares varones. Las encuestas señalan los problemas específicos que las mujeres residentes y las profesoras enfrentan debido a la maternidad y la percepción de un trato diferenciado. Es necesario un entendimiento más profundo y la exploración de esta cuestión para lograr un cambio sistemático y garantizar una fuerza laboral quirúrgica equitativa en el género.

Hay muchas sugerencias para mejorar la situación de las mujeres cirujanas, pero las buenas intenciones por sí solas no son suficientes. Es loable que las mujeres a menudo tomen la iniciativa y construyan carreras por sí mismas; sin embargo, se necesita mucho más del apoyo de sus compañeros hombres.^{15,16}

4. Por la falta de tutoría y patrocinio. Está bien documentada la influencia de mentores y modelos de conducta en las aspiraciones de las estudiantes de medicina. El progreso de las mujeres en la cirugía se acelera si encuentran la atención y la tutoría de hombres y mujeres cirujanas.

Idealmente, la igualdad de oportunidades en la atención quirúrgica, la educación, la investigación y el liderazgo harían que las ramas quirúrgicas fueran más atractivas para las estudiantes de Medicina. El número de mujeres cirujanas está aumentando en todo el mundo, lo que en parte refleja la cifra creciente de estudiantes de Medicina; las mujeres inteligentes abundan en las escuelas de Medicina y quienes gustan de resolver problemas siempre se sentirán atraídas por las ciencias quirúrgicas.

Atraer y reclutar a mujeres talentosas para seguir una carrera en Medicina es esencial para crear culturas educativas, clínicas y de investigación de excelencia.

De acuerdo con la tasa actual de aumento (muy por debajo del desarrollo de sus pares varones), las mujeres que se desempeñan como profesoras no alcanzarán la paridad de género hasta el año 2136.¹⁷⁻¹⁹

¿POR QUÉ LAS MUJERES ESTÁN INTERESADAS EN LA CIRUGÍA?

La realidad es que persiguen una carrera quirúrgica a pesar de la supuesta carga de trabajo, de un trato diferenciado, de la tasa de desgaste entre cada nivel académico que es mayor para las mujeres que para los hombres, de los aspectos negativos potenciales del estilo de vida quirúrgico, que en comparación con los cirujanos varones, las mujeres tienen menos éxito en el avance de sus carreras y son relegadas en los puestos de liderazgo en la cirugía.^{20,21}

Las mujeres se interesan por las mismas razones que las de sus compañeros varones:

1. Modelos de conducta.
2. Desafíos intelectuales.
3. Aspectos técnicos.
4. Determinación.

¿CUÁLES SON LOS PASOS PARA MEJORAR LA DISPARIDAD DE GÉNERO EN EL LIDERAZGO QUIRÚRGICO?

1. La evaluación y discusión exhaustiva sobre el estado actual de este tópico.
2. El desarrollo de programas de liderazgo nacional, específicamente para mujeres cirujanas.
3. Un esfuerzo continuo para lograr que los departamentos académicos de cirugía brinden apoyo para formar líderes quirúrgicos sin importar el género.
4. Los cirujanos tienen la responsabilidad de superar los sesgos latentes y manifiestos de género a través de discusiones abiertas, creación de políticas, desarrollo de redes y mejora de las condiciones de trabajo inapropiadas que impiden un equilibrio entre trabajo y vida libre de género.
5. La creación de un ambiente saludable en el que las cirujanas puedan desarrollar mejor sus potenciales.^{22,23}

CONCLUSIONES

Desde la aparición del hombre surgió el individuo que tenía que hacer algo para ayudar a su compañero lesionado o enfermo. A partir de ahí, a través de miles de años surgieron los cirujanos que actuaban en beneficio de los demás y que tomaron el papel de líderes. Durante la formación de cirujano en la época moderna, la posibilidad de llegar a serlo estuvo vetada para las mujeres. No es hasta el siglo XIX cuando que aparecen las primeras cirujanas, cuya labor afianzó a la mujer como cirujana en el siglo XX, y hoy en día es evidente el nacimiento de su liderazgo. Se mencionan las posibles barreras para la aceptación de las mujeres como líderes en general y cuál es su interés en desarrollarse en el campo de la cirugía y los pasos para mejorar la disparidad de género en el liderazgo quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Ruiz SJ. Liderazgo médico. *An Med (Mex)*. 2014; 59: 219-227.
2. Ruiz SJ. Liderazgo. Bustamante G, Hernández LA. El ocaso y fracaso de los líderes. Cap. 3; ISBN: 978-607-741-183-3, 2017. pp. 227-234.
3. Ali AM, McVay CL. Women in surgery: a history of adversity, resilience, and accomplishment. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.06.012> ISSN 1072-7515/16.
4. Richardson RG. Surgery old and new frontiers. New York: Charles Scribner's Sons Publishers. New York 1968. p. 169.
5. Ira Rutkow Sabiston Tratado de cirugía Sabiston. Historia de la Cirugía. Cap. 1.
6. Carrillo AM. Matilde Montoya: Primera médica mexicana. Documentación y Estudios de Mujeres, A.C. México 2002. ISBN: 968-6851-36-4.
7. Bernal SF. A la memoria de la maestra María Elena Anzures López. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2008; 71: 57-58.
8. Consejo Mexicano de Cirugía General. <https://www.cmccgac.org.m>.
9. End A, Mittlboeck M, Piza-Katzer H. Professional satisfaction of women in surgery. results of a national study. *Arch Surg*. 2004; 139: 1208-1214.
10. Cochran A, Freischlag JA, Numann P. Women, surgery, and leadership. where we have been, where we are, where we are going. *JAMA Surg*. 2013; 148: 312-313. www.jamasurg.com.
11. Budde CN, Kelley KA, Karen DK, Diamond S, Thomas CR, Enestvedt BK, et al. Does gender matter in publication productivity among colorectal surgeons participating in fellowship training programs? <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.08.087> e72 ISSN 1072- 7515/15.
12. Seemann NM, Webster F, Christian JL. Erasing gender: exploring the experience of women navigating a career in surgery. *JACS*. 2015 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.08.087> e72 ISSN 1072 7515/15.
13. Weiss A, Lee KC, Tapia V, Chang D, Freischlag J, Blair SL, et al. Equity in surgical leadership for women: more work to do. *Am J Surg*. 2014; 208: 494-498.
14. McLemore EC, Ramamoorthy S, Peterson CY, Bass BL. Women in surgery: bright, sharp, brave, and temperate. *Perm J*. 2012; 16: 54-59.
15. Goleman D. Liderazgo. El poder de la inteligencia emocional. Cap. 3, España: Ediciones B, ISBN:978-607-480-705-9, 2014. pp. 31-52.
16. Webster F, Rice K, Christian J, Seemann N, Baxter N, Moulton CA, et al. The erasure of gender in academic surgery: a qualitative study. *Am J Surg*. 2016; 212: 559-565.
17. Radunz S, Hoyer DP, Kaiser GM, Paul A, Schulze M. Career intentions of female surgeons in German liver transplant centers considering family and lifestyle priorities. *Langenbecks Arch Surg*. 2017; 402: 143-148. doi: 10.1007/s00423-016-1434-z.

18. Ann FJ. Association of women surgeons: clinical science it is not a slide but it is a ladder. *The American Journal of Surgery* 2013; 206: 667-668.
19. Abelson JS, Chartrand G, Moo TA, Moore M, Yeo H. The climb to break the glass ceiling in surgery: trends in women progressing from medical school to surgical training and academic leadership from 1994 to 2015. *Am J Surg.* 2016; 212: 566-572.
20. Kawase K, Carpelan-Holmström M, Kwong A, Sanfey H. Factors that can promote or impede the advancement of women as leaders in surgery: results from an international survey. *World J Surg.* 2016; 40: 258-266.
21. Aamna M Ali. Carie Lea McVay. Women in surgery: a history of adversity, resilience, and accomplishment. *JACS.* 2016; 223: 670-673. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.06.012> ISSN 1072-7515/16.
22. Alwazzan L, Rees CE. Women in medical education: views and experiences from the Kingdom of Saudi Arabia. *Med Educ.* 2016; 50: 852-865.
23. Rodriguez A. Women in surgical leadership positions: further assessment and future planning needed. *Am J Surg.* 2015; 209: 1112.



Las cirujanas y la formación jurídica del cirujano general

Dra. Lilia Cote Estrada, Dra. Elena López Gavito,
Dr. Jorge Luis Mariñelarena Mariñelarena,
Lic. Abraham Amiud Dávila Rodríguez



El Inicio Dra. Lilia Cote Estrada

No hay lugar a duda de que la formación de un profesional debe ser integral, y en el caso del cirujano general, pronto fue visible la necesidad de adquirir competencias en otras disciplinas complementarias como el Derecho Médico. Por otro lado, también es cierto que la posibilidad de potencializar el crecimiento es a través de la conformación de equipos multidisciplinarios, en este caso específicamente, el binomio cirujano general-abogado ha permitido el crecimiento y fortalecido la formación jurídica del cirujano, condición que ha facilitado promover como objetivo central la prevención de los conflictos legales o, lamentablemente en algunos casos, la asesoría para la adecuada conducción de un proceso jurídico.



Como todo proyecto con visión a largo plazo tiene una evolución que, afortunadamente en este caso, ha sido favorable en el ánimo de penetrar cada vez más en la comunidad quirúrgica a fin de que el conocimiento y la concientización nos lleven a la prevención y se eviten consecuencias graves para la salud del paciente y jurídicas para el cirujano. Para tener un panorama de este crecimiento vale la pena recordar algunos hechos históricos.



De tal suerte que esta inquietud se inició en la Asociación Mexicana de Cirugía General durante la gestión del Dr. Juan Mier y Díaz en 1996 al incluir por primera vez un comité legal, y el Dr. Rigoberto Álvarez Quintero fue quien lo coordinó.

El primer evento académico relacionado con temas legales se realizó durante la gestión del Dr. Armando Castillo en su congreso realizado en Veracruz en 1998, el comité estaba integrado por el Dr. Jorge Solórzano Mosqueda y la Dra. Lilia Cote E. En ese entonces era inconcebible tratar este tema durante un congreso, pero la perseverancia logró convencer a la mesa directiva y no sólo fue posible incorporar un curso transcursos llamado así en aquella época, sino exentarlo de costo para así facilitar la asistencia y promover el beneficio para los cirujanos. “Aspectos médico-legales en la práctica de la cirugía general”, el resultado a pesar de grandes esfuerzos no fue el esperado, hubo una asistencia muy escasa,

lo cual se traducía en desconocimiento y desinterés. Convencidos de la enorme importancia y trascendencia, no decayó el ánimo, por el contrario significó un reto.

Con estos resultados como referente, al año siguiente durante la gestión del Dr. Alejandro Perea Sánchez (1999-2000), si bien es cierto continuó la actividad en el programa, de inicio se asignó un espacio muy pequeño para un simposio. De nueva cuenta se insistió en la importancia de seguir difundiendo el tema, entonces se logró un espacio para cerca de 500 personas, localidad que fue ocupada casi en su totalidad. El simposio catalogado como “sesión especial”: “Controversias médico-forenses, situación actual, retos y perspectivas” incluyó una experiencia personal compartida por el Dr. Alejandro Moreno. La claridad de su exposición y su sensibilidad para mostrar las repercusiones que puede tener una demanda legal y cómo puede transformar la vida de un profesional, aun con un actuar adecuado, cimbró a la audiencia. A partir de ese momento, la óptica era diferente, cada uno podría verse en ese escenario, había que escuchar al menos.

El Comité Médico-Legal de esta gestión está constituido por la Dra. Lilia Cote Estrada, la Dra. Elena López Gavito y el Dr. Jorge Mariñelarena M, quienes a partir de entonces y a lo largo de los años en diferentes roles han mantenido vivo el interés por el tema. A este esfuerzo importante se fueron sumando un grupo de cirujanos de gran valía, los doctores Jorge Alfredo Zendejas Vázquez, Francisco Javier Mancilla Ulloa, Ricardo Gerardo Zurita Navarrete, Juan Francisco Aguirre Córdova, Edgar Cuevas García, Guillermo Mijares y Cruz, y por supuesto el apoyo y soporte incondicional del Lic. Abraham Dávila Rodríguez.

También es importante recordar algunos de los proyectos promovidos por este comité.

PRIMERA ENCUESTA NACIONAL

Desde el Comité de Asuntos Médico-Legales en 2001 durante el XXV Congreso Internacional, se realizó la primera encuesta nacional con 58 reactivos, se exploraron aspectos relevantes de la práctica del cirujano general: de 2,583 asistentes, la encuesta fue contestada por 20.7%. Con resultados de interés; 9% correspondía al género femenino y 91% al masculino, 41% tenía práctica pública y privada, 55% tenía actividad docente y 68% realizaba cirugía endoscópica; las tres cirugías más frecuentes: colecistectomía, hernioplastía y apendicectomía, y las compleciones más frecuentes: infecciones, hemorragias y estomas, entre otras.

En el ámbito legal, 57% no contaba con los recursos necesarios para una buena práctica, 22% ha tenido controversias jurídicas, 54% tenía seguro de responsabilidad profesional y un 56% desconocimiento de la legislación vigente. Estos datos sirvieron para identificar áreas de oportunidad.¹

PROYECTO ENLACE

Ante las exigencias de la época contemporánea al profesional de la medicina, es necesario contar con elementos que le permitan el aseguramiento en su práctica, para ello es prioritario analizar las condiciones actuales de la práctica médica, inherente tanto a lo profesional como a su entorno.

Este proyecto contemplaba una mayor interacción entre los cirujanos generales del país para consultar la problemática relevante de nuestro ejercicio profesional, consensar las controversias y elaborar propuestas al interior de los colegios, asociación y federación dirigidas a mejorar situaciones críticas y renovar algunas otras que a futuro conlleven riesgo ante la posibilidad de presentar iniciativas de ley.

Para ello se realizaron foros de consulta con la siguiente temática:

- Competencias del cirujano general.
- Aranceles.
- Demandas legales.
- Legislación vigente.
- Práctica médica segura: seguridad del paciente y del médico.

Uno de estos foros se realizó durante Ecos Internacionales de Cirugía (24 de febrero de 2007), presidido por los doctores Éctor Jaime Ramírez Barba, Juan Abad de Jesús y Daniel Dehesa Mora, presidente, secretario, e integrante de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, respetivamente. Por parte de la Asociación Mexicana de Cirugía General los doctores Ignacio Magaña Sánchez, Lilia Cote E y Jorge Pérez Castro y Vázquez.

Otro foro de consenso fue el 18 de septiembre de 2007 apoyado por el presidente de la Comisión de Seguridad del Paciente, en ese entonces el Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba, a quien se le entregaron tres iniciativas de ley, comentó que hasta esa fecha nunca se habían presentado iniciativas provenientes de colegios médicos en los últimos 10 años.²

Convencidos de que la formación jurídica iba más allá del conocimiento de las leyes y su aplicación, la prevención debía seguir formando parte medular como se había concebido desde los orígenes de este proyecto institucional, de tal forma que el aspecto formativo estaba dirigido a salvaguardar la integridad física del paciente y la seguridad jurídica del cirujano, transitando de la ley a la práctica médica segura.³

PUBLICACIONES

Ahora había que realizar la difusión formal en medios escritos, y por primera vez fue incluido el capítulo “Problemas médico-legales” en la primera edición del Tratado de Cirugía General.

“De la buena actuación médica, producto de la capacitación y actualización idóneas, fortalecida por una relación médico-paciente empática y del conocimiento de las obligaciones jurídicas se desprenden las medidas preventivas infalibles que harán excepcionales las controversias por atención médica.” Tratado de Cirugía General.⁴

La Asociación Mexicana de Cirugía General con 35 años de vida requería una transición hacia la representatividad del estado: la colegiación, en la que desde este comité sus integrantes tuvieron una participación decisiva.

El perito en la Asociación Mexicana de Cirugía General Dra. Elena López Gavito FACS

El Comité Médico-Legal fue creado a partir de la gestión del Dr. Juan Mier y Díaz en el año 1997, siendo el primer coordinador el Dr. Rigoberto Álvarez Quintero. Este comité surgió como una necesidad de aportar a los asociados los conocimientos jurídicos indispensables para tener una práctica médica segura, detener la medicina defensiva, además de prevenir los problemas médico-legales a los que estamos expuestos por el desconocimiento del marco jurídico del ejercicio profesional.

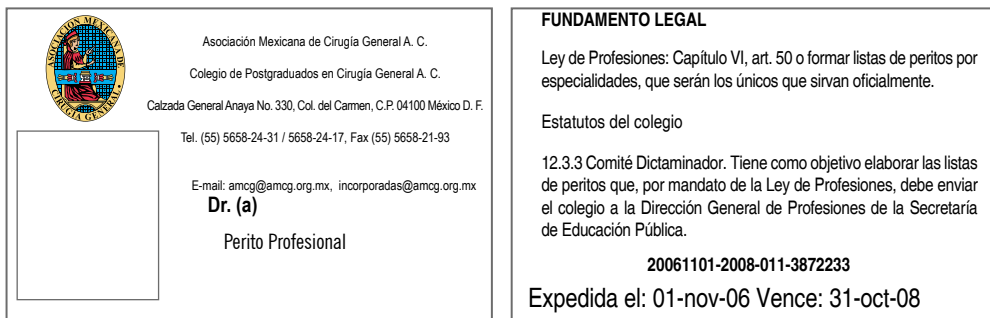


Figura 1. La primera credencial de perito.

Lo anterior se debe a que en nuestra formación profesional como médicos, a pesar de que en el programa único de las residencias médicas se contempla formación legal para el residente de cirugía general, esto no se ha concretado. La Asociación Mexicana de Cirugía General A. C. fue y es pionera a nivel nacional por fomentar la cultura jurídica en todos sus agremiados.

El 2 de diciembre de 1996 se reglamentó el Subcomité de Peritos de la Asociación Mexicana de Cirugía General, integrado por cirujanos generales con título reconocido por autoridades competentes, que proclama la necesidad de pugnar por una mejor preparación científica, técnica, cultural, moral y social de todos sus asociados para elevar las facultades del profesionista a fin de ejercer sus labores dentro de un marco ético, y al más alto nivel técnico que demanda esta especialidad.

El Comité de Asuntos Médico-Legales ha trabajado desde 1996 apoyando desinteresadamente el crecimiento de nuestra asociación, primero con la creación del Colegio de Postgraduados en Cirugía General A.C., que posteriormente sirvió como preámbulo para migrar e integrar a todos los colegios de especialistas en cirugía general. Por fin logramos el sueño de constituir legalmente la Federación Nacional de Colegios de Especialistas gracias a la cual se han ampliado las acciones en función de las atribuciones que marca la Ley de Profesiones.

Función del Comité de Asuntos Médico-Legales:

- Promover la expedición de leyes, reglamentos y reformas relativas al ejercicio profesional.
- Servir de árbitro en los conflictos entre cirujanos generales o entre éstos y sus clientes, cuando acuerden someterse los mismos a dicho arbitraje.
- Prestar la más amplia colaboración al poder público como cuerpo consultor.
- Hacerse representar en los congresos relativos al ejercicio profesional.
- Formar una lista de peritos en cirugía general que serán los únicos que sirvan oficialmente.
- Promover y apoyar la especialización en cirugía general, definir el alcance de su función social y vigilar que su práctica profesional se realice dentro del más amplio sentido de responsabilidad, calidad y competencia, de acuerdo al código de ética para el ejercicio de la cirugía general.
- Fungir como órgano de asesoramiento y consulta del poder público en cuestiones relacionadas con la cirugía general.
- Formar peritos en cirugía general y sus diferentes subespecialidades.

- Redactar y dar a conocer la lista oficial de peritos.
- Asesorar la defensa de los intereses profesionales de los cirujanos generales ante cualquier persona o autoridad dentro de las normas legales establecidas en el país, entre otros.

Siendo presidente de la gestión 2001 el Dr. Erich Otto Paul Basurto Kuba, la Dra. Lilia Cote Estrada protestó como coordinadora del Comité de Asuntos Médico-Legales, se impartió el primer curso en las instalaciones de la Asociación Mexicana de Cirugía General en la calle de Adolfo Prieto Núm. 1649, Colonia Del Valle, donde hoy se encuentra ubicado el Centro de Enseñanza de Cirugía de Mínima Invasión.

La Dra. Lilia Cote Estrada, el Dr. Jorge Luis Mariñelarena, el Dr. Jorge Zendejas Vázquez y la que escribe, Elena López Gavito, nos involucramos como una gran familia sembrando la semilla en todos los colegios interesados. Viajamos a lo largo y ancho de la República Mexicana encontrando almas afines que de inmediato entendieron el objetivo principal que es el valor agregado: “formar peritos que actúen acorde a la *lex artis*, señalando objetivamente si se ajustaron a las obligaciones de medios y si existe o no responsabilidad profesional de los que interactúan en la atención médica cuando existe una controversia médico-legal”.

La gestión del Dr. Alfonso Perea Sánchez nos concedió un simposio durante el Congreso Internacional de Cirugía General realizado en la ciudad capital de San Luis Potosí y nos proporcionó datos mediante una cédula con fines de actualizar los registros del comité. La interrogante era saber cuántos somos, dónde estamos y quién está en disposición de participar con el comité. Sin omitir que es de suma importancia su actualización como perito profesional en cirugía general.

Gracias a la intervención del entonces presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General, Dr. Antonio Carrasco Rojas, quien acudió a inaugurar el curso taller que se llevó a cabo en el mes de julio de 2005 en la mejor sede que en ese momento podíamos imaginar para un curso: La Academia Mexicana de Cirugía General; contando con la presencia de excelentes profesores de la Ciudad de México y área metropolitana y que se tituló “El perito médico en las controversias médico-legales”, con un registro de 54 asistentes que interactuaron activamente con los profesores. Recuerdo que pasamos la noche previa al curso en la asociación sacando copias para entregar una carpeta con material impreso. Hago mención que en ese momento queríamos tener participación en el congreso internacional que año con año organiza la Asociación Mexicana de Cirugía General y que se nos dio la oportunidad de que el curso fuera de postgrado II.

Con el ánimo en alto por el éxito del curso que habíamos impartido, nos reunimos en un Vips de Avenida Universidad, la Dra. Lilia Cote Estrada y yo, la Dra. Elena López Gavito; en ese momento diseñamos el programa de un excelente curso, la idea era ilustrar de una manera sencilla los diferentes procesos en los cuales se puede dirimir una controversia médico-legal: civil, penal, administrativa y laboral. Lo titulamos “Cirujano, ¿estás preparado para enfrentar un conflicto médico-legal?” siendo sede el Congreso Internacional de Cirugía General en la ciudad de Mérida, Yucatán. Contamos con la presencia de un profesor internacional, el Dr. Joaquín S. Aldrete, procedente de Birmingham, Alabama, quien nos habló del impacto de las demandas en los Estados Unidos. El curso de Postgrado II fue los días 1, 2 y 3 de noviembre de 2005 con tan sólo 10 asistentes.

En la gestión del Dr. Jesús Vega Malagón en el año 2006, y con la iniciativa de la Dra. Lilia Cote Estrada que se desempeñaba como segundo secretario, nuevamente se impartió con la

modalidad de curso taller “El perito médico en las controversias médico-legales” los días 1, 9, 20, 21 y 22 de julio de 2006 teniendo como sede la Academia Mexicana de Cirugía General, contando con la asistencia de 24 asociados. Asimismo, se nos dio la oportunidad de que el curso contara con más horas durante el Congreso Internacional de Cirugía General en la ciudad de Acapulco, titulamos al curso-taller “El perito en Cirugía General Postgrado I” los días 29 y 30 de octubre de 2006, contando con 19 asistentes inscritos.

Gracias a la iniciativa y al patrocinio de nuestro querido amigo Dr. Rafael Reyes Bueno nos trasladamos a la ciudad de Mérida, Yucatán, para impartir “El Primer Curso-Taller de Peritos de la AMCG” en la península de Yucatán. Recuerdo incluso las fechas, 24 y 25 de noviembre de 2006, la sede fue el Auditorio del Hospital Star Médica que recientemente se había inaugurado en la mencionada ciudad de Mérida. Se impartió con la modalidad de curso-taller, le dimos el nombre de “El perito médico en las controversias médico-legales”, contamos con personas muy valiosas como profesores invitados: la Lic. Leticia Coba, actualmente magistrada de juicios orales; el Lic. Abraham Amiud Dávila Rodríguez; la Dra. Lilia Cote Estrada; el Dr. Jorge Alfredo Zendejas Vázquez y yo; en este taller se inscribieron 20 cirujanos. También es importante mencionar que entre los asistentes se encontraban el Dr. Erbé Hurtado Estrella de Campeche, el Dr. Carlos Mariano Baeza de Chetumal, el Dr. José Antonio Bolio Peón y por supuesto el Dr. Rafael Reyes Bueno de Mérida, culminando exitosamente, después de la clausura del curso como era de esperarse, con una excelente velada gracias a la hospitalidad de la familia del Dr. Rafael Reyes Bueno.

Durante la gestión del Dr. Alfonso Pérez Morales 2007-2008, se realizó en las oficinas de la asociación una reunión del Comité de Asuntos Médico-Legales el día 1º de diciembre de 2007, estando presentes: la Dra. Lilia Cote Estrada, vicepresidente electa y la Dra. Guadalupe Chávez, los doctores Jorge Alfredo Zendejas Vázquez, Francisco Mancilla, Francisco Aguirre, Edgar Cuevas, Guillermo Mijares y Ricardo Gerardo Zurita Navarrete; el Dr. Zendejas informó los acuerdos de la reunión anterior, aclarando que durante la gestión del 2008 él estaría a cargo de la Coordinación de Asuntos Médico-Legales, la Dra. Elena López Gavito sería la responsable del Comité de Peritos y el Dr. Jorge Luis Mariñelarena Mariñelarena sería responsable del Comité Promoción de Leyes. Se explicó la necesidad de dar vida al Comité de Arbitraje Médico proponiéndole al Dr. Edgar Cuevas dicha responsabilidad, aceptándola de inmediato. Acto seguido, se invitó a participar en los comités previamente referidos, acorde con afinidad individual, en el entendido de que todos sin excepción participaríamos activamente y conforme a las necesidades del Comité de Peritos. Lo anterior para dar seguimiento al trabajo realizado.

Entre otras actividades estaba dar continuidad a las iniciativas de ley pendientes. Se dio a conocer una iniciativa de ley respecto a las malas prácticas médicas, la cual no procedió. Se tuvo contemplado hacer una contestación por parte del Comité de Asuntos Médico-Legales de la AMCG a esta iniciativa. Se propuso contactar a otras asociaciones médicas para informar sobre esto e invitarlas a participar en la contestación.

Por primera ocasión se revisaron los consentimientos informados específicos por procedimientos para posteriormente ser difundidos entre los asociados; agregamos que ya era una prioridad actualizar el padrón de los peritos de la AMCG que participan activamente. Se informó que es indispensable capacitar a dos médicos peritos en arbitraje médico, quedando pendiente la institución donde se realizará dicha capacitación. Se propuso continuar con las reuniones los días sábado.

Se acordó que se enviaría la información por vía e-mail a los peritos que están para mantenerlos informados y se propuso la elaboración del libro con el objeto de revisar los capítulos que se vayan entregando. Se trabajó en el proyecto enlace.

En el año 2009, con el apoyo de la presidente Dra. Lilia Cote Estrada, sesionamos en el Comité Médico-Legal y Subcomité de Peritos, dando cabal cumplimiento al plan de trabajo entregado al inicio de la gestión, incluyendo la impartición de los cursos de peritos avalados por la AMCG en los siguientes colegios estatales: Campeche, Chetumal, Chiapas, Monterrey, Veracruz, Cd. Juárez, Ciudad de México, Jalisco y San Luis Potosí. Se actualizó el padrón de los peritos por entidades federativas al igual que sus credenciales para enviar la relación a la Dirección General de Profesiones.

Ese mismo año acudimos a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, llevando cinco iniciativas sobre la injusta tributación que hacemos con el impuesto al valor agregado, ya que no podemos recuperarlo, pues al no ser posible cobrarlo no podemos tampoco recuperarlo como el resto de los profesionistas; y también para que los delitos culposos no requieran prisión preventiva. El Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba, que en ese momento era el presidente de la Comisión de Salud del Congreso de la Unión, participó en dar a conocer nuestros proyectos al resto de los diputados de esa legislatura.

Durante la gestión del Dr. Roberto Anaya Prado (2009-2010) se impartieron cursos con aval de la AMCG en los siguientes colegios estatales: San Luis Potosí, Villahermosa, Querétaro, Chetumal, Monterrey, Ciudad de México; además de los cursos avalados por AMCG, impartimos 18 cursos en diferentes ciudades del país, incluyendo a otras agrupaciones médicas como anestesiología, asimismo, se dio seguimiento a las iniciativas presentadas.

Durante la presidencia del Dr. Arturo Vázquez Reta (2010-2011) se realizó un diplomado con aval universitario con la asistencia de 10 alumnos. A pesar de que en este año no fuimos convocados para participar en el Comité Médico-Legal de esta gestión, nuestro equipo no interrumpió las actividades académicas y gremiales: el Dr. Jorge Luis Mariñelarena, la Dra. Lilia Cote Estrada y yo (Dra. Elena López Gavito) revisamos la metodología de los cursos, y tomando en cuenta las evaluaciones de los cursos del año anterior, concluimos que teníamos que realizar un cambio. La idea era motivar a los cirujanos a tomar el curso, con el objetivo de incidir en la prevención de conflictos y realizar una práctica quirúrgica segura; incluimos temas de seguridad del paciente, por esta razón a partir de ese momento el curso cambió su estructura, y lo nombramos “Práctica Médica Segura y Formación Pericial”, que iniciaba con aspectos generales del marco jurídico, de la legislación sanitaria vigente y metodología, haciendo énfasis en los temas de seguridad del paciente, indispensable para el profesional de la salud. 2010 fue histórico: impartimos 26 cursos incluyendo por primera vez a otras agrupaciones médicas, comisiones de arbitraje médico estatales y colegios de otras especialidades; otro proyecto que se cristalizó fue influir en las universidades para incluir en pregrado la materia de legislación.

Quiero comentar que en la gestión del Dr. Juan Carlos Mayagoitia (2012-2013), el Comité Médico-Legal trabajó intensamente, de nuevo se credenció y se logró actualizar el padrón de peritos por estado. El Dr. Mayagoitia impulsó la realización de cursos de peritos, incluso él mismo asistió como alumno en Irapuato a los cursos básico y avanzado. Actualmente es perito por el estado de Guanajuato.

Para nosotros es importante que conozcan la historia, este comité siempre ha trabajado intensamente permitiendo a los asociados tener los conocimientos que se requieren para la

prevención de los conflictos que surgen de la atención médica. Estamos a favor de la medicina asertiva, consideramos vital la relación médico-paciente, transmitiendo la urgencia que existe en mejorar la comunicación en todo momento con el paciente y su familia, ya que está demostrado que parte de la génesis de los conflictos es la mala comunicación.

Quiero también hacer mención que tuvimos el privilegio de participar en la elaboración de la última edición del Tratado de Cirugía General; como coordinadores participamos el Lic. Abraham Amiud Dávila Rodríguez y yo. Fue editado por la editorial El Manual Moderno. Reforzamos los conceptos que el cirujano general debe conocer sobre aspectos médico-legales como marco jurídico de la práctica de la medicina, la responsabilidad civil, penal y administrativa, el expediente clínico como medio de prueba, el secreto médico y la confidencialidad, consentimiento válidamente informado, las demandas contra el médico en México, medicina defensiva y medicina asertiva, medicina basada en evidencias y *lex artis*, y por último, medios alternos para la resolución de controversias médico-legales. Todos los autores de los capítulos son miembros activos de la Asociación Mexicana de Cirugía General y cumplieron con las especificaciones editoriales para adecuarse a los estándares internacionales, siendo en su última edición referéndum en su objetivo académico por la introducción de todos sus capítulos por competencias. Actualmente, los asociados contamos con información de legislación sanitaria y del ejercicio profesional al alcance de todos, tanto en su versión impresa como en su versión digital.

En el presente cuadro se detallan los cursos impartidos desde 2004 hasta el día de hoy a través de la AMCG, incluyendo los Cursos de Postgrado (Pg1 y Pg2) cuando ha sido el caso. No aparecen los cursos que hemos impartido sin el aval de la asociación, aunque sí los hemos referido al igual que el trabajo con otros colegios y federaciones como Anestesia, Ginecología, Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, Neurocirugía, así como en la Semana Nacional de Gastroenterología, de varias gestiones.

En las entidades federativas hemos impartido cursos con el apoyo y organización de las comisiones estatales de arbitraje médico de los siguientes estados: Sonora, Oaxaca, Puebla, Sinaloa, Campeche, Chiapas, Tabasco y Querétaro, por lo que felicito abiertamente a los comisionados que tuvieron la visión de colaborar para la formación de peritos en las diferentes ramas de la medicina. Para concluir, quiero resaltar que en todos estos años ha sido un proyecto académico sustentable, los cursos presenciales han sido autofinanciables, lo que ha permitido que esta actividad perdure y la agrupación que solicita el curso, localmente consiga lo necesario para que se lleve a cabo, de tal modo que los recursos de la Asociación Mexicana de Cirugía General se destinen a diferentes proyectos educativos.

El día de hoy, con tan sólo pensar lo que hemos evolucionado me llena de emoción; primero dejar las impresiones en papel para migrar a los disquetes, después los discos compactos, posteriormente las memorias USB. Actualmente las presentaciones se encuentran disponibles gracias al apoyo del Dr. Jacobo Choy Gómez en una página web para que consulten los alumnos inscritos. Además, con la idea de llevar el conocimiento a todos los asociados, solicitamos tener un curso anual en el aula virtual, que por tercer año consecutivo lo hemos preparado con esmero.

Creo que los que integramos este grupo fuimos soñadores y podemos demostrar las evidencias que obtuvimos de esta investigación. Nos hace falta dar continuidad a los proyectos legislativos y así afirmar que somos líderes como Asociación Mexicana de Cirugía General en todos los proyectos académicos y gremiales. Menciono a los asociados que participaron en diferentes gestiones del Comité de Asuntos Médico-Legales de la Asociación Mexicana de Ci-

Tabla 1. Cursos avalados AMCG.

Año	Ciudades	Total
2004	Dr. Roberto Bernal Gómez Ciudad de México Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE.	1
2005	Dr. Antonio Carrasco Rojas Ciudad de México Curso Pg2 Mérida, Yucatán	2
2006	Dr. Jesús Vega Malagón Ciudad de México (2) Acapulco Pg1	3
2007	Dr. Ignacio Magaña Sánchez Veracruz, Hermosillo, Ciudad de México (2)	4
2008	Dr. Alfonso Pérez Morales Sonora, Ciudad de México (2), Monterrey, Saltillo, Veracruz Pg1	6
2009	Dra. Lilia Cote Estrada Campeche, Chetumal (2) Chiapas, Monterrey, Veracruz, Cd. Juárez, Ciudad de México (2), Jalisco, San Luis Potosí (2) Acapulco Pg1	10
2010	Dr. Roberto Anaya Prado San Luis Potosí, Villahermosa, Querétaro, Chetumal, Monterrey, Ciudad de México (2), Guadalajara Pg1	7
2011	Dr. Francisco Campos Campos San Luis Potosí, Guadalajara, Villahermosa, Ciudad de México (2), Veracruz Pg1	6
2012	Dr. Arturo Vázquez Reta Ciudad de México Diplomado AMCG-UNAM	1
2013	Dr. Enrique Luque De León San Luis Potosí (2), Hermosillo (2), Ciudad de México (2), Acapulco Pg1	7
2014	Dr. Juan Carlos Mayagoitia Colima (2), Ciudad de México (2), San Luis Potosí, (2) Irapuato, León	8
2015	Dr. Abraham Pulido Cejudo: Irapuato (2), Ciudad de México (2), Durango, Monterrey Pg1	6
2016	Dr. Héctor F. Noyola Villalobos Irapuato (2), Ciudad de México (2), San Luis Potosí, (2) Mérida, Yucatán Pg1	7
2017	Dr. Luis Juan Cerda Cortázar Mérida (2), Mexicali, Ciudad de México (2), Acapulco Pg1	6
2018	Dr. Eduardo Moreno Paquentin: San Luis Potosí (2), Sonora, Oaxaca, Mexicali (2), Guadalajara Pg1	7
2019	Dra. Elena López Gavito Baja California, Veracruz, Pachuca	3
	Total de cursos avalados por AMCG	84



Figura 2. Cursos impartidos por estados.

rugía General A.C. que hicieron posible este sueño entregando su tiempo, descanso y estudio para llegar a esta meta: los doctores Lilia Cote Estrada, Jorge Luis Mariñelarena Mariñelarena, Jorge Zendejas Vázquez, Jacobo Choy Gómez, Francisco Javier Mancilla Ulloa, Lic. Maestro en Derecho Constitucional y Amparo Abraham Amiud Dávila Rodríguez, Dra. Guadalupe Chávez y Vázquez, los doctores Francisco R Edgar Cuevas García, Jorge Aguirre Córdova, José Ignacio Guzmán Mejía, Ricardo Gerardo Zurita Navarrete, Julio Meza, Guillermo Mijares y Cruz, Manuel Cerón Rodríguez y Arturo Vázquez Guerrero.

Quiero enfatizar que esto no hubiera sido posible sin la visión de los expresidentes que nos otorgaron todo su apoyo para realizar nuestro trabajo ininterrumpido por más de 20 años.

“Fue en este contexto que el Comité de Asuntos Médico-Legales convocó a todos los cirujanos generales para que se formaran como peritos”.

Formación jurídica del cirujano Dr. Jorge Luis Mariñelarena Mariñelarena

En nuestro país la medicina legal dista mucho de ser la que se necesita en las circunstancias actuales, ya que se nos enseña medicina forense donde el estudiante aprende lo necesario para determinar causas de muerte, escena del crimen, valorar delitos sexuales, etcétera, lo cual estaría muy bien si todos fueran a trabajar a los servicios periciales de las procuradurías, pero no existe uniformidad en las facultades y escuelas de medicina donde se les enseñe sobre responsabilidad profesional médica y sus consecuencias a pesar de que se promulgó la Ley General de Salud el 7 de febrero de 1984 y un año después el reglamento de la Ley General de Salud

en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que especifica la forma de ejercer la medicina en nuestro país. Se requiere una cátedra de medicina-legal que tome en cuenta todas las leyes que se refieren al ejercicio profesional del médico y así lo pongan al tanto de los riesgos de su profesión, y no de medicina forense como se hace actualmente.

Conscientes de esa omisión en la formación del médico, la Asociación Mexicana de Cirugía General implementó cursos básicos y avanzados sobre el tema desde 2004 para sus agremiados y colegios afines, siendo el primero de ellos en el Hospital 20 de Noviembre en la Ciudad de México, en ese mismo año. De ahí se difundió la enseñanza impartiendo hasta 20 cursos al año, contribuyendo al fortalecimiento de la formación gremial del cirujano.

Con el surgimiento del Tratado de Libre Comercio se nos importaron también las demandas médicas, ya que antes de éste eran casos muy aislados de demandas contra el médico y con la implementación de un tribunal especial para médicos el 96 y que después replicaron en los estados, se impulsaron más las quejas y demandas contra los médicos. Por ello, la finalidad de la Asociación Mexicana de Cirugía General es actualizar los conocimientos sanitarios, legales y normativos de nuestra profesión a través de estos cursos que son teórico prácticos y que llevan el nombre de “Práctica Médica Segura” para una medicina asertiva y no defensiva que es altamente costosa para todos, tanto a nivel privado como institucional.

Para esta formación jurídico-pericial se abordan y desarrollan temas que proporcionan herramientas al médico para enfrentar y tomar la mejor decisión para su defensa. A continuación desglosaremos los elementos básicos para esa formación jurídica del cirujano, la cual tiene como bases desglosar tres elementos.

1. Vías de responsabilidad profesional.
2. Elementos de defensa y pruebas.
3. Realizar un peritaje médico conforme la ley.

Ante un conflicto médico de cualquier tipo, ya sea una demanda, queja o amonestación, debemos tener los argumentos básicos para enfrentar dichos problemas con la absoluta serenidad, tranquilidad y certeza. Para ello, analizaremos entonces los pasos elementales de cada una de las vías de responsabilidad en que puede incurrir el profesional médico.

1. VÍAS DE RESPONSABILIDAD

Al realizar nuestro ejercicio profesional y enfrentar una queja o demanda nos pueden requerir por cuatro diferentes vías de responsabilidad, las cuales tienen sanciones y mecanismos diferentes para resolver cada una de ellas, es por eso que las analizaremos a continuación.

Vía penal. Esta vía es la más concurrida, ya que es gratuita y no requiere contratar abogados y contempla tres tipos de sanciones: multa, prisión e inhabilitación del ejercicio profesional y los enumerados en el Código Penal Federal, el cual dispone lo siguiente:⁵

Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre el ejercicio profesional, en su caso:

- I. Además de las sanciones fijadas por los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia;
- II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus propios actos y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.⁶ Única vía por la cual se nos puede suspender la cédula profesional.

Vía civil. Esta vía se lleva a cabo en los juzgados civiles y en las comisiones de arbitraje nacional o estatal, y tiene las sanciones de reparación del daño causado tanto material, moral o patrimonial así como la reparación del perjuicio ocasionado. Pero tiene la ventaja de que se puede reconvenir o contrademandar al paciente, siendo esto en la misma demanda y consiste en sólo señalar al juez dicho derecho⁷ y tener en cuenta también que para presentarse en las comisiones de arbitraje la comparecencia es voluntaria, ya que precisamente nadie puede ser juzgado por leyes privativas ni tribunales especiales⁸ y será decisión del médico si acude o no y entonces llevar su caso por otra vía jurisdiccional.

Es muy conveniente contestar la demanda punto por punto, ya sea afirmándolos, negándolos o diciendo cómo fue que sucedieron los hechos, esto con el apropiado asesoramiento de su abogado y perito y al final agregar la reconvencción o contrademanda en la misma contestación.

Podemos exigir también daño al prestigio profesional, ya que existen disposiciones que se refieren a dicho tema, mencionando que si el laudo arbitral o la resolución judicial fuesen adversos al profesionista, no tendrá derecho de cobrar honorarios y deberá indemnizar al cliente por los daños y perjuicios que sufre. En caso contrario, el cliente pagará los honorarios, los gastos del juicio o procedimiento convencional y los daños que en su prestigio profesional le hubiere causado al profesionista. El procedimiento al que se refiere este artículo se mantendrá en secreto y sólo podrá hacerse pública la resolución cuando sea contraria al profesionista.⁹

Al igual que demandar al paciente o medios de comunicación por daño moral, en caso de que se nos tome como negligentes sin tener aún una sentencia o laudo que contemple lo siguiente: Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físico, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.

Si al contestar la demanda se opusiere reconvencción (contrademanda), se correrá traslado de ella al actor para que la conteste.¹⁰

Administrativa. Esta vía tiene como sanciones amonestación verbal o escrita, multa, inhabilitación temporal o definitiva. Este tipo de responsabilidad surge cuando el médico infringe alguno de los preceptos establecidos en la Ley General de Salud y sus reglamentos y demás disposiciones que emanan de dicha ley.

- I) Amonestación con apercibimiento;
- II) Multa;
- III) Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y
- IV) Arresto hasta por 36 horas.¹¹

Los profesionistas que laboran dentro del sector salud tienen el carácter de servidores públicos y podrán ser sancionados en términos de lo dispuesto en la ley.

Las sanciones por falta administrativa consistirán en:

- I. Amonestación privada o pública;
- II. Suspensión del empleo, cargo o comisión por un periodo no menor de tres días ni mayor de un año;
- III. Destitución del puesto;
- IV. Sanción económica, e
- V. Inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público.¹²

Pero precisamente hay una diferencia en cuanto a los servidores públicos de confianza y base, y para ciertas acciones la vía procesal es diferente como reza a continuación:

La ejecución de las sanciones administrativas impuestas en resolución firme se llevará a cabo de inmediato en los términos que disponga la resolución.

Tratándose de los servidores públicos de base, la suspensión y la destitución se sujetarán a lo previsto en la ley correspondiente,¹³ refiriéndose a la Ley Federal de Trabajo.

La Ley de Profesiones apoya aún más lo anterior, ya que los de base se sujetan a las dos leyes del trabajo A o B, dependiendo si se cotiza en IMSS o ISSSTE.

Los profesionistas que ejerzan su profesión en calidad de asalariados, quedan sujetos a lo que a su contrato se refiere, a los preceptos de la Ley Federal del Trabajo y de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.¹⁴

Laboral. Por esta vía se resuelve gran cantidad de conflictos de los trabajadores de base. Tiene como sanciones amonestación, multa y suspensión temporal o definitiva del contrato de trabajo.

La constitución prevé que toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil. Para lo cual el Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes, deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán.

Apartado A. Entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo: (IMSS).

Apartado B. Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores: (ISSSTE).¹⁵

Es por ello que especifica que:

XX. Las diferencias o los conflictos entre el capital y el trabajo se sujetarán a la decisión de una Junta de Conciliación y Arbitraje, formada por igual número de representantes de los obreros y de los patronos, y uno del Gobierno. Art. 123 Apartado A.

XII. Los conflictos individuales, colectivos o intersindicales serán sometidos a un Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje integrado según lo previsto en la ley reglamentaria. Art 123 Apartado B.

Debemos tener en cuenta también que no se deben imponer embargos de los salarios de los trabajadores.

Los salarios de los trabajadores no podrán ser embargados, salvo el caso de pensiones alimenticias decretadas por la autoridad competente.

Los patrones no están obligados a cumplir ninguna otra orden judicial o administrativa de embargo.¹⁶

2. ELEMENTOS DE DEFENSA Y PRUEBAS

Pruebas a ofrecer ante un conflicto médico-legal

- a) Expediente clínico.
- b) Peritaje.
- c) Testimoniales.
- d) Visita de inspección.

Debemos presentar ante cualquier conflicto médico-legal todas las pruebas pertinentes y apegadas a derecho, cuando menos las siguientes:

a) Expediente clínico

Prueba documental, la cual es básica como elemento de prueba si está bien llenada. Valoraciones preoperatorias (ASA, GOLMAN, etcétera) y lo más importante, sobre todo en las instituciones del sector salud, anotar faltantes y malfuncionamiento de equipos, así como la fecha y hora de las visitas, ya que según ella turnó la disposición de los insumos y equipos, y sobre todo llenar siempre el consentimiento informado en el cual el paciente accede a nuestro manejo con ciertos riesgos y beneficios en el mismo, ya que incluso de no llenarlo se puede ser demandado por daño moral por no tomar en cuenta al paciente.

Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos.

En caso de urgencia o de que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal.

En caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.¹⁷

b) Prueba pericial

Es la reina de las pruebas a presentar en el proceso, ya que es la única que determina las causas que ocasionaron la falla en la atención médica y para lo cual se analizan los tres aspectos fundamentales de la misma que son valorar la atención médica que prestaron tanto las personas físicas, médicos operativos y morales y médicos administrativos, como las condiciones físicas en que se encontraba el paciente en este proceso de atención. Por ello se valora la actuación del médico, si la institución proveyó los recursos físicos, tecnológicos y humanos, y por último en qué condiciones se encontraba el paciente al momento de dicha atención y apoyada en lo siguiente: siempre que para el examen de personas, hechos u objetos se necesiten conocimientos especiales, se practicará un dictamen pericial.¹⁸

c) Testimonial

Esta prueba nos ayuda a presentar testigos directos, personal operativo, personas que estuvieron en el proceso de atención médica y que cuentan de viva voz lo sucedido e incluso nos sirven para reconstruir los hechos: médicos, cirujanos, ayudantes, anestesiólogos, residentes, interconsultantes, enfermeras especialistas, generales, auxiliares, personal auxiliar, camilleros, interendencia y mantenimiento y cualquier persona que conozca los hechos.

Así también presentar al personal administrativo, directores, subdirectores, jefes de servicio, encargados de área, etcétera, para que declaren ante la autoridad judicial si aportaron lo necesario en cuanto a equipo, instrumental e insumos para la óptima atención médica en el caso a dilucidar y así determinar la responsabilidad de la institución o su corresponsabilidad. Lo anterior se apoya en el tribunal que no podrá dejar de examinar durante la instrucción a los testigos presentes cuya declaración soliciten las partes.¹⁹

d) Inspección

Esta prueba es sin duda la que, a la vista del juzgador, da más luz al proceso porque en ella se realiza una visita al establecimiento que prestó la atención médica y se verifica si éste cumplió con los tres tipos de recursos que debe tener: físicos, tecnológicos y humanos, según lo deja plasmado el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica,²⁰ así como el personal suficiente e idóneo.²¹

La inspección es un acto de investigación sobre el estado que guardan lugares, objetos, instrumentos o productos del delito.

Será materia de la inspección todo aquello que pueda ser directamente apreciado por los sentidos. Si se considera necesario, la policía se hará asistir de peritos.

Al practicarse una inspección podrá entrevistarse a las personas que se encuentren en el lugar de la inspección que puedan proporcionar algún dato útil para el esclarecimiento de los hechos. Toda inspección deberá constar en un registro.²²

Esa inspección en el lugar de los hechos será acompañada de una autoridad jurisdiccional para que verifique lo siguiente:

Infraestructura, normatividad, equipamiento e insumos, personal suficiente e idóneo, turno o jornada en que sucedió el evento y los vicios o rutinas que son propios de cada establecimiento de atención médica.

3. REALIZAR UN PERITAJE MÉDICO CONFORME A LA LEY

Todo dictamen pericial debe ser elaborado bajo las siguientes circunstancias, ya que es un mandato de ley.

- Cuando hubiere inconformidad por parte del cliente respecto al servicio prestado, el asunto se resolverá mediante juicio de peritos, ya en el terreno judicial, ya en el privado, si así lo convienen las partes. Para emitir su dictamen los peritos deberán tomar en consideración las circunstancias siguientes:

- I. Si el profesional procedió correctamente dentro de los principios científicos y la técnica aplicable al caso, generalmente aceptados dentro de la profesión de que se trate. Es decir *lex artis* médica.
- II. Si dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se presente el servicio, refiriéndose a los establecimientos de atención médica.
- III. Si en el curso del trabajo se tomaron todas las medidas indicadas para obtener buen éxito.
- IV. Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio convenido.
- V. Cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.²³ En este caso refiriéndose a las condiciones y conductas del paciente.

El impacto de la responsabilidad profesional en la práctica del cirujano general

Lic. Abraham Amiud Dávila Rodríguez

En 20 años que profesionalmente he atendido procesos legales derivados de la atención médica, poderosamente ha cautivado mi atención el negativo impacto que tiene para el profesional de la salud haber sido objeto de una demanda y ser señalado, reclamado e imputado por su trabajo profesional, lo que tiene muchas más implicaciones de las que normalmente pensamos.

Cuando de atención médica hablamos, el fin último es el beneficiario de estos servicios, esto es, el paciente también denominado usuario de los servicios de atención médica, y es éste a quien todos nos debemos. En ese sentido, pareciera que una demanda contra un profesional de la salud en nada tendría que afectar al usuario de estos servicios, siendo exactamente lo contrario.

Derivado de una demanda por atención médica resultan fuertemente afectados el usuario de los servicios de atención médica, el profesional de la salud y también el pagador de los mismos, llámese Estado o tercer pagador, y esto ocurre porque el estado de ánimo del profesional de la salud llega a afectarse de tal manera que en adelante procede con una medicina llamada “a la defensiva”, esto es, ya no ve al paciente como tal, sino como un potencial reclamante por su ejercicio profesional, rompiendo con ello un principio elemental en la atención médica exitosa, que es la buena fe, la confianza elemental cuando un paciente deposita lo mejor de sí a su médico: su salud.

El usuario no puede depositar su salud a quien lo ve como un demandante, quien estará vigilante de que las cosas y procedimientos médicos que a su juicio estén bien, o a juicio de lo que un amigo le recomiende, o le haya servido a un conocido, incluso a lo que haya leído en internet, pero difícilmente, casi nunca, a lo que como persona individual necesite, conforme al estado único de salud y etapa de su padecimiento.

Una actitud muy humana es encontrar a un responsable de los problemas porque rara vez se ve al responsable del problema en uno mismo, y la atención médica no es la excepción. Si existe incumplimiento estricto a las indicaciones médicas y con ello fracasa el tratamiento médico, a quien vemos como responsable es al médico y nunca al paciente, menos aún cuan-

do existe ignorancia y falta de educación en la salud; un claro ejemplo son las complicaciones de padecimientos crónico-degenerativos que son consecuencia lógica de falta de apego a tratamientos, con las repercusiones en la salud que ello acarrea. Esto agrava entonces la posición del propio usuario cuando encuentra a un médico a quien le ha cambiado la vida por ser objeto de una demanda.

Entre las principales actitudes que el médico tomará para una medicina defensiva serán que dejará de ser completamente amigable con el paciente, realizará todos los estudios que se requieran para disminuir la posibilidad de un diagnóstico erróneo, lo que incrementa el costo de la atención médica, documentará con carta de consentimiento informado todos los riesgos de los procedimientos médicos a fin de que el paciente conozca los mismos y tendrá una herramienta legal en el caso de una demanda.

Asimismo, será una práctica por médicos demandados la indicación de medicamentos de patente, sin sustituir médicamente por genéricos, acudir sólo a determinados hospitales que cuenten con todos los insumos e infraestructura, aun cuando no se necesiten para el padecimiento, pero que disminuirán las posibilidades de una demanda, encareciendo con ello el costo de la atención médica.

El profesional de la salud vive una experiencia desafortunada, una demanda afecta su plano personal, familiar, profesional; uno de los síntomas que más se presenta es dejar de dormir, dedicarle más de siete a 12 horas diarias a pensar en el problema, esto es casi una jornada de trabajo, hasta que se resuelva el mismo, revisar una y otra vez todas las posibilidades que existieron alrededor de la atención médica, lo costoso además de su atención legal, dado que la contratación de un despacho de abogados para el seguimiento del caso desgasta a cualquier profesional de la salud.

Simplemente por poner un ejemplo, en el caso de cirugía de obesidad, llamada también cirugía gástrica, los honorarios que por atención médica se cobrarían, podrían ascender a 50,000 pesos, mientras que una demanda derivada de una complicación por una fuga gástrica, que es el riesgo principal, no sería menor de un millón de pesos, esto es, existe una gran desproporción entre el costo de la atención médica y el de una complicación. Los riesgos son demasiados y las probabilidades de éxito en todos los casos son escasas en una vida profesional.

El desgaste en la salud de los profesionales de la salud que sufrieron una demanda es diverso, y va desde una afectación por depresión hasta sangrados gástricos, colitis, y demás. Lo peor que pudo pasarle a un profesional, encima de todo, es sufrir el amargo momento de una detención, para el cual jamás se le preparó en la vida: cuando un agente de la policía los detiene físicamente, lo esposa, lo introduce a un vehículo oficial para ser trasladado a las instalaciones de policía, y de ahí a un reclusorio donde será vestido, uniformado primero como todo recluso, y después pasará la reja de prácticas judiciales para realizar las gestiones de libertad. Eso es algo que desafortunadamente jamás olvidará en su vida y para lo cual no estuvo preparado.

El médico sabe que eso nunca le volverá a pasar, aun a costa de la salud misma del paciente; éste pasa de un primer a un segundo plano, sustituyendo al primero al hacer todo lo necesario para que no vuelva a ocurrirle y será así, incluso a costa de su propia ética profesional. En ese sentido, podemos señalar sin temor que hemos volteado hacia la medicina defensiva en lugar de acercarnos a una medicina de educación, de cultura de la salud entre los pacientes. Por una parte se han incrementado los accesos que estos últimos tienen para demandar o quejarse de la

atención médica y por otro, no se han implementado las políticas públicas tendientes a educar a los pacientes para prevenir eventos de responsabilidad médica y con ellas una mejor relación médico-paciente.

La educación en salud es fundamental, en la que se haga conciencia y genere cultura en el paciente; que el éxito de la atención médica depende de todos los involucrados, pero esencialmente del usuario, y dejar de ver la medicina como un tema curativo en el que el paciente sin cultura de prevención tiene derecho a descuidar su salud, atentar contra sí mismo y luego acudir cuantas veces lo requiera a “curarse” con un médico quien tendrá la obligación no sólo de curarlo, sino de dejarlo en mejores condiciones de las que llegó, sin importar lo que haya hecho para empeorar por sí mismo su salud, pues para eso el Estado le otorga una protección en salud prevista en el Artículo 4º constitucional.

Por el contrario, las medidas deben enfocarse a una cultura de educación en salud, en la que el paciente tenga muy clara su obligación y su responsabilidad de generar hábitos de buena salud y que se puedan heredar, para que de esa forma la medicina desempeñe un papel como debería ser, de una verdadera protección a la salud.

Por otro lado, la prioridad del profesional de la salud debe ser tener en primer plano a su paciente, pensando que en él y detrás de él está a quien se debe y no una demanda, ordenando sólo los estudios, indicaciones médicas y atención en general que le daría a su ser más querido.

La conclusión es que los medios de comunicación, el Estado y la sociedad en general han generado un papel que no ayuda al tema de salud, exponiendo al profesional de la salud, en muchos de los casos, sin contar con la información necesaria sobre demandas que son desastrosas para él.

El paciente no tiene una cultura de la protección a la salud a la que alude la Constitución del país, percibe que tiene derecho a atentar contra su salud y tener malos hábitos, que al fin el Estado tiene la obligación de proteger su salud, curándolo de todos cuantos malos hábitos de salud tenga, cuantas veces lo requiera y a su vez de tener a un médico que le proporcione atención médica para “curar” sus enfermedades que él mismo contribuyó a que se generaran.

El paciente sin una educación en salud otorga mayor crédito a la información que obtiene en internet, tratamientos médicos que funcionaron a sus amigos o conocidos, aun cuando se trate de personas y patologías diferentes, aunado a un mal apego a tratamientos médicos. Por lo tanto, es indispensable que el paciente tenga conciencia de que es parte integral de la prevención y protección a su salud en todo momento, y deje de ver al médico como el único causante y responsable de restaurar su salud.

La educación en salud será un reto de todo Estado, a fin de prevenir y atender una mejor relación fundamental entre los pacientes y los médicos.

REFERENCIAS

1. Cote EL, Arizmendi GJ. Primera encuesta nacional. Boletín de la Asociación Mexicana de Cirugía General. 2002; 8: 1-10.
2. Cote EL. 1. Proyecto Enlace. Boletín Asociación Mexicana de Cirugía General y Colegio de Postgraduados en Cirugía General. 2007; 13-15.
3. Cote EL, Olvera PD. Práctica médica segura. Acta Med. 2007; 5: 162-165.
4. Cote EL, García TP. Problemas médico legales. Tratado de Cirugía General.
5. Código Penal Federal, Art. 228. Últimas reformas publicadas DOF 21-06-2018.

6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 20. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación 15-09- 2017.
7. Código Federal de Procedimientos Civiles. Art 333. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de Abril 2012.
8. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 13. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15-09-2017.
9. Ley Reglamentaria del Art. 5o Constitucional. Art. 35. Última reforma publicada DOF 19-01-2018.
10. Código Civil Federal. Art. 1916. Última reforma publicada DOF 09-03-2018.
11. Ley General de Salud. Art. 417. Última reforma publicada DOF 12-07-2018.
12. Ley General de Responsabilidades Administrativas. Art. 75. Nueva Ley DOF 18-07-16.
13. Art. 223. Ley General de Responsabilidades Administrativas. Art. 223. Nueva Ley DOF 18-07-2016.
14. Ley Reglamentaria del Art. 5o Constitucional. Art. 37. Última reforma publicada DOF 19-01-2018.
15. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 123. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación 15-09- 2017.
16. Ley Federal del Trabajo. Art. 112. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de Junio 2015.
17. Ley General de Salud. Art. 51 bis 2. Última reforma publicada DOF 12-07-2018.
18. Código Nacional de Procedimientos Penales. Art 368. Última reforma en el Diario Oficial de la Federación el 17 de Junio 2016.
19. Código Nacional de Procedimientos Penales. Art 360. Última reforma en el Diario Oficial de la Federación el 17 de Junio 2016.
20. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Art 26. Última reforma en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Diciembre 2016.
21. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Art 21. Última reforma en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Diciembre 2016.
22. Código Nacional de Procedimientos Penales. Art 267. Última reforma en el Diario Oficial de la Federación el 17 de Junio 2016.
23. Ley Reglamentaria del Art. 5to Constitucional. Art. 34. Última reforma publicada DOF 19-01-2018.



Futuro de la participación de la mujer en cirugía general

Acad. Dr. Salvador Francisco Campos Campos

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) es un organismo especializado de las Naciones Unidas, se creó en 1919 con el fin de promover la justicia social y contribuir así a la paz universal y duradera. Está formada por una estructura tripartita de gobiernos, organizaciones de empleadores y de trabajadores y es única entre los organismos de las Naciones Unidas. A lo largo de los años, la OIT ha elaborado un código ampliamente respetado de convenios y recomendaciones internacionales del trabajo que tratan sobre la libertad sindical, el empleo, la política social, la igualdad de género y la no discriminación, las condiciones de trabajo, la seguridad social y el diálogo social. La OIT proporciona asesoría especializada, asistencia técnica y estadísticas del trabajo a sus Estados Miembros a través de una red de oficinas y de equipos multidisciplinares establecidos en más de 40 países.¹

A pesar de los considerables progresos realizados con miras a la consecución de la igualdad de género en el mundo del trabajo, existen limitaciones que evitan su aceleración. La OIT ha emprendido una iniciativa en su centenario sobre las mujeres en el trabajo, con el objetivo de hacer un balance de la situación y de las condiciones de las mujeres, y de identificar medidas innovadoras y efectivas que promuevan la igualdad de género plena y duradera y la no discriminación en el mundo del trabajo. El mundo necesita promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres, no sólo en beneficio de ellas, sino de toda la humanidad. A nivel mundial la productividad y el desarrollo humano están experimentando una desaceleración. Una posible solución es aumentar de manera significativa la cantidad de mujeres que tengan un empleo formal y productivo, al igual que el número de mujeres que ocupen cargos directivos y que desempeñen funciones de liderazgo.

Estudios a nivel mundial han puesto de manifiesto que los hombres y las mujeres nacieron con el mismo talento para dirigir equipos y organizaciones de cualquier tamaño. Más aún, estudios han concluido que las mujeres tienen algo más de talento para la gestión y el liderazgo que los hombres. En un estudio reciente de las mujeres en los lugares de trabajo de los Estados Unidos se ha indicado que los equipos dirigidos por mujeres están más comprometidos en el trabajo, en parte debido a que las mujeres tienen un talento más natural para el establecimiento de relaciones. Las mujeres directoras y trabajadoras están más involucradas en su lugar de trabajo. Un problema radica en que millones de mujeres brillantes, que podrían ser dirigentes y líderes, se encuentran al margen, lo cual no beneficia a las organizaciones, a las sociedades ni a los países. La incapacidad para potenciar al máximo el talento de las mujeres para dirigir y construir reduce el crecimiento económico mundial y defrauda a la humanidad.

Estas máximas relacionadas con el mundo laboral en general son totalmente extrapolables al ejercicio de la medicina. Hay una gran cantidad de mujeres que no se involucran en la medicina por razones de tipo social, por falta de oportunidades o por considerar que no podrían desempeñar el papel de médicos. Sin embargo, en este pensamiento se pierde una gran cantidad de líderes potenciales, de individuos con facultades para la ciencia y no se desarrolla todo el potencial que existe.

ANTECEDENTES

Si nos remontamos a la historia, la participación de las mujeres en la cirugía data de 3500 a.C. con la reina Shubad de la ciudad sumeria Ur, una sacerdotisa, que vivió durante la primera dinastía. La historia antigua denota una participación activa de la mujer en la cirugía en Egipto, Italia y Grecia. En los años 1500 a.C. hubo mujeres estudiantes de Medicina en Grecia y Egipto. En la mitología greco-romana Leto, amante de Zeus y madre de Apolo, curó las heridas de Aeneas, (origen del linaje de Rómulo, el fundador de Roma en 753 a.C.) Asclepio, hijo de Apolo, tuvo cuatro hijas que fueron médicas.

En la Edad Media, las leyes prohibían a las mujeres participar en cirugía, a menos que heredaran la práctica de su esposo o que hubieran sido autorizadas por un jurado competente. El rey Enrique VIII proclamó que ningún carpintero, herrero, tejedor o mujer deberían practicar la cirugía.²

El primer dato concreto que se tiene sobre una mujer en particular que ejerciera de cirujana es el caso de Elena de Céspedes. Elena de Céspedes nació en el año 1546 en Alhama de Granada, era hija de una esclava de origen árabe y del amo de ésta. Durante su infancia, Elena de Céspedes comenzó a trabajar como tejedora. Era una persona muy inquieta que viajó mucho por las ciudades de la zona hasta que empezó a vestirse de hombre y comenzó a trabajar como pastor. Su espíritu inquieto la llevó a alistarse en la Compañía de Don Luis Ponce e ir a la guerra para combatir las revueltas de los moriscos. Al volver de la guerra comenzó a trabajar como sastre en Madrid y reestabló amistad con un cirujano, quien le empezó a enseñar sobre cirugía. Elena de Céspedes acabó ejerciendo como cirujana haciéndose pasar por hombre y consiguiendo la licencia de cirujano en Cuenca. Fue la primera mujer que pudo ejercer como cirujana con una licencia, pero no como mujer, ya que se hacía pasar por hombre. Algunos años después, Elena de Céspedes se casó con una mujer y, cuando se descubrió que en realidad era mujer, terminó siendo castigada por el Tribunal de la Inquisición a recibir 200 azotes y a servir durante años en centros hospitalarios por haberse casado con otra mujer y haber fingido ser hombre para poder ejercer la medicina.

María Petrocini Ferretti fue una mujer que vivió en Italia a finales del siglo XVIII. Aprendió cirugía trabajando con su marido y como vio que se le daba realmente bien, decidió pedir un permiso oficial al Colegio Médico Florentino para examinarse y obtener un título que le permitiera ejercer la medicina.

El permiso que María pidió le fue denegado, ya que se concluyó que una mujer no podría reunir las características y cualidades básicas para un cirujano “mano firme y audacia”. Ferretti escribió pidiendo ayuda al Gran Duque Pietro Leopoldo, quien realizó un decreto en 1788 para que Ferretti pudiera examinarse. La mujer aprobó el examen y, tras aceptar las disposiciones de prácticas del Colegio de Cirujanos, ejerció como cirujana en Italia hasta que murió pocos años después en 1791 con sólo 32 años.

Siguiendo el camino que su madre había dejado abierto, su hija Zaffira se licenció en Medicina siendo muy joven y comenzó a practicar la cirugía una década después de que su madre muriera.

María Ferretti fue una mujer que ayudó en gran medida a abrir el camino a las mujeres para ser cirujanas; después de ella, muchas otras mujeres comenzaron a interesarse por la medicina e intentaron obtener licencias para ejercerla. Poco a poco se fue mejorando la aceptación de las mujeres en estos campos, pero sin duda debía haber una pionera que abriera dicho camino.³

En la Época Moderna, el entrenamiento en cirugía fue instituido y popularizado por William Halsted, aunque éste había precisado un sinnúmero de dificultades para las mujeres. El periodo se abre con la increíble historia del “muchacho imberbe”, el Dr. James Barry (1795-1865). Él se educó en la prestigiada Escuela de Medicina de Edimburgo y se graduó en 1812 a la edad de 17 años. Se unió al ejército como cirujano en la época de las Guerras Napoleónicas y en 1820 llevó a cabo la primera operación de cesárea con éxito a petición de un adinerado hombre cuya esposa estaba en trabajo de parto. A la muerte del Dr. Barry se descubrió que en realidad era mujer y que en su abdomen tenía huellas de algún embarazo previo. Se murmuraba durante su vida que en alguna ocasión se le había vinculado con una relación homosexual, pero en realidad el Dr. Barry era la Dra. Miranda Stewart.⁴

Las primeras médicas en los Estados Unidos, la Dra. Elizabeth Blackwell (1821-1910) y la Dra. Jennie Smillie Robertson (1831-1903), encontraron múltiples dificultades para poder obtener su grado y posterior residencia o especialidad. La Dra. Elizabeth Blackwell se considera como la primera mujer médica graduada en Estados Unidos en 1889. En Canadá, la Dra. Jessie Gray (1910-1978) fue la primera mujer cirujana graduada del programa de la Universidad de Toronto en 1934.²

En México, Matilde Montoya (14 de marzo de 1857) se graduó y se convirtió en la primera mujer mexicana en titularse como médica el 24 de agosto de 1887.

Hasta 1970 nunca hubo más del 6% de mujeres entre los alumnos matriculados en las escuelas de Medicina de las universidades en los Estados Unidos o Canadá. Florence Duckering fue la primera mujer admitida en el *American College of Surgeons* en el año 1913 y a partir de entonces entre cero y cinco mujeres ingresaron cada año hasta 1975, lo que correspondía a menos del 2% de cada promoción. En 1970 se incrementó en forma importante la cantidad de mujeres que solicitaban ingreso a las escuelas de Medicina como resultado de diferentes factores: incremento en el número de plazas, el movimiento de liberación femenina, la creciente cifra de *baby boomers* que estaban terminando el colegio y solicitaban un trato igualitario.

Las mujeres representaban el 5% de todos los médicos en los Estados Unidos en 1970, el 24% en el año 2001 y en la actualidad es de alrededor del 50%. En relación con la cirugía, en 1980, el 2% de los residentes era mujeres y en 2001 se elevó al 14%. A pesar de que se ha incrementado el número de mujeres involucradas en cirugía, esta cifra no ha crecido a la par del ingreso de mujeres a las escuelas de Medicina. Probablemente, las circunstancias relacionadas con el estilo de vida de los cirujanos, la percepción de que la especialidad requiere la dedicación de mucho tiempo y que puede no ser tan amigable con la vida familiar sean los motivos principales para ello.

EL TIEMPO ACTUAL

Con estos antecedentes surge el cuestionamiento: ¿por qué la mujer escoge o no la carrera de Medicina o Cirugía? Las mujeres eligen la profesión médica porque desarrollan modelos de

éxito en la ciencia a la par de los varones, porque tienen capacidad intelectual y técnica y otras porque consideran que tienen “personalidad de cirujanas”. Por el contrario, otras no eligen la profesión porque consideran que es muy difícil, por falta de motivación o por ausencia de modelos a seguir, porque consideran que hay que invertir mucho tiempo de sus vidas y que esto no es compatible con el modelo de familia al que aspiran.

Debido a que la participación de la mujer en la profesión médica, y en particular en la cirugía, se ha asociado en forma paralela a un fenómeno sociológico; en diferentes países y sistemas de educación médico-quirúrgica se han desarrollado encuestas de opinión para conocer el pensamiento de las actrices principales. Se han levantado encuestas directamente de residentes de Cirugía del género femenino, cirujanas en activo y en la madurez profesional, así como de profesoras, directoras de programas, docentes y académicas para conocer su pensamiento y motivos en el ejercicio de la cirugía.

A continuación haré mención de algunos ejemplos y opiniones. En el año 2006 se publicó una encuesta entre mujeres cirujanas en los Estados Unidos, la mayoría en la etapa de madurez profesional. Mencionaron que experimentan o han experimentado ansiedad y tensión en el ejercicio de su profesión y han tenido que vivir con conflictos familiares. Aseguraron que el peor momento para esto es durante la etapa de entrenamiento o residencia, momento en el que sintieron que las circunstancias las rebasaron. Comentaron que durante el momento de estudio de la especialidad en Cirugía es el mejor momento biológico para experimentar la reproducción (de hecho, una buena parte de ellas se embarazaron en esa época) y que existe una compatibilidad muy difícil entre esta etapa natural y el trabajo en el entrenamiento. Hicieron referencia a que en los Estados Unidos sólo el 16% de los programas de educación en cirugía cuentan con medidas o concesiones para doctoras durante el embarazo. El resultado es que frecuentemente se tienen hijos en edades avanzadas o no se tienen debido a que el desarrollo profesional se limita. Aseguraron que en la mayoría de los contextos se niega la posibilidad de equidad de género en la profesión. Se les etiqueta injustamente como profesionales con “falta de compromiso” y pretenden medir su desempeño en el mismo contexto que el de los médicos varones. Manifestaron la existencia de acoso laboral y de género y de una incidencia muy alta de divorcios o fracasos familiares.⁵

Una encuesta levantada entre cirujanas chinas de Hong Kong arrojó los siguientes resultados. La mayoría de las mujeres manifestaron que no tienen suficiente tiempo para participar en actividades comunitarias. Confesaron que en realidad tienen poca satisfacción en la forma como manejan su vida personal, en la que ni tienen suficiente tiempo para cumplir con el trabajo ni para descansar o compartir con la familia. Cuando se les preguntó sobre la relación entre la maternidad y la profesión aseguraron que el tiempo que se les otorga como incapacidad después del parto o cesárea es corto, que perciben la necesidad de tener más tiempo para compartir con los hijos recién nacidos. Sugirieron que si se tuviese la posibilidad de tener trabajos que no fueran de tiempo completo se tendrían más mujeres trabajando y no se desperdiciaría el talento de este género. Es evidente que las mujeres dedicadas a la ciencia tienen menos hijos y esto lo atribuyen a las características de su profesión.⁶

En Francia se ha incrementado el número de mujeres cirujanas debido al fenómeno mundial de la feminización de la medicina. En particular, las leyes francesas han evolucionado en otra dirección con menos horas de trabajo por semana, más oportunidades en empleo de medio tiempo, menos jornadas fatigantes y mejores prestaciones relacionadas con la mater-

nidad, lo que se traduce en mayor número de cirujanas en los hospitales y aprovechamiento del talento femenino. En el terreno de la maternidad, a pesar de estas condiciones laborales, se identificó una cifra más alta de cirujanas solteras y con menos hijos.⁷

En Chile, la ciencia y la tecnología son bastiones masculinos, mientras las mujeres predominan en las áreas de educación y salud. De acuerdo con los datos del Consejo Nacional de Educación (CNED), los hombres predominan en el área de tecnología —donde se incluyen las ingenierías— y las ciencias, mientras que las mujeres son mayoría indiscutida en las carreras de Salud, Educación y Ciencias Sociales. En el área de la salud, las mujeres también dominan en casi todas las carreras, especialmente en Obstetricia (93%), Nutrición (88%), Fonoaudiología (87%), Terapia Ocupacional (83%) y Enfermería (81%). Las mujeres son líderes en salud, pero no en medicina. En medicina lideran levemente los hombres (51% vs. 49%).

En Argentina, la Asociación de Cirujanas Argentinas manifiesta que mientras la sociedad lucha por la igualdad, la participación y la libre expresión, la cirugía es una actividad creada por hombres y que no otorga condiciones suficientes para la participación de la mujer. Esta sociedad se ha creado para agrupar a las mujeres cirujanas e impulsar la igualdad de género en el ejercicio de la profesión; lucha por equidad no sólo en oportunidades de trabajo asistencial, sino también por oportunidades de liderazgo que permitan a las cirujanas ser las puntas de lanza en la cirugía argentina.⁸

Una encuesta y estudio en España mostró que hay aproximadamente un 70% de hombres cirujanos frente a un 30% de mujeres. En general, la cirugía se ha considerado una especialidad de hombres y la discriminación es un fenómeno cultural. Con elevada prevalencia, las mujeres cirujanas son solteras o divorciadas. La sociedad en España considera que la cirugía “requiere fuerza, una alta capacidad de concentración, resistencia y sangre fría”, recomiendan al cirujano(a) realizar ejercicio físico para mantenerse en forma. Tanto hombres como mujeres escogen esta especialidad porque permite combinar el trabajo cerebral y el artístico atribuido a la cirugía. Las mujeres cirujanas refieren que la cirugía crea dependencia, que se vive bajo tensión y se genera mucha adrenalina. Las cirujanas españolas consideran que “es necesario un cambio de mentalidad en el que todos tomen conciencia de las capacidades de la mujer” y que las cirujanas deben “evitar la autodiscriminación”. Son muchas las mujeres que en ocasiones dudan de sus propias capacidades y de su potencial. Las mujeres parecen autolimitarse de cierta manera en el fenómeno que se ha descrito como “techo de cristal”: ellas conocen sus limitaciones al saber que deben decidir entre su vida profesional y la formación de una familia. Es una especie de “barrera invisible” que, en cierta manera, puede considerarse que se autoimponen o que aceptan con base en las presiones externas a las que son sometidas.⁹

Las cirujanas defienden que se debe intentar facilitar, en la medida de lo posible, que la formación académica, el periodo de residencia y la práctica profesional sean más flexibles, de tal forma que se pueda conciliar mejor la vida laboral y la familiar. Organizar guarderías en los hospitales para la atención de los hijos de las cirujanas contribuiría a mejorar la situación familiar de los profesionales sanitarios femeninos.¹⁰

Como se ha puesto de manifiesto en los ejemplos anteriores, muchos de los aspectos sociológicos relacionados con el ejercicio de la medicina por las mujeres, y en particular de la cirugía, tienen que ver con aspectos de índole cultural y social, no es un asunto de género, ya que es más que claro que las capacidades intelectuales, técnicas y hasta artísticas son iguales en ambos grupos y en muchos casos superiores en el género femenino. En un intento por tener infor-

mación más amplia que permita producir opiniones más objetivas, se publicó una encuesta multicultural en la que se preguntaron opiniones a cirujanas de Japón, los Estados Unidos y China.¹¹ Este estudio permitió conocer que los aspectos legales, históricos y culturales son de suma importancia. Como un ejemplo de ello se puso en evidencia que, mientras en Japón las cirujanas consideran que su trabajo es lo más importante en su vida, en China y en los Estados Unidos lo más importante para estas profesionales es la vida familiar y personal. A pesar de esta diferencia, las cirujanas de las tres nacionalidades y culturas consideraron necesario tener más tiempo para la crianza y crecimiento de los hijos promoviendo horarios flexibles en el trabajo. La estructura cultural en Japón suele ser aún muy conservadora, en comparación con la cultura china y la occidental. En Japón, el 70 % de las mujeres dejan el trabajo para dedicar su esfuerzo a la atención y crecimiento de la familia. Esto hace que muchas cirujanas abandonen su trabajo para cumplir con el rol social familiar y así se desperdician grandes talentos. A pesar de ello, en Japón también se ha identificado un crecimiento mayor del número de mujeres que se dedican a la cirugía. Consideran que es importante promover la educación y cambiar los estilos convencionales de vida para que permitan un mejor balance entre las responsabilidades en el trabajo y las familiares. Este cambio en el proceso educativo debe involucrar a profesores y mentores para que generen planes de desarrollo que permitan un futuro brillante.

En México, al igual que en muchos países, desafortunadamente no tenemos encuestas confiables o datos oficiales y mucho de lo que sabemos es a través de las vivencias personales, de la observación y de los comentarios con colegas cirujanos y cirujanas. México, como país en vías de desarrollo y con un crecimiento en el ámbito científico y de la investigación, no ha estado exento del fenómeno de la feminización de la medicina. En los últimos 30 o 40 años, las escuelas de Medicina se han multiplicado en forma muy importante y con ello las oportunidades para que jóvenes se involucren en esta bella profesión. A mayor número de mujeres que terminan la licenciatura en Medicina, mayor número de aspirantes e ingresos a la especialidad en Cirugía General y en otras ramas quirúrgicas como subespecialidades. Esto ha generado que se eleve la cantidad de cirujanas en hospitales públicos y privados en el ejercicio de la profesión. Sin embargo, es evidente la inequidad en oportunidades no sólo laborales, sino en la participación de la mujer en ámbitos directivos, administrativos, docentes y de liderazgo local o nacional.

A pesar de que las leyes mexicanas son claras y en la sociedad existe una tendencia hacia la equidad de género, la medicina y la cirugía son un reflejo de lo que ocurre en la sociedad. La mujer cirujana desde el momento de la residencia es víctima de falta de oportunidades en el entrenamiento, o bien de falta de equidad en estas oportunidades en relación con las que tienen sus compañeros del género masculino. La cirujana se enfrenta a una cultura machista tanto por sus iguales como por sus profesores, en la cual se le menosprecia aun antes de brindarle la oportunidad de mostrar sus cualidades. Frecuentemente es víctima de acoso o *bullying*, que le obliga a trabajar en un ambiente hostil y no propicio para desarrollar lo mejor de sí misma.

Es frecuente también que la misma cirujana, quizá por su origen cultural o conservadurismo social, desarrolle la autolimitación con el fenómeno denominado “techo de cristal”, en el cual piensa que ya ha desarrollado todo su potencial cuando en realidad no lo ha hecho. Algunas cirujanas también desarrollan fenómenos de autolimitación por falta de compromiso con su desempeño profesional. Dan prioridad a actividades de tipo familiar o social, lo que a la postre redundará en una falta de crecimiento. En algunos casos la cultura conservadora de la fa-

milia, tanto personal como extendida, donde la mujer desarrolla un rol estrictamente familiar sin permitirle un desarrollo profesional, tiene un papel fundamental. No sobra mencionar la importancia del apoyo que la cirujana tenga de su cónyuge o pareja para el desempeño de su profesión. Si sumamos los fenómenos negativos sociales con los de la autolimitación, se produce un resultado funesto.

La falta de oportunidades para las cirujanas no sólo se visualiza en la época de entrenamiento o de ejercicio profesional de asistencia, también es clara la carencia de espacios para la mujer en el ámbito de liderazgo directivo, académico, docente y político-gremial. Esta falta de oportunidades traduce el escaso crecimiento de cirujanas en puntos estratégicos directivos y al final en la existencia de un número reducido de modelos a seguir por las mujeres más jóvenes. Este círculo vicioso ha de interrumpirse a fin de dar más oportunidades a cirujanas que puedan desarrollar sus virtudes y la sociedad aproveche un talento desperdiciado.

¿CÓMO SE VISUALIZA A LA MUJER CIRUJANA EN EL FUTURO?

A la luz de la evidencia, es claro que México se desarrolla hacia una medicina de primer mundo, integrada en consonancia con su sociedad con criterios de igualdad absoluta, igualdad de credo, de pensamiento, orientación sexual y de género, entre muchos otros. Aunque no debemos dejar de reconocer que aún hay un camino muy largo por recorrer en el ánimo de ofrecer oportunidades equitativas a toda la sociedad, por fortuna existe conciencia de la necesidad de establecer igualdad de condiciones en el ámbito profesional. La medicina y la cirugía no son ajenas a este movimiento y, como es evidente, en la actualidad existe una tendencia hacia la feminización de la medicina y de la cirugía. La participación de la mujer en la medicina y la cirugía no sólo aporta la posibilidad de tener equidad de oportunidades, sino que suma un talento que ha sido marginado históricamente en todas sus vertientes. En lo que a la cirugía se refiere, la mujer aporta un trabajo asistencial con sentido social en hospitales públicos y privados de la República Mexicana, poco a poco tiene más participación en el ámbito de la investigación y docencia y se hace de liderazgo social y profesional que le van permitiendo ocupar puestos directivos y gerenciales. Vemos un México pujante en el desarrollo de la cirugía y mayor participación de la mujer que enriquece la cantidad y la calidad asistencial. Los cirujanos del país, las asociaciones médicas y las dedicadas a la cirugía debemos orientar esfuerzos para empoderar a nuestras cirujanas y extraer de ellas el conocimiento y talento que ayude a propulsar a la profesión.

¿QUÉ CONDICIONES DEBEN EXISTIR PARA LOGRAR EL OBJETIVO?

No podemos dejar de reconocer que para que esto se logre, es necesario generar cambios importantes que reflejen condiciones favorables y específicas para que la mujer cirujana se desarrolle profesionalmente en forma integral. No sólo es necesario tener mayor apoyo financiero, que sí es importante, sino también una mejor organización de las condiciones de desarrollo y de trabajo. Posteriormente al análisis de las condiciones laborales de las cirujanas en la mayor parte del mundo, queda de manifiesto que requieren condiciones específicas para un mejor desempeño. Para que las cirujanas mexicanas tengan un mejor desempeño y un crecimiento paralelo como profesionales y como mujeres, la sociedad y las autoridades requieren desarrollar cambios estructurales y legales que se podrían resumir de la siguiente forma.

Trabajar en la educación, probablemente desde la infancia, con el objeto de que la mujer reciba el apoyo al interior de la familia, tanto la propia como la extendida. Como en la mayoría de los aspectos sociales, la familia tiene un papel preponderante en el desarrollo del ser humano, pues proporcionar apoyo brinda seguridad que ayudará al desempeño de la cirujana. Es importante resaltar la preponderancia de que esta profesional cuente con un esposo o pareja con la educación suficiente como para brindar el apoyo a la cirujana, de tal forma que la colaboración en pareja permita a ambos un desempeño integral. Si la cirujana cuenta con el apoyo de su cónyuge o pareja en el cuidado de la familia, tendrá el tiempo suficiente y la energía para dedicarlos al desarrollo de su profesión.

Tener hijos es indispensable para la conservación de la especie, además es una experiencia de la vida humana a la que todos tenemos derecho. Con frecuencia, la mujer en los tiempos actuales antepone el desarrollo profesional a la génesis de una familia, o bien posponen este bello y natural acto para etapas avanzadas de la vida, cuando incluso el embarazo resulta de mayor riesgo para su salud. Se requieren mejores condiciones para la maternidad de estas cirujanas. Que las instituciones comprendan la necesidad de otorgar más tiempo de incapacidad postparto o postcesárea, de tal forma que esta cirujana y madre pueda ofrecer a sus hijos un mejor cuidado dedicando el mayor tiempo posible a ello. De igual forma organizar y proveer el servicio de guarderías para que estas madres cirujanas puedan tener quién cuide a sus hijos mientras ellas desarrollan el trabajo asistencial. Ligado a esto, es necesario reconocer la importancia que tiene el descanso suficiente en el desempeño profesional. ¿Cómo una cirujana y madre puede desarrollar un trabajo de calidad cuando tiene que enfrentar jornadas largas, la tensión en los hospitales al mismo tiempo la fatiga por el trabajo doméstico y familiar? Hay que generar condiciones que permitan un mejor balance entre el trabajo y el descanso y la convivencia familiar.

Para que estas cirujanas tengan un mejor crecimiento como académicas y de liderazgo es necesario contar con más sensibilidad de género en las escuelas y facultades de Medicina, así como en las instituciones de enseñanza de postgrado; es decir, comprender el beneficio que se obtiene en todos los ámbitos si contamos con una participación equitativa del hombre y de la mujer en la cirugía, generar un cambio cultural desde los años de formación para que en los de ejercicio el trabajo sea terso y productivo. El trabajo en equipo ha demostrado ser la forma más productiva para la consecución de resultados. Debemos aceptar más el trabajo en equipo y el cuidado de los pacientes, tanto por parte de los profesionales de la salud como de los usuarios del servicio médico. Esto genera condiciones más favorables para el desempeño de la mujer y el hombre en cirugía, proporcionando la posibilidad de tener un mejor balance entre la vida, la familia y el trabajo, y termina siendo un beneficio para todos.

Un número considerable de mujeres cirujanas en las diferentes encuestas analizadas y en los distintos ámbitos en los que se estudia el desempeño de la mujer en cirugía, ha dejado en claro no sólo que hay falta de oportunidades y equidad en la enseñanza y en el ejercicio de la cirugía, sino de algo mucho más penoso y vergonzante como acoso o *bullying* en sus diferentes facetas. Las cirujanas han expresado las serias dificultades que tienen en el ejercicio profesional y lo difícil que es tener que sobreponerse e imponerse al acosador. No sólo ve vulnerada su integridad moral, a veces también la física y síquica, y tiene que utilizar energía y tiempo para sobreponerse a estos deplorables actos. Tenemos que generar mejores condiciones sociales para el respeto y empoderamiento de la mujer en todos los ámbitos, pero en particular en el que nos

ocupa, que es la cirugía. La sociedad, las escuelas de Medicina, las instituciones de enseñanza superior y las autoridades sanitarias deberán impulsar la presencia de un *ombudsman*, o un defensor de los derechos de la mujer médica y cirujana, que vele por sus derechos y establezca la equidad de género evitando el abuso y la falta de respeto. En paralelo, generar reglas muy claras y estrictas con sanciones implacables para quien las infrinja.^{12,13}

¿QUÉ PUEDEN HACER LAS ORGANIZACIONES, ASOCIACIONES Y COLEGIOS?

Las organizaciones gremiales y académicas deben sumarse al proyecto de equidad de género con el objetivo de empoderar a la mujer cirujana y aprovechar su talento y recursos en beneficio de la cirugía y de los pacientes.

Tal es el caso de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. y de la Federación Nacional de Colegios de Especialistas en Cirugía General A.C, así como de otras asociaciones dedicadas a la cirugía o especialidades quirúrgicas afines. Estas organizaciones requieren formar grupos en su interior, a manera de comités o comisiones que estudien las condiciones de desarrollo de las mujeres cirujanas, sus problemas y condiciones personales. Este conocimiento nos permitirá saber cuántas y quiénes son y qué es lo que se puede hacer para que tengan mejores condiciones de trabajo y obtengan un mejor desempeño profesional. Las organizaciones médicas deben organizar actividades orientadas a empoderar a la mujer cirujana, lo que permitirá aprovechar su talento en beneficio de la cirugía mexicana y de los pacientes. Es menester ser incluyente, contribuir a la educación de la sociedad y de los cirujanos para generar un ambiente de trabajo equitativo independientemente del género. Las instituciones deben impulsar el trabajo de las mujeres en todos los ámbitos para que permitan un desarrollo óptimo en el aspecto asistencial, docente, gerencial y de liderazgo. Esto se puede lograr a través de colegios y en colaboración con las autoridades de salud para impulsar la existencia de reglamentos y leyes que protejan a la mujer cirujana, que se tengan al interior de las instituciones de salud los mecanismos adecuados para el desarrollo de este grupo de profesionales y reglamentos que sancionen severamente la marginación y el acoso profesional.

Es claro que la mujer tiene los mismos derechos que los hombres, que las cirujanas tienen los mismos derechos que los cirujanos y que todos somos responsables de generar las condiciones necesarias para que esto se cumpla sin excepción. Lo anterior produce un beneficio para la sociedad, nos permite utilizar un talento que de otra forma quedaría sin aprovecharse. Empoderar a la mujer cirujana evita que tenga que adoptar roles masculinos, como hemos observado a lo largo de la historia. Permite a la mujer cumplir con los privilegios que la naturaleza y la sociedad le han otorgado como la maternidad y la familia y con la satisfacción de ejercer esta noble profesión de la cirugía. La sociedad, los médicos y los cirujanos debemos desarrollar estrategias de inclusión que permitan a la mujer combinar las responsabilidades y el equilibrio en el trabajo, el descanso y la familia.

REFERENCIAS

1. Hacia un futuro mejor para las mujeres en el trabajo: la opinión de las mujeres y de los hombres. ISBN Edición española. Conferencia Internacional de Trabajo en su 100.ª reunión, 2011.

2. Wirtzfeld DA. The history of women in surgery. *Can J Surg.* 2009; 52: 317-320.
3. ¿Quién fue la primera mujer cirujana de la historia? Disponible en: <https://cirujanasargentinas.org/#!/-articulos-de-interes/>.
4. Hacker C. *The indomitable lady doctors.* Halifax (NS): Forma mixta, Toronto: Clarke Irwin, Publishing Company Limited; 1974.
5. Straehley CJ, Longo P. Family issues affecting women in medicine, particularly women surgeons. *Am J Surg.* 2006; 192: 695-698.
6. Kwong A, Chau WW, Kawase K. Work-life balance of female versus male surgeons in Hong Kong based on findings of a questionnaire designed by a Japanese surgeon. *Surg Today.* 2014; 44: 62-72.
7. Rouprêt M, Maggiori L, Lefevre JH. Upcoming female preponderance within surgery residents and the association of sex with the surgical career choice in the new millennium: results from a national survey in France. *Am J Surg.* 2011; 202: 237-242.
8. Flores NF. Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía Córdoba. [24 de Mayo del 2018] <https://cirujanasargentinas.org/#!/-inicio/?ancla=1>.
9. Cotter DA, Hermsen JM, Ovadia S, Vanneman R. The glass ceiling effect. *Soc Forces.* 2001; 80: 655-682.
10. Matey P. ¿Por qué hay pocas cirujanas mujeres? El feudo de los hombres. *La situación en España.* *El Mundo, España* | 06 Oct 08.
11. Kawase K, Kwong A, Yorozuya K, Tomizawa Y, Numann P, Sanfey H. The attitude and perceptions of work-life balance: a comparison among women surgeons in Japan, USA, and Hong Kong China. *World J Surg.* 2013; 37: 2-11.
12. Ramakrishnan A, Sambuco D, Jaggi R. Women's Participation in the Medical Profession: Insights from Experiences in Japan, Scandinavia, Russia, and Eastern Europe. *J Womens Health (Larchmt).* 2014; 23: 927-934.

Reflexiones de una vida compartida

Dra. Lilia Cote Estrada

Lic. Jorge Hernández Montes de Oca

Lic. Paulina Hernández Cote

MBA Jorge Arturo Hernández Cote

Dra. Angélica H. González Muñoz

Lic. Gloria Cano González

Dr. Rodolfo Cano Jiménez

Dr. Leodegario Correa Romero

Dra. Irma Cruz Mendoza

Dr. Héctor Moran Ramírez

Dra. Elena López Gavito

Dr. Jorge Rafael Montalvo Sánchez Mejorada

Como cirujanas siempre tenemos en nuestras prioridades a la familia, desarrollamos habilidades y desbordamos todo nuestro potencial con el firme propósito de centrar nuestra atención en los seres queridos, nuestro amor y dedicación están enfocados en ellos; sin embargo, es un hecho que la actividad profesional es absorbente, demandante y consume tiempo, desde el periodo de formación hasta el desempeño como cirujanas, situación que sucede de igual forma con nuestros compañeros varones. Entonces, ¿qué hace diferente nuestra práctica en cuestiones de género? Sin duda, actualmente es el rol social de la mujer en el entorno familiar, éste puede marcar la diferencia debido a que la involucra de forma más directa en la educación de los hijos, por su organización y por la inseparable función de cuidadora, entre otras. No resulta extraño que deseemos, como una aspiración genuina, lograr la armonía entre las distintas funciones de madre, esposa, hija, ama de casa y cirujana, como persona y como profesional.

Al diseñar el contenido del libro resultaba necesario conocer el sentir de las personas que han compartido sus vidas de manera muy cercana con cirujanas, ese día a día del acompañamiento de los hijos en su educación, de una vida en pareja, de una administradora del hogar, pero desde la perspectiva de los miembros de la familia ¿cómo nos ven ellos?

Y aunque la expectativa nunca fue escuchar quejas y lamentos, lo cierto es que sí era esperado algún comentario sobre la ausencia o las actividades no cumplidas; sin embargo, fue muy grato descubrir sentimientos positivos como la admiración que, desde mi punto de vista, es la base del amor, no sólo para generarlo, sino para lo más importante, mantenerlo...

DRA. LILIA COTE ESTRADA

Lic. Jorge Hernández Montes de Oca

La experiencia de vivir con una mujer cirujano no es del todo fácil, a través de estos años, he sido testigo de muchos días y noches de dedicación y trabajo, con tintes de constancia y empeño para lograr las metas.

La búsqueda e insistencia para conseguir los objetivos trazados en cirugía estaban claros desde la carrera de medicina o quizá desde antes, pues por cuestiones de género en ese entonces se obligaba a redoblar los esfuerzos, en los que muchas veces la familia se veía involucrada, pero del mismo modo éramos partícipes en el festejo de los logros.

Como compañero de vida reconozco que ha habido momentos difíciles y tiempo limitado, pese a ello, lograste ser un gran incentivo en la educación de nuestros hijos, y de manera compartida pudimos transmitirles principios de vida inquebrantables. Como equipo ha existido siempre la comprensión y el apoyo incondicional para todos los miembros de la familia en todos los proyectos de vida y profesión.

Ya son muchos años juntos, pero confieso que me sigue sorprendiendo la enorme vitalidad para conseguir lo que te propones, celebro reconocer en ti una profesional visionaria, que con perseverancia y pasión ha logrado dejar huella.

Me siento halagado de compartir todos tus triunfos, porque sé lo que ha significado para ti conseguirlos, gracias por tu ejemplo. Te amo.

Lic. Paulina Hernández Cote

Fuerte, tenaz, íntegra y de una perseverancia implacable, son los adjetivos que describen a la mujer que me motiva día a día, mi mamá. Ser hija de una excelente cirujana ha sido un gran ejemplo en mi vida como profesionista y como persona.

Mamá, me enseñaste que los obstáculos siempre existen, pero sólo el trabajo, la perseverancia y la disciplina te ayudarán a superar cualquier dificultad. Me enseñaste a dar gracias a Dios por la salud y a reconocer las cosas importantes de la vida. En nuestra familia has sido el motor para ir más allá de lo esperado y recordar el amor que nos une. Hoy celebro contigo este logro por tu gran dedicación, pasión y empeño, siempre demostrando que dar lo mejor de ti te lleva a grandes resultados. ¡Gracias por enseñarme tanto, mamá!

MBA Jorge Arturo Hernández Cote

¿Qué ha significado en mi vida ser hijo de una cirujana? Es una pregunta difícil; desde pequeño la medicina ha estado presente en muchos aspectos de mi vida, tengo muchos recuerdos de innumerables viajes a congresos en familia para acompañar a mi mamá, visitas al hospital cuando ella iba a revisar a los pacientes que había operado, éramos ya parte de su equipo de trabajo; un gran inventario de videos VHS de todo tipo de cirugías (con mucha sangre presente) y los miles de libros de medicina que siempre ocupaban un espacio privilegiado en nuestra casa.

Estoy convencido de que ha habido más cosas buenas que malas, a pesar de tener una actividad demandante, algunas ausencias en mi etapa escolar por tener una cirugía de urgencia,

un paciente grave o una conferencia programada con mucha anticipación, pero sobre todo recuerdo los momentos juntos que eran de un gozo intenso. De noche ya, el cansancio acumulado vencía a mi mamá, decía que se “coagulaba”.

Sí, en algunas ocasiones no pudo estar de forma física, pero lo cierto es que siempre estuvo presente y de alguna u otra manera nos demostró a mi hermana y a mí que estaba muy pendiente de nosotros, y que siempre seríamos su prioridad. Al reflexionar un poco sobre los puntos positivos, no me queda duda que han sido muchas las enseñanzas y lecciones de vida que mi mamá me ha dado desde niño, las cuales me han marcado y me caracterizan como persona el día de hoy; me enseñó a hacer las cosas con pasión, a tener metas y objetivos llenos de retos, a ser agradecido con todo lo bueno que sucede en mi vida, a nunca perder el deseo por crecer y a superarnos, pero sobre todas las cosas me enseñó a ser un buen ser humano. Sé que aún me faltan muchas cosas por mejorar, pero siempre tendré a lado a mi mamá para ayudarme y aconsejarme.

DRA. ANGÉLICA H. GONZÁLEZ MUÑOZ

Lic. Gloria Cano González

Gracias por ser mi inspiración, mi modelo a seguir y mi doctora de cabecera, ¡te amo, mamá!

Dr. Rodolfo Cano Jiménez

Ser pareja de una cirujana exitosa es todo un reto, pero sobre todo un privilegio cuando se ha compartido una vida personal y profesional por más de cuarenta años, además de ser un especialista médico diferente a ella.

Cuando conocí a Angélica, en mi primer día en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, marcó mi vida para siempre, ya que fue la primera persona con la que entablé una conversación, sin saber en ese momento que nuestras vidas se unirían para siempre unos años después.

Desde entonces supe que Angélica era una mujer con retos, sueños, ambiciones y compromisos, además de ser tenaz, inteligente y tener unos ojos que me cautivaron.

En esos primeros años de la facultad tuvimos la oportunidad de trabajar juntos en diferentes actividades de las materias que llevábamos; en particular, recuerdo cuando cursábamos la materia de técnicas quirúrgicas en la que me quedaba con ella cuando tenía práctica, me dijo que ella sería cirujana y que haría todo lo posible para lograrlo, por supuesto lo logró.

Conforme avanzamos en la carrera, y sobre todo cuando ingresamos al internado médico en el Hospital del IMSS en Cuernavaca, yo me di cuenta de que Angélica gozaba en las rotaciones de los servicios quirúrgicos y me comentaba que cada vez estaba más segura de ser cirujana. Yo rotaba en los servicios de forma posterior a ella y cuando roté en cirugía, los cirujanos (que ya sabían que éramos novios) me comentaban que ella sí era hábil y tenía capacidad para la cirugía y yo no tanto, eso no me molestaba, sino que me hacía sentir más orgulloso de ella porque conocía su ilusión y sabía de su capacidad para ser cirujana.

Al terminar la carrera de medicina decidimos que nos casaríamos al finalizar el internado rotatorio de postgrado, así lo hicimos y fui el hombre más feliz.

Entré a la residencia de medicina interna en el CMN del IMSS un año antes que ella, ya que no quiso la sede que le habían asignado originalmente y ella quería realizar cirugía en el Centro Médico del IMSS. En ese mismo año recibí una de las noticias más hermosas que puede recibir un ser humano, Angélica estaba embarazada, lo cual al mismo tiempo que nos llenó de alegría también nos dio cierto temor, pues ingresaría a la residencia embarazada. Esto último me motivó por qué he estado siempre orgulloso de Angélica, ya que aun con el embarazo decidió ingresar a la residencia, y durante ese año siempre demostró tener dedicación y voluntad para realizar su labor igual o más eficientemente que la de sus compañeros hombres, sobre todo en una especialidad que en esos años estaba predominantemente llena de hombres; eso hizo que ella tuviera el reconocimiento y el respeto del jefe de servicios, los cirujanos y compañeros residentes.

Terminó la especialidad como una de las residentes con mayor reconocimiento por parte de sus profesores en los diferentes hospitales que pasó. Fue, durante varios años, médico de base del Servicio de Cirugía General en diferentes hospitales del IMSS y, aunado a eso, inició su brillante carrera como profesora con alumnos de pregrado, internado y residentes.

Durante los primeros años de nuestra actividad profesional, trabajamos en el mismo hospital, cada uno en su servicio, lo cual fue muy grato para mí, ya que sabía que contaba con una extraordinaria cirujana a la cual podía solicitar su opinión o su intervención para el manejo de los pacientes que requerían de valoración, estando seguro de que su participación siempre era correcta; incluso, dada su habilidad como cirujana, nuestros pacientes con insuficiencia renal al requerir de la colocación de un catéter para diálisis, no tenían complicaciones ni presentaban infecciones cuando ella los colocaba, por lo que siempre solicitaba que ella lo hiciera.

Su madurez profesional se fue dando paulatinamente y tuvo la oportunidad de ser Jefe de Servicio de Cirugía en el Hospital General de Zona Los Venados, donde ella había rotado como residente, allí mostró su capacidad de líder tanto en lo quirúrgico como en lo administrativo y lo docente. Se enfrentó a problemas que sólo una cirujana podía tener: ser jefe de hombres cirujanos; no obstante, con su inteligencia y su don de mando supo sobrellevarlo hasta ser reconocida por ellos y por los directivos del propio hospital, así como por las autoridades delegacionales del IMSS, con quienes incluso yo sentía enojo cuando ella me contaba las discusiones que tenía con ellos, pero siempre respeté su actuación y sobre todo apoyé sus decisiones.

La mejor manera de mostrar mi confianza y reconocimiento hacia su labor como cirujana fue poner en sus manos a mis padres y hermanos para que les realizara las cirugías que necesitaban, y no sólo a ellos, yo mismo solicité que me realizara una plastia inguinal estando seguro de que no había mejor cirujano que ella para que me operara y así fue, razón por la que le estoy eternamente agradecido, ya que para ella fue muy difícil estar operando a su esposo.

Por su destacada actuación como jefe de cirugía, posteriormente le ofrecieron ser directora de la primera Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) que dio servicio en la institución y que fue inaugurada con la presencia del Presidente de la República, Lic. Vicente Fox Quezada y todas las autoridades del IMSS. Ahí siguió mostrando su capacidad profesional en todos los ámbitos, lo que motivó a que en el instituto se dieran cuenta de ello, por lo cual la invitaron a trabajar en un puesto de alta responsabilidad a nivel nacional sobre equipamiento de las unidades de segundo y tercer nivel de atención, hasta que ella decidió jubilarse.

Aunado a su desempeño institucional en el IMSS, ella siguió como profesora en la Facultad de Medicina de la UNAM y al saber que estaba jubilada le ofrecieron la Coordinación de Enseñanza del Departamento de Cirugía de la propia facultad, en la que continúa a la fecha.

Todo este desempeño laboral, asistencial, académico y docente se ha mantenido con su participación exitosa en la Asociación Mexicana de Cirugía General y con la certificación del Consejo Mexicano de Cirugía General.

Sus opiniones y comentarios sobre nuestra actividad como médicos me han dado siempre una claridad y objetividad hacia mi actuación, sin su apoyo habría sido más difícil mi desarrollo, los dos hemos compartido esta carrera con un respeto mutuo a cada decisión que tomamos. Todo este trayecto en su vida como cirujana lo ha desarrollado con amor a su familia, a su hija y a mí, su esposo, lo que la hace excepcional, digna de reconocimiento y admiración. Es por ello que tengo amor, admiración y respeto por esta mujer que ha dado su vida a la cirugía sin descuidar lo que más ama.

Finalmente, puedo decir que ha sido y es una cirujana excepcional, una extraordinaria esposa y compañera, y por supuesto una amorosa madre, sin dejar de mencionar que ama a su madre y hermanos. Para mí ha sido muy fácil vivir con una mujer exitosa, porque siempre lo ha compartido, ha hecho que yo sea una mejor persona, además ella es un ejemplo para mí y nuestra hija.

Dr. Leodegario Correa Romero. Cirujano amigo.

Retos de las Cirujanas de Hoy

El paradigma donde el cirujano general es un hombre con habilidades y destrezas difíciles de alcanzar o superar por la mujer, es el reto que las cirujanas de nuestra sociedad han superado en diferentes ámbitos de la especialidad. La siguiente es una reflexión anecdótica, respaldada por 30 años de ejercicio médico y por el contacto con cirujanas en diferentes escenarios dentro del ámbito quirúrgico (residente en formación, compañera de trabajo, jefe de servicio, profesora de cirugía, etcétera).

Desde una mirada crítica, y sin afán de comparar al sexo opuesto, el desempeño de las cirujanas ha sido notable, pasaron de una ausencia casi nula en los escenarios quirúrgicos, salas de quirófano, aulas, congresos, etcétera, a tener una presencia constante de participación activa y propositiva.

Como congéneres de especialidad y en un mismo nivel jerárquico, a pesar de la concepción prejuiciosa de que la mujer no podría desarrollar esta actividad con los mismos resultados, la evidencia lo contradice, coloca a la cirujana en un mismo nivel y en ocasiones por encima del sexo opuesto. En la toma de decisiones, en lo académico, en actos quirúrgicos, dirección de personal, dirección de un servicio o unidad médica su desempeño es notable, hecho que se palpa al observar su presencia en universidades, colegios, asociaciones e instituciones públicas o privadas.

Desde mi punto de vista como líder de opinión en cirugía, la presencia de las cirujanas ha llegado a tal grado que actualmente ocupan sitios que en su momento fueron exclusivos de hombres como jefaturas, subdirecciones, direcciones de hospitales o cargos a niveles más altos, con el poder de tomar decisiones que repercuten en la salud pública.

No omito el gran esfuerzo que se ha requerido para romper barreras sociales en las diferentes áreas que tienen contacto con el trabajo cotidiano, como es enfermería, trabajo social, asistentes médicas, etcétera, lo que hace aún más loable su trabajo. Pero a pesar del alcance que ha tenido el desempeño de la cirujana, es innegable que falta camino por andar, hoy por hoy, aún hay una inclinación de la balanza hacia los hombres en esta actividad; sin embargo, es seguro que con el paso del tiempo tendremos un incremento en la presencia de las mujeres como hasta ahora lo han hecho.

DRA. IRMA CRUZ MENDOZA

Dr. Héctor Moran Ramírez

La experiencia de estar casado con una mujer cirujana ha sido y seguirá siendo la mejor etapa de mi vida; de ella he recibido amor, a mis hijas y apoyo para mis proyectos. Tiene toda mi admiración, a lo largo de toda su trayectoria ha sido muy entusiasta en su trabajo, es una excelente cirujana y maestra.

No he perdido de vista que ella es el eje principal de mi familia, pues es fundamental para nuestro crecimiento en todos los aspectos, ya que dedica el tiempo justo para cada una de sus actividades, sin perder de vista lo más importante, nuestra familia y nuestra relación de pareja.

Con agradecimiento y mucho amor para mi esposa.

DRA. ELENA LÓPEZ GAVITO

Dr. Jorge Rafael Montalvo Sánchez Mejorada

¿Qué significa estar casado con una cirujana? El matrimonio, como cualquier otra relación humana, tiene muchas aristas a considerar; es un contrato que se establece frente a la sociedad y, como en mi caso, con las más elevadas creencias. Ser esposo o esposa requiere de una gran determinación, en la que uno y otro deciden poner toda su voluntad, esfuerzo y creencias para tener una vida en común. El matrimonio es una tarea por demás difícil, pero apasionante cuando se está convencido de que es lo mejor que le puede haber pasado a uno.

Toda mi vida, desde que tengo conciencia, quise ser médico, nunca, a pesar de la insistencia de mi abuelo o de los test vocacionales, cambié un ápice de ese pensamiento. Para mí ser médico significaba darle a mi vida el mejor de los sentidos. Provenía de una familia maravillosa y con el ejemplo de unos padres ejemplares que me permitieron afrontar esta gran epopeya personal.

La medicina es muy celosa, ya que demanda constantemente toda nuestra atención. Ésta se convierte en una forma de vida sólo entendida de manera cabal por quien tiene la oportunidad de vivirla; por ello, cuando estuve ya en la carrera de medicina y viví todos los devenires de la misma, se inició la gran aventura de mi vida. Cuestionado de forma constante acerca de cuándo “sentaría cabeza” (pues mis hermanos menores formaban ya sus familias) mi respuesta era siempre la misma, “nada más termine con mis estudios, ya veré”. Es entonces comprensible que, por falta de tiempo para esta empresa que en su momento me parecía paralela, todos a mi alrededor se sintieran obligados a presentar diversas candidatas para que pudiera cumplir con esa parte de mi esperado crecimiento dentro de la familia.

Había una sola condición, para nada podía casarme con una doctora, no porque no reconociera a mis colegas femeninas, pues estaba convencido de su capacidad y dedicación que les permitía competir y, muchas veces, sobrepasar a los varones dentro de la profesión y la especialidad, sino por la gran admiración que la mujer siempre ha despertado en mí. Para ser congruente con ello, me convertí en un feminista de tiempo completo y decidí ser Ginecólogo.

Fui jefe de residentes de mi hospital, lo que atrajo la animadversión de una residente de cirugía general a la que consideraba inteligente, bien preparada, trabajadora y atractiva, pero que creía estar más preparada de lo que, según mi apreciación, realmente estaba, el tiempo se

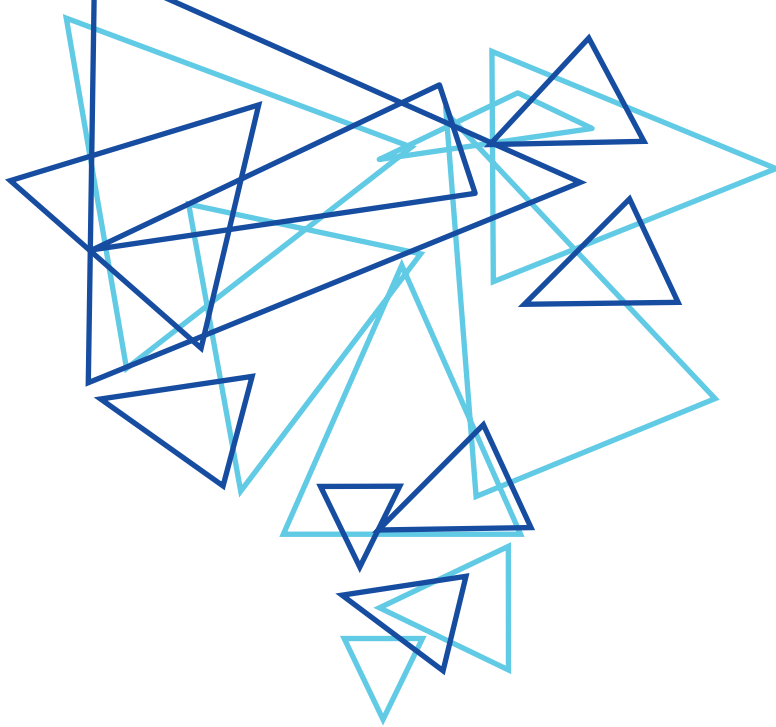
encargó de demostrarme lo contrario. Esta rivalidad curiosamente no nos separó, sino que nos enfrentó en todo tipo de discusiones, lo que nos obligó a estar compartiendo tiempos de forma cada vez más frecuente.

En mi época se decía que para ser cirujano lo primero que debía tener un médico era decisión, no pensar demasiado las cosas y actuar con prontitud, de alguna manera había que ser agresivo en las decisiones terapéuticas. Cuando vives toda una vida con una cirujana es cuando empiezas a valorar una serie de aspectos que supones tiene la medicina, y es entonces que te das cuenta que, para ser cirujana, una mujer no tiene que ser agresiva sino valiente, sus decisiones son siempre meditadas y basadas en el mejor conocimiento científico, ellas son apasionadas y entregadas a su profesión, pero con una delicadeza que hace que realmente aprecies el arte que hay en la medicina.

No es un requisito ser médico para poder apreciar estas cualidades, pero al serlo se aprecian de mayor manera al evaluar la dificultad que se tiene para alcanzar esos niveles de calidad profesional y poderlas equilibrar en la vida personal. Tener la oportunidad de ver cómo además de ser brillantes profesionales, son madres, hijas y esposas de tiempo completo, sin poder ni siquiera imaginar de dónde surge la energía, la fuerza, la ternura y demás virtudes para cumplir con todos estos roles, los cuales ya son difíciles y por demás complicados.

Para mí es una fortuna haber podido compartir mi vida profesional y personal con una mujer excepcional, una de las mejores profesionales de la medicina actual en México, distinguida estudiante en áreas tan complicadas del conocimiento humano como la cirugía general y el derecho médico; sus aportaciones en la formación de profesionales de la salud en estas áreas son reconocidas en todos los rincones del país; su capacidad para organizar grupos de trabajo y su liderazgo con valores tan importantes como la benevolencia, autonomía, respeto, honestidad, valentía, humildad, comprensión y, especialmente, su capacidad para dar amor a todos a su alrededor, son inagotables.

Estar casado con una cirujana ha sido y es mucho más de lo que pude haber imaginado para ser feliz; su empuje, valentía, ternura, belleza, pasión en todo lo que hace, su lucha cotidiana contra la injusticia, su amistad y muchas cosas más, representan la mayor de las bendiciones de la vida que Dios me pudo dar. Saber que mi familia y yo mismo estamos en las manos de la mejor cirujana del mundo no tiene precio, es el más grande tesoro que un hombre puede ambicionar.



II. HISTORIAS DE ÉXITO



DRA. MARÍA DEL CARMEN BARRADAS GUEVARA

Médico Cirujano y Partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla (1980).

Cirugía General del Hospital Universitario Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (1987).

Certificada y recertificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General, consejera por el estado de Puebla y participado en mesas directivas.

Ha desempeñado cargos en diversos comités de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Miembro del *American College of Surgeons*, del Colegio de Cirugía General del Estado de Puebla del que fue presidente de 2009 a 2011, miembro asociado del Capítulo Oriente de la Academia Mexicana de Cirugía.

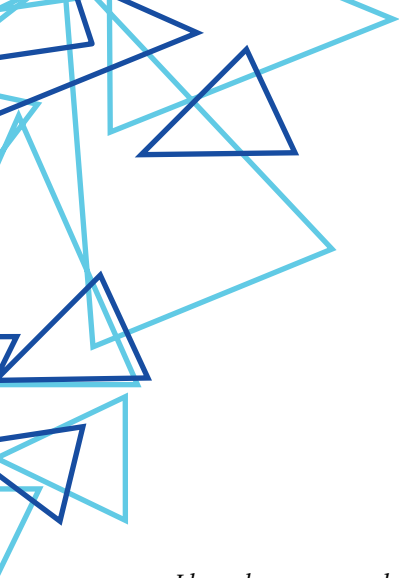
Participó como cirujana de trasplantes de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, como cirujana general honoraria y jefa de Cirugía General del Hospital de la Cruz Roja, delegación Puebla y como profesora de Ética en el Instituto Profesional de Terapias y Humanidades.

Su práctica profesional en cirugía la desarrolla en Cirugía Extramuros de los Servicios de Salud del Estado de Puebla desde 1993.

Ha publicado algunos artículos en revistas nacionales e internacionales y escrito varios capítulos en libros relacionados con la especialidad.

Actualmente se desempeña como jefa del Departamento de Cirugía Extramuros de la entidad federativa poblana.

En 2018 fue galardonada por el trabajo excepcional en salud por el estado de Puebla en el marco de los 75 años de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México.



El papel médico y social de la cirujana en las comunidades rurales

Llevar la esperanza de vivir y sonreír a la vida con dignidad y sin limitaciones es lo que justifica la trascendencia de la atención médico quirúrgica itinerante en el área rural...
María del Carmen Barradas Guevara

El acceso a la salud en forma equitativa e indistinta en zonas rurales y urbanas es un compromiso social con la población que vive en zonas de alta marginación, lugares en los que se carece de servicios con atención médico quirúrgica especializada, acentuado por la insuficiente disponibilidad de médicos especialistas con relación a la densidad demográfica de la población existente en el territorio nacional y su desempeño preferencial en hospitales de localización urbana;¹ principal limitante en la atención de los habitantes cerca de su lugar de residencia en las áreas semiurbanas y rurales, lo que se acrecienta por factores económicos, geográficos y étnicos.¹⁻⁴

El estado de Puebla es la quinta entidad federativa más poblada y ocupa uno de los cinco primeros lugares con mayor pobreza en el país, con un índice de población indígena de 18.9%; condiciones determinantes para poder alcanzar el acceso idóneo a la atención médico quirúrgica especializada por los habitantes, de éstos, 28% son residentes en las zonas rurales

donde se carece de estos servicios, lo que propicia la prevalencia de patologías tratables hoy día.² En estas circunstancias, con el solidario compromiso social de atender las zonas de mayor vulnerabilidad en condiciones de pobreza extrema y marginación, se condujo históricamente a crear un sistema ordenado de atención itinerante con el propósito de acercar los servicios médicos especializados a las unidades hospitalarias existentes en las comunidades.^{3,4}

Así comenzó la gran aventura de proporcionar recursos similares de atención especializada a las zonas rurales en comparación con las urbanas con la ampliación en la cobertura de servicios donde se carecía de éstos. El 11 de mayo de 1993, en el Hospital General de Tlaltlauquitepec de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Puebla, inició el programa itinerante, durante la gestión del Dr. Eduardo Vázquez Valdés, Secretario de Salud en la entidad poblana. Con un grupo de médicos especialistas contratados por la institución, se desarrollaron jornadas médico-quirúrgicas en oftalmología, cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva, cirugía maxilofacial, ortopedia y anestesiología, para el servicio de pacientes con asentamiento en las comunidades más alejadas; caracterizados muchos de ellos por ser de origen humilde, analfabetas, monolingües en su propia lengua indígena, sin seguridad social y en su mayoría sin recursos económicos, quienes cotidianamente se dirigían para el alivio de sus “males” a ciudades distantes a su lugar de morada.^{3,4}

A partir de entonces el desplazamiento se invertiría, los médicos especialistas viajarían a las unidades hospitalarias de las distintas

regiones y serranías poblanas en las que se incluyeron en los primeros 15 años a los del IMSS Oportunidades, razón por la que el programa se denominó Cirugía Extramuros, caracterizado por ser permanente y descentralizado diseñado dentro del plan estatal de salud y respaldado por el propio gobierno del estado de Puebla, con proyección a elevar los niveles de bienestar y calidad de vida de la población con atención especializada de padecimientos invalidantes y muchos de ellos con un dejo de discriminación social como la fisura labio-palatina y el estrabismo, con la significativa aportación de un manejo médico multidisciplinario, integral, eficiente, eficaz y oportuno para los pacientes en las intermediaciones a su lugar de origen, lo que favorece su integración en el ámbito social donde se desarrollan.⁴⁻⁶

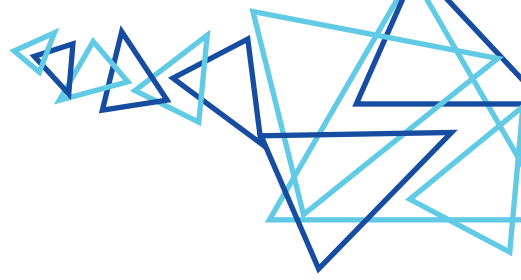
Por sus resultados exitosos, el programa contó con cuatro médicos especialistas en su apertura, con el paso del tiempo se fortaleció al incorporar otras especialidades, además de las quirúrgicas, con diferentes ramas clínicas como odontopediatría, ortodoncia, cirugía bucal, ginecología, urología, pediatría y medicina interna hasta el momento con un total de 42 especialistas. Es importante resaltar que desde la creación del programa han participado 65 egresados de las escuelas de medicina durante su pasantía de Servicio Social, y en los últimos tres años, se incorporaron además seis profesionales de estomatología.⁴

De manera simultánea, la colaboración interinstitucional de diversas organizaciones le han dado una mayor relevancia y un enorme impacto social al trabajo conjunto llevado a efecto en las jornadas médicas itinerantes, entre las que destacan IMSS Oportunidades, el DIF estatal, las presidencias municipales, los Clubes Rotarios de Tehuacán, la Dirección Nacional del Programa Cirugía Extramuros, asociaciones y colegios médicos estatales, la Asociación para Evitar la Ceguera y la Academia Mexicana de Cirugía, entre otras insti-

tuciones. Del mismo modo es laudable el espíritu solidario y comprometido con los más pobres por parte de algunas corporaciones privadas destacándose entre ellas el reconocido apoyo de la Fundación TELMEX.^{3,4,7}

La continuidad y sistematización de actividades programadas bajo una calendarización anual, el aprovechamiento de la infraestructura hospitalaria localizada a lo largo del estado y la valiosa participación coordinada de los diferentes integrantes en el sistema de salud⁷ con el objetivo primordial de servir a quienes más lo necesitan benefició tanto a la ciudadanía pobлана como a los habitantes establecidos en zonas marginales de estados aledaños. Así, en el transcurso ininterrumpido de 26 años de trabajo, bajo la coordinación desde 1997 de la Dra. María del Carmen Barradas Guevara, quien a su vez se ha desempeñado como cirujana general del grupo, se han realizado 3,544 jornadas en 36 hospitales comunitarios y generales del sector salud, en seis del IMSS Oportunidades (de 1993 a 2008 se beneficiaron 14,244 pacientes) y en su inicio en el Hospital Municipal de San Juan de Dios en Atlixco, acorde a una programación anual para la convocatoria de pacientes, valoración y manejo inmediato de los mismos, en las que se llevaron a cabo, hasta mayo de 2019, 90,674 valoraciones y se realizaron 65,471 procedimientos quirúrgicos, en una proporción de 45% en oftalmología, 15% en cirugía plástica y reconstructiva, maxilofacial y cirugía bucal, 14% en cirugía general, urología y ginecología, 14% en ortopedia y 12% en odontopediatría y ortodoncia.^{8,9}

Su evolución y desarrollo conservan la facultad de facilitar y garantizar en forma equitativa los recursos de bienestar de la salud con los mismos estándares de calidad y beneficios que ofrece la medicina moderna para la población de mayor vulnerabilidad que reside en localidades alejadas. En Puebla, todos tenemos un médico especialista a nuestro alcance; sólo acércate a las unidades de nuestro sistema estatal de salud.

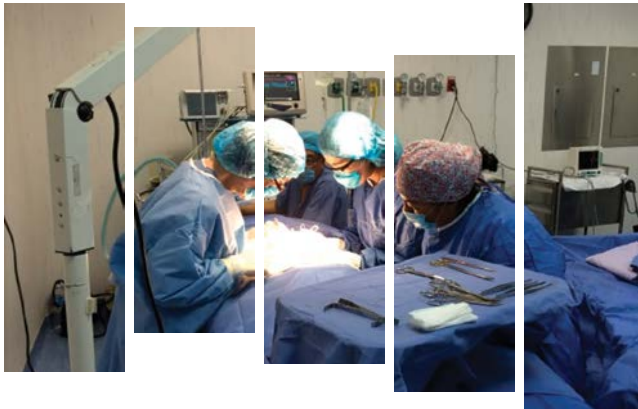


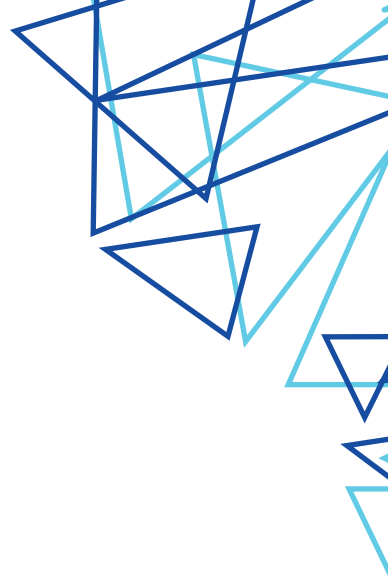
La formación e integración del programa con respaldo del gobierno del estado de Puebla a través de los servicios de salud, significó retos y cambios en el recorrido de su crecimiento en las diferentes gestiones administrativas. Representa una enorme responsabilidad social, sus límites están condicionados por la capacidad resolutive del sistema de salud para otorgar las mismas oportunidades para todos; nuestro trabajo nunca va a terminar, siempre habrá quien lo necesite.

Ser parte de Cirugía Extramuros, independientemente del impacto social y significativo desarrollo profesional que representa para quienes la ejercen, constituye una fuente de enriquecimiento de la calidad humana de sus integrantes, eleva el espíritu de colaboración y capacidad de servicio hacia los demás, con la consecuente comunión fraternal y solidaria de sus participantes.

REFERENCIAS

1. Heinze-Martin G, Olmedo-Canchola VH, Bazán-Miranda G, Bernard-Fuentes NA, Guízar-Sánchez DP. Los médicos especialistas en México. *Gac Med Mex.* 2018; 154: 342-351.
2. INEGI.
3. Vázquez VE, Aceves LE, López VM, Rivas JA, Vázquez BA, Barradas GC. Práctica quirúrgica especializada en el medio rural en un estado de la República Mexicana. *Cir Gen.* 2000; 22: 18-23.
4. Barradas-Guevara MC, Vázquez-Valdés E. El cirujano y la Cirugía Extramuros. En: Fenig-Rodríguez J, editor. *El entorno del cirujano general de principio a fin.* México: AMCG; 2016; 13: pp. 113-121.
5. Trigos MI, Gutiérrez SL, Quintana PL. La oftalmología mexicana y el Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA. *Rev Mex Oftalmol.* 2002; 76 (2): 79-82.
6. Trigos MI, Guzmán y López Figueroa ME, Gutiérrez-Soriano L. Atención de labio y paladar hendidos en la población marginada de México. *Gestión 2000-2003. Cir Plast.* 2004; 14 (1): 44-52.
7. <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/servicios/unidades-especializadas>
8. Dirección de Planeación y Programación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. *Archivos.* 1993-2019.
9. Departamento de Cirugía Extramuros de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. *Archivo interno.*





**DRA.
ADRIANA
CHAPARRO
DELGADILLO**

Nombre: Dra. Adriana Chaparro Delgadillo

Edad: 47 años

Carrera: Médico cirujano y partero.

Universidad: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua.

Especialidad: Cirugía general.

Institución: Hospital de Especialidades Núm. 25, IMSS, Monterrey, Nuevo León.

Universidad: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Egresada en febrero de 2001.

Postgrado: Maestría en Administración de los Sistemas de Salud.

Universidad: Universidad del Norte.

Laboral: Actualmente coordinadora clínica, turno vespertino en HGZ Núm. 17 (antigüedad IMSS: 23 años).

Coordinación Académica OCA Hospital y Doctors Hospital (desde septiembre de 2004).

Práctica privada de la cirugía general.

Lugar de residencia: Monterrey, Nuevo León.



Cirugía general, ¿en serio?

¿Por qué cirugía general? Una pregunta que siempre tuve que responder desde el comienzo. ¿Por qué? En verdad no lo sé, siempre pensé en estudiar Medicina y desde el inicio, considerar la opción de Cirugía como la única. Al principio no tenía bien definida la especialidad; es decir, no estaba segura de ser cirujana general o neurocirujana o cirujana cardiovascular, pero durante la carrera fui descubriendo la cirugía como algo realmente apasionante y con un campo de acción muy amplio. Hubo un momento en que la cirugía de trauma también ocupó mi mente, en particular durante el cuarto año de la carrera en que cursamos algunas clases en el Hospital Central Universitario de Chihuahua y me tocó vivir lo intenso y maravilloso que sería hacer cirugía en el paciente politraumatizado. Sin embargo, también sentí la frustración de no poder hacer mucho por estos pacientes, lo que me llevó a tener una mezcla de sentimientos y pensamientos encontrados. Esas largas noches en el quirófano, esas intensas cirugías, el cansancio, pero sobre todo, esa inmensa cantidad de adrenalina circulando por mi ser y la maravillosa sensación que ocasionaban fueron las que me llevaron a decidir continuar el resto de mi vida por los quirófanos.

Terminé la carrera y siguieron los años de práctica, en el año del internado fue más marcada esta necesidad de ingresar a cirugía, y cuando tenía la oportunidad, entraba a quirófano en todas las rotaciones por las que pasé, siempre buscando estar allí. Finalmente, llegó la culminación de la carrera de médico cirujano y posteriormente, la preparación para el Examen Nacional de Residencias Médicas, que, he de decir, fue bastante estresante, hasta la presentación del examen y la eterna espera del resultado, que una vez recibido, me ocasionó la dicha más grande de este mundo, pues por fin habría de hacer mi sueño realidad: ¡Ser cirujana!

Llegó el momento de iniciar la residencia, me tuve que trasladar a la ciudad de Monterrey, Nuevo León, para realizarla, la ilusión de un centro médico, empezando en un hospital general de zona, donde en realidad tuve experiencias muy lindas, una carga de trabajo espectacular, cirugías que nunca terminaban, afortunadamente, un agotamiento extremo, guardias interminables, pero con la satisfacción del trabajo realizado; yo era la única mujer en un grupo de siete residentes. Un primer año con demasiadas satisfacciones y logros para pasar, ahora sí, al Hospital de Especialidades del IMSS, donde desde el principio fue más difícil, llegando a obtener finalmente el título de Cirujana General.

Más tarde, vino la práctica laboral, con una enorme carga de trabajo, ingresé casi de manera inmediata al IMSS y por asignación me tocó el HGZ Núm. 17 como médico 08. Obtuve mi base en 2009. La práctica de la cirugía en la institución ha sido muy intensa, el ingreso al área administrativa en el medio

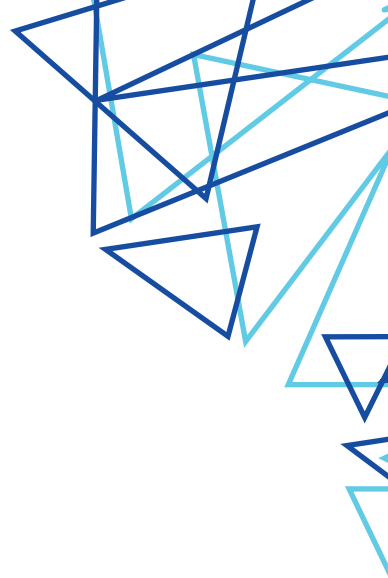
privado en 2004 fue una muy agradable experiencia en un hospital donde estos cargos han sido desempeñados fundamentalmente por mujeres, médicos generales y especialistas de diversas áreas, al inicio como coordinadora médica y desde hace aproximadamente 10 años como coordinadora académica y responsable sanitaria. Desde el año pasado, también con puesto administrativo en el IMSS como coordinadora clínica de turno vespertino, continuando con la práctica de la cirugía en el medio privado.

Otro motivo de satisfacción es haber sido la primera mujer presidente del Colegio de Especialistas en Cirugía General del Estado de Nuevo León en el año de 2016.

¿Qué puedo decir? Han sido muchos años llenos de grandes experiencias, varias de ellas maravillosas, otras no tanto, con un balance, podría decirse, positivo; sin embargo, lleno de múltiples obstáculos en el camino: ingresar a un campo dominado en ese momento

por hombres fue difícil, y lo sigue siendo, cada vez con mayor representación por parte de las mujeres, pero no la suficiente todavía. Aún hay discriminación hacia el género, acoso sexual, que desafortunadamente sí viví durante los años de la facultad, y también durante la residencia, sobre todo en el Hospital de Especialidades del IMSS, tanto que no niego haber tenido momentos en que consideré abandonar el barco, pues la frustración y el dolor fueron muy intensos. ¿Hubiera preferido que fuera diferente? Yo creo que sí, no es necesario tanto dolor para obtener un resultado. Sin embargo, el balance ha sido positivo, con algunas cicatrices imposibles de borrar, pero con el reto constante de avanzar y ser mejor, demostrar de qué estamos hechos y con el pensamiento de que esas personas, que aunque de manera negativa nos marcaron, no sean motivo más que de hacer que las cosas sean mejores y provocar un cambio positivo en este mundo.





**DRA.
ADRIANA
LICEAGA
FUENTES**

Dra. Adriana Liceaga Fuentes
Cirugía general y bariátrica, práctica privada.
Egresada de la Universidad La Salle.
Residencia en cirugía general: Hospital Ángeles Mocol.
Fellowship en Cirugía Gastrointestinal y Bariátrica, Hospital Clinic de Barcelona.
Estancias en cirugía laparoscópica:

- IRCAD Estrasburgo, Francia.
- *Ospedale Sacro Cuore "Don Calabria"*, Verona, Italia.
- Universidad de Pernambuco, Brasil.

Profesora: IRCAD Brasil / IRCAD Estrasburgo, Francia.



De la batería a la laparoscopia...

Alrededor de los ocho años de edad descubrí el amor por la música, a esa edad tuve mi primer teclado y la práctica noche y día se convirtió en una obsesión casi instantánea hasta lograr interpretar cada una de la partituras de mi primer libro lleno de garabatos sobre cinco líneas negras (pentagrama).

Pocos años más tarde, *Balada para Adeline* dejó de ser una inspiración, mi deseo entonces era reproducir los icónicos sonidos de AC/DC y comenzó un camino musical interesante, estudié batería, bajo y guitarra eléctrica y he formado parte de varios grupos musicales. Siempre me resultaron fascinantes las artes, particularmente las que implicaban una destreza manual como el dibujo, la escultura, la fotografía y la música y aunque entonces no sabía que la cirugía podría calificar en este grupo, era algo que llamaba fuertemente mi atención y no entendía por qué.

Muchos años más tarde tenía una plaza para comenzar la vida quirúrgica del soñado R1, hasta yo estaba sorprendida, la mayoría de mis profesores y profesoras (aunque usted no lo crea) intentaron por todos los medios desalentarme a seguir este camino: es una especialidad de hombres, es muy difícil, tu mayor logro va a ser que un cirujano te solicite como ayudante, las mujeres deben estudiar Oftalmología o

Dermatología, que son para niñas, etc. En resumen, me dieron todos los “consejos” que recibimos las mujeres que aspiramos a ser cirujanas.

Durante mi residencia surgió el amor por la cirugía de invasión mínima, ya no requería sostener un separador durante horas (la fuerza física ya no era importante) y las destrezas que se requerían eran similares a las que desarrollé durante mi época musical, mucha práctica, precisión, atención a los detalles y la tecnología me resultaba fascinante... ¡Había descubierto mi pasión!

Al finalizar mi residencia obtuve el premio a la excelencia académica “Olegario Vázquez Raña”, lo que me llevó a un viaje de dimensiones insospechadas y que continúa hasta el día de hoy. Me entrené en Barcelona, España, en cirugía gastrointestinal, colorrectal y bariátrica, pero estando ahí comprendí que necesitaba más herramientas para desarrollar todo mi potencial en cirugía laparoscópica, y fue así como conversé con mi tutor y me envié a emprender una estancia en Italia, donde aprendí a desarrollar todas las destrezas necesarias fuera de la sala operatoria: ¡en un simulador (algo que nunca había visto en México)! Y así como sucedió con la batería y el bajo eléctrico, el simulador se convirtió en una obsesión casi instantánea, practicaba noche y día, siempre bajo la tutela personalizada del mejor profesor italiano en ese sistema de enseñanza... Así fue mi experiencia de la batería a la laparoscopia.

El trabajo intenso, la perseverancia, el amor por la cirugía y la capacidad de comunicarme en cuatro idiomas fueron abriendo cada vez más puertas y cada día llegaron más oportunidades para el aprendizaje tutorial con los mejores profesores del mundo, viajé

por Italia, España, Francia, EUA y Brasil para aprender todos los detalles de la cirugía mínimamente invasiva.

He viajado por muchas partes del mundo compartiendo con cirujanos, urólogos, ginecólogos, cirujanos pediatras, oncólogos e incluso algún veterinario los conocimientos básicos y avanzados necesarios para difundir el arte de la cirugía laparoscópica con los estándares más altos. En México, por ejemplo, no existía un sitio para entrenarse en cirugía bariátrica y gracias a la guía y consejo del Dr. Leobardo Ruiz, jefe de Postgrado de la UNAM, registré el primer programa de cirugía bariátrica que existió en el país y del cual fui profesora titular. Hoy en día, la mayoría de los programas están adheridos a ese primer programa que inició como unos cuantos apuntes y que con las acertadas correcciones



del Dr. Leobardo se convirtió en una realidad de la cual me siento muy orgullosa.

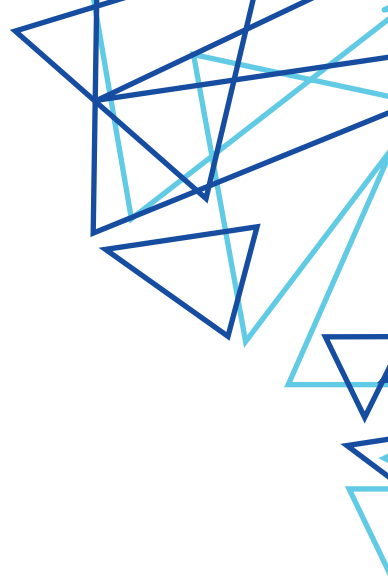
De igual manera, puedo mencionar que no existía la cultura de entrenamiento fuera del paciente (simulación) y como parte de mi ideal por mejorar la práctica de la cirugía laparoscópica en mi país, nuestros cursos con cavidad abdominal completamente simulada fueron los primeros en México. Nuestros simuladores fueron adoptados para entrenamiento en la UNAM.

Tengo la fortuna de trabajar con un enorme grupo de expertos de diversas partes del mundo y en junto con ellos hemos entrenado a más de 400 cirujanos mexicanos en técnica quirúrgica laparoscópica y sutura.

Hoy en día, mi práctica quirúrgica es privada, mi área de interés es la cirugía mínimamente invasiva: cirugía gastrointestinal, biliopancreática y cirugía pélvica avanzada (endometriosis). A nivel nacional e internacional mi trabajo de enseñanza de cirugía miniinvasiva en simuladores, laboratorio y dentro del quirófano continúa de manera activa. A nivel internacional he participado en el entrenamiento de más de 800 cirujanos, he dictado más de 50 ponencias y he realizado cirugía en vivo. Soy profesora en IRCAD Brasil desde su fundación y profesora en IRCAD Estrasburgo, Francia.

Aún soy fotógrafa aficionada, continúa mi pasión por tocar y escuchar música, disfruto la enseñanza, el diseño, la videoedición, el cine y soy una *geek* de la tecnología.

*No hay secretos para el éxito.
Es el resultado de la preparación,
el trabajo duro y el aprendizaje del fracaso.*
Colin Powell.



**DRA.
MARÍA
ALEJANDRA
RAMÍREZ
RAMÍREZ**

Unidad Puesto: Jefe de Servicio de la Unidad de Cirugía Ambulatoria UMAA Núm. 161 del IMSS.

Estudios: Cirugía general. Endoscopia. Adiestramiento en trasplante, cirugía laparoscópica y gestión directiva.

Atención privada en el Hospital Ángeles Pedregal.

Experiencia laboral:

1999-2003. Médico adscrito al Servicio de Cirugía en el Hospital General de Zona Núm. 8 San Ángel del IMSS.

2003-2017. Médico adscrito al Servicio de Cirugía en el Hospital General Regional de Zona Núm. 1 Carlos McGregor Sánchez Navarro del IMSS.

2011-2013. Alta especialidad en endoscopia gastrointestinal diagnóstica y terapéutica en el Centro Médico Nacional S. XXI. Oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social.



La Generala y otras mujeres

Guadalupe fue mi madre con tan sólo 36 años... Cuando nací, ya tenía dos hermanos y un padre que desarrollaría esclerosis lateral amiotrófica. La Generala, como le decían amorosamente los vecinos y la familia, se levantaba a las cinco de la mañana para dar asistencia terapéutica a mi padre. Preparaba el desayuno, nos enviaba a la escuela, se iba a su improvisado negocio de zapatería, regresaba a la una, nos alimentaba, regresaba a la zapatería. Por la noche nos cuidaba y nos dirigía en las tareas escolares.

Mi madre “la Generala” guió y nutrió a una familia con tanta paciencia, que incluso en la ocasión que por rebeldía decidí dejar mi casa a los seis años, fue a “negociar” conmigo el regreso a mi hogar, aunque había ido a sólo unos metros; en esa ocasión la interlocución de mi padre no me alcanzó para evitar el regaño de mi vida.

Mi madre pasó muchos años de su vida buscando asistencia médica genuina, por lo menos una escucha profesional que aminorara el hecho de enfrentar una enfermedad crónico-degenerativa. El consuelo en sí no llegó, sólo el dulce reposo de mi padre a la edad de 38 años.

Ya en la secundaria, la maestra Carolina que impartía el curso de biología modeló ví-

vidamente el amor a la ciencia. Entregada al método y vehemente ante la explicación de los hechos que son naturales, nos explicó el meticuloso análisis para acceder a la verdad científica. Diseccionar a una rana y a un conejo no fue en ese momento una acción de abuso animal, fue para mí la primera vez que pude maravillarme con la cavidad abdominal contendor de las funciones que sostienen a la vida. Ella me retó a exponer el cierre de curso con el tema que prefiriera, pero con la condición de que me posesionara de la profesional que “ya era”; entonces yo, la “Generalita” (como me dicen mis hermanos) expuse con pasión el proceso de un alumbramiento humano. Desde ese día fui una trabajadora de la salud, una científica, al menos en mi propio proceso intelectual.

Al cierre de mi primera parte de formación académica tuve una satisfacción que compartí con mi tío Arturo y mis dos madres (la hermana de mi mamá y mi mamá, las dos con gran fortaleza): el rector Jorge Carpizo me llamó para hacerme un reconocimiento como el primer lugar en la práctica de servicio social; en ese momento no entendí el valor de ese reconocimiento porque según yo, no había hecho nada extraordinario, sólo había organizado a la comunidad con el apoyo de las hermanas religiosas de la congregación de las carmelitas en el municipio para la atención y exigencia del derecho a la salud. Xilitla en San Luis Potosí era un modelo de gestión de salud pública.

La residencia en cirugía tuvo los agrados de ser parte en una sociedad dominada por hombres. Al ingresar a la especialización se me advirtió que si bien mi excelente pro-

medio me abría la oportunidad de estudiar en el Centro Médico, éste no era un lugar para mujeres que quisieran ser madres o tener una vida cimentada en el hogar, “aquí no hay embarazadas”, era la sentencia. O el comentario repetitivo de mis maestros: “las mujeres deberían estar en casa lavando, barriendo y no intentando operar”. Aun así, fui la única mujer que se graduó en mi generación de cirugía. Mi única compañera se suicidó por causas no identificadas. Luego, por fortuna, años antes en mi residencia en HGZ8 IMSS y bajo la tutela de la Dra. Enriqueta Baridó y de la Dra. Lilia Cote Estrada, ya había heredado el sentido profundo del servicio, de aplicar la inteligencia disponible en atención de la ciencia médica y abrevado la ética y el rigor en el trabajo, pero sobre todo, el digno ejemplo de abrirse al éxito de entre la sociedad masculina.

Ahora comparto con hombres el quirófano y endoscopias en condiciones de igualdad, cuento con el reconocimiento de mis colegas, nos respetamos recíprocamente porque el quirófano exige esa fortaleza de hacer todo lo disponible para resarcir la salud y en ocasiones muy frecuentes, salvar la vida humana, lo que es posible sólo con un equipo de pares;

no basta la serie de especializaciones, la complicidad en el servicio es la llave para avanzar en esta ciencia.

Por último no dejo el reto en paz, mi siguiente etapa es conducir mi experiencia y conocimientos a un liderazgo encaminado ya no sólo a los estudiantes o residentes, sino ahora a todo un gremio mayor de cirujanos siendo jefe de servicio de cirugía. El reto a mis 49 años está en calmar la mente, lo que se logra con la experiencia quirúrgica porque todos los cirujanos nos enfrentamos a un estrés permanente por el paciente que está en recuperación, un estado de ansiedad por las condiciones clínicas que no siempre son favorables. Tenemos que aprender a despegarnos de esas circunstancias que nos confrontan en los quirófanos.

Hoy, orgullosa de ser el claro ejemplo de mis primas, de la lucha constante por el estudio y nadar a contracorriente ante la sociedad masculina que me tocó vivir; disfrutar también de la vida, con nuestras parejas y familias. Entro a la etapa de sabiduría, al menos eso es lo que anhelo. *Pensándome, soy el afortunado resultado de una concatenación de mujeres plenas, fuertes y amorosas.* Todo va a estar bien.





**DRA.
ALEJANDRA
GUILLERMINA
MIRANDA
DÍAZ**

Cirujana general. Laboró en el Hospital General de Zona No. 9 de Ocotlán, Jalisco, Departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Cursó microcirugía e introducción a la investigación clínica – básica 1984-1985.

Jefatura de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social, subdirector médico del Hospital General Regional No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1996-1997, fecha de jubilación del IMSS.

Maestría en Ciencias Médicas Orientación Cirugía en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, coordinadora general de la maestría en Ciencias Médicas del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Doctorado en Farmacología en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

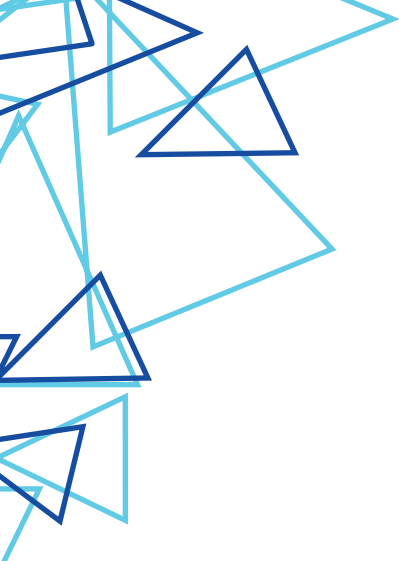
Fellow of the American College of Surgeons desde 1985.

Certificada y recertificada desde 1989 por el Consejo Mexicano de Cirugía General.

Práctica privada desde 1983.

Profesor investigador titular C en el Departamento de Fisiología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

Investigador Nacional (SIN) nivel II.



Las limitaciones son obstáculos salvables

bajo profesional en la medicina privada en Tepatitlán, Jalisco.

Aunque siempre quise aprender inglés y muchas otras cosas que me interesaban desde la primaria, no fue posible por la falta de recursos económicos y las limitaciones de lugares adecuados en el entorno en que nos desenvolvíamos. Mi abuelita fue fundamental al aportar la educación en casa, la limpieza, la honradez y la sinceridad de todos en el entorno familiar.

Mi hermana la mayor se casó y dejó trunca la carrera de medicina; murió en 2009 de hepatitis C adquirida después de una transfusión sanguínea por una cirugía mayor.

En el IMSS trabajé en el departamento de cobranzas desde que terminé la secundaria, mi labor consistía en resolver aclaraciones patronales de los cobros, fue una labor ardua; en aquel entonces el turno era de 6 horas y media, de las 14:30 a las 21 horas. El horario escolar de las 7:00 a las 14:00 horas. Comento que durante años comía tentempiés o sándwiches (los odio), pero se logró el objetivo de sacar la carrera con el beneficio de tener una base definitiva en una gran institución de salud como es el IMSS. Hice el internado de pregrado en el Hospital General No. 14 del IMSS ubicado en Tlaquepaque, Jalisco.

Concurse para el Examen Nacional para Aspirantes a Especialidades Médicas. En 1979 había un programa en el que los aspirantes debían realizar un año de residencia rotatoria de postgrado con el objetivo de encontrar la mejor especialidad para cada residente. La experiencia fue extraordinaria, el aprendizaje enorme en muchas de las disciplinas en que nos tocó rotar; sin embargo, en la especiali-

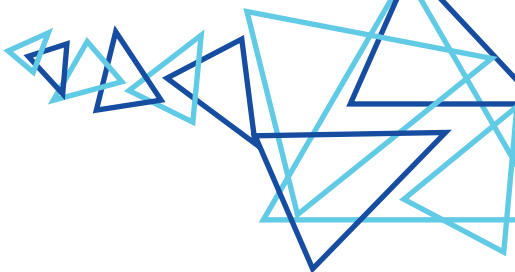
Hija de madre soltera que tuvo cinco hijos (cuatro mujeres y un hombre). Mi madre tuvo la capacidad de mantener a sus hijos y a mi abuelita materna. Primero se dedicó a inyectar a domicilio o en su casa rentada. Fue capaz de estudiar enfermería al mismo tiempo y así trabajó primero en el Hospital México Americano y pidiendo favores a distinguidos y poderosos pacientes logró entrar como enfermera al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Pidiendo recomendaciones a otros distinguidos pacientes que atendió como enfermera especial, logró que sus cuatro hijas ingresáramos a laborar al IMSS como auxiliar universal de oficinas. Su lema fue “yo sólo puedo apoyar sus estudios hasta la secundaria, si ustedes quieren seguir estudiando tienen que trabajar y estudiar o sólo trabajar”. Mi hermana menor y yo logramos una licenciatura, ella en derecho y yo como médico cirujano y partero. Mi hermano no trabajó en el IMSS, fue enfermero en el Hospital Civil de Guadalajara mientras estudiaba medicina y posteriormente logró pasar el Examen Nacional para Aspirantes a Especialidades Médicas y viajó a la Ciudad de México al Hospital San Bernardino, donde logró la especialidad de psiquiatría y actualmente desarrolla su tra-

dad que a mí me interesaba (cirugía general) no tuve la experiencia de rotar.

Sobre la especialidad de cirugía general se decían enormidades sobre lo estricto que eran, que prácticamente estaban orgullosos de formar parte del “club de Tobi”, que no me dejarían ingresar y que sería un infierno. A partir de los seis meses de la residencia rotatoria de postgrado me atreví a buscar una entrevista con el jefe del servicio de cirugía general. Me recibió y cuando le planteé mi intención, me comentó que no había ningún problema, pero que sería como cualquier otro “cab...”.

Le respondí que no buscaba consideraciones especiales. Para mí fue un gran logro ingresar al servicio de cirugía general, cuando fui aceptada sentí una gran dicha (me parecía a Snoopy cuando está feliz; brincaba, saltaba, muy contenta). La dicha duró hasta que tuve de compañero de primer año a un verdadero psicópata, grosero, inepto, flojo, aprovechado, etcétera, pero curiosamente los cirujanos confiaban más en mí que en él, cosa que le molestó mucho. En el segundo año, creo que, como prueba, roté con el jefe del servicio y el jefe de residentes, con ellos aprendí mucho, incluso me familiaricé con los albures y groserías. Eran extraordinarios cirujanos con manos de seda y cerebro fresco, siempre dispuestos a enseñar. Hubo mucha discriminación con algunos de los R3 de entonces, ya que preferían bajar al residente que le tocaba piso y me subían a piso, aunque me tocaba quirófano. Hubo otros muchos R3 (los tengo en mi corazón) que fueron comprensivos y amigables, que me dieron las mismas oportunidades de aprender y hacer que a mis compañeros. Creo que aprendí más que muchos de mis colegas porque en todas las sesiones me hacían preguntas, entonces tenía que estudiar más y en todas las sesiones bibliográficas me tocaba revisar los artículos, situación que resultó ventajosa porque llenaba en parte mi ansia de saber y aprender.



Al terminar la especialidad y antes de trabajar en el IMSS como cirujana, tuve que regresar al área administrativa a resolver aclaraciones patronales, ya saben, todo mundo me preguntaba qué estaba haciendo en la oficina si ya era médico y especialista. Fue una época difícil porque no me gustaba el área administrativa. Por fin en mi calidad de empleado con base en el IMSS concursé por una plaza y me enviaron a Ocotlán, Jalisco, a jornada acumulada, ya saben, todo el sábado y todo el domingo excepto la noche, la actividad requerida era ser dueña del hospital, sólo había un médico en urgencias y el director del hospital debía pasar visita de todo el hospital y atender todas las urgencias que primordialmente eran de obstetricia, incluso partos podálicos (siempre me encomendé a Dios). Tomaba las decisiones de enviar a Guadalajara a los pacientes hospitalizados y de urgencia que requerían atención de más recursos.

Un año después logré una beca al CIBO del IMSS para hacer investigación en animalitos de investigación, aprendí mucho del control fino de mis manos al realizar anastomosis vasculares con microscopio, aprendí también del rigor metodológico de la investigación científica. En 1985 ingresé al Servicio de Cirugía General del Centro Médico Nacional de Occidente, entonces me sentí dichosa, me encantó trabajar en ese hospital porque aprendí a realizar cirugías sumamente complejas con resultados muy satisfactorios y algunas frustraciones. El cuerpo de cirujanos en aquel entonces era especialmente excelente, fueron generosos con sus conocimientos y habilidades.

Tuve la oportunidad de ser jefa del Departamento de Cirugía General del Hospital General

14 y subdirectora matutina del Hospital General Regional No. 45 del IMSS, donde me jubilé.

Mientras laboraba en el IMSS realicé una maestría en Ciencias Médicas Orientación Cirugía y un doctorado en Farmacología en la Universidad de Guadalajara.

Por tener grado de doctorado y ser cirujano general, cubrí el perfil que solicitaba la Universidad de Guadalajara y me ofrecieron coordinar primero la maestría en Ciencias Médicas Orientación Cirugía, luego coordinadora general de otras cuatro orientaciones.

Logré ingresar al Sistema Nacional de Investigación de CONACYT hace 12 años como SNI 1 y a partir de este 2018 soy SNI II; estoy muy orgullosa, agradecida y feliz de pertenecer a la Universidad de Guadalajara debido a que cuento ya con 17 años de antigüedad como profesor investigador titular C (máximo nivel en la Universidad de Gua-

dalajara). Muchos de los logros profesionales alcanzados se deben primero a la visión y empuje que tuvo mi madre, al apoyo siempre con cariño de mi abuelita (mujeres exitosas), a todos mis maestros y al cuerpo de extraordinarios cirujanos generales con quienes he tenido la oportunidad de coincidir y que confiaron en mí; y a dos grandes instituciones nacionales, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Universidad de Guadalajara.

La vida sigue hasta que Dios decida y siempre estoy dispuesta para lo que se tenga que hacer en esta vida por el bien del prójimo, orgullosa de ser mujer y la primera cirujana general del occidente de México. Muy agradecida de formar parte de tanta mujer cirujana que aceptó el reto, que desarrolla la especialidad y continúa su vida con tanto entusiasmo y empuje. Gracias por su amistad.





**DRA.
IRMA
CRUZ
MENDOZA**

Médico Cirujano, Facultad de Medicina de la UNAM. Especialidad de Cirugía General, Hospital “Adolfo López Mateos” (ISSSTE).

Cursos de Cirugía Endoscópica.

Cirujana adscrita en el Hospital General del Centro Médico Nacional “La Raza”, Hospital Regional 25, Hospital General de Zona 53 (IMSS), Hospital “Darío Fernández” (ISSSTE), y actualmente me encuentro laborando en el Hospital Juárez de México.

Desarrollé habilidades y destrezas de Cirugía Laparoscópica en Hospital Regional #8 IMSS, y en Barcelona, España. Profesor de Cursos de Pregrado en la Facultad de Medicina UNAM y Universidad Anáhuac.

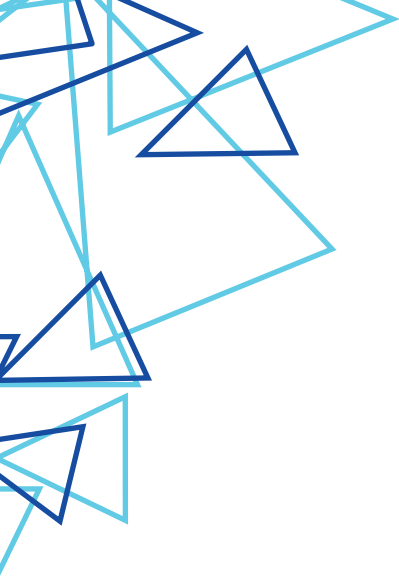
Maestría de Administración de Hospitales y Auditor.

Presidente de la Asamblea Nacional de Cirujanos.

Tesorera del Consejo Mexicano de Cirugía General.

Miembro de diferentes asociaciones de la especialidad.

Publicación de artículos y capítulos de libros.



La pintura en la historia quirúrgica de mi vida

Es difícil hablar de uno mismo, pero empezaré diciendo que hay muchas formas de pensar en el éxito personal profesional. Siempre nos preguntan si desde niños tuvimos esta vocación, disculpen si los decepciono, pero en mi caso no fue así, entonces ¿de dónde surge este querer hacer medicina y cirugía?

La pintura con sus matices, sus personajes, la luz puede influenciarnos hasta el punto de querer ser uno de esos personajes tan complejos como somos los médicos y no se diga los cirujanos.

En una visita a una exposición de pintura en Bellas Artes al ver ese cuadro magnífico “El médico en casa”, el porte de este personaje, su elegancia, su pulcritud... comienza la aventura. Después mi padre con sus consejos, mi madre con su perseverancia y como una pintura que se realiza con sus colores, unos intensos, otros claros van dando forma a esta pintura de mi vida.

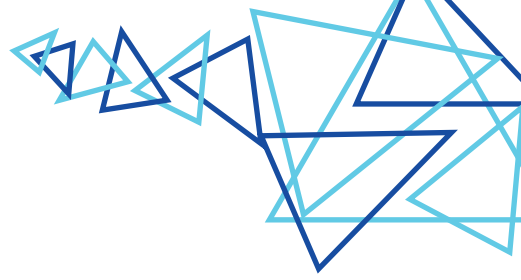
Al llegar a mi internado (Hospital “Gea González”) con un matiz diferente y estando en el quirófano donde tuve mi primer contacto con la cirugía, el médico adscrito (quiero dar mis disculpas por no recordar el nombre del doctor, el cual me tuvo la confianza) me dijo: “Doctora, el bisturí es tuyo, realizarás esta apendicetomía”. ¡El pincel era para mí!

Observar esos colores de los tejidos, de los órganos, sentir entre mis manos el calor, la vida misma de esa persona y ver después que dejamos impresa nuestra firma como dijeran los médicos residentes posteriormente en la entrega de guardia. Así comenzamos a luchar por estar en la especialidad que, como los paisajes pintados por Velázquez o los de Van Gogh donde con cada pincelada van dando forma al lienzo con sus diferentes colores y tonalidades, de la misma manera el cirujano con cada incisión va perfeccionando la pintura hasta plasmarle su sello personal.

El inicio en el trabajo en nuestras instituciones, nuevos retos, nuevas técnicas en nuestros paisajes de la acuarela al óleo; tener nuevos maestros para perfeccionar nuestros cuadros, mujeres y hombres que son nuestro modelo a pintar en nuestras vidas sin que ellos se den cuenta de lo importante que han sido, el amor (esposo) que también cambia los matices y nos proporciona el calor a nuestra nueva técnica de pintura, la llegada de los nuevos amores (hijas) que nos aportan el complemento como la combinación de los colores y entender que el sufrimiento ante una situación nos dará un claroscuro en nuestra carrera. Nunca se pierde la perseverancia y llega el momento de ser maestros y representantes ante nuestros compañeros, como cuando fui presidenta de la Asamblea Nacional de Cirujanos y contar con el apoyo de grandes representantes de nuestra especialidad y de instituciones tan importantes como asociaciones hermanas, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Academia AESCULAP y la Secretaría de Salud para ser los mejores pintores, que con amor y respeto enseñamos.

Ser una artista y cirujana es pintar tu propio cuadro de vida donde plasmas los más bellos colores con los mejores materiales como el amor que pones en cada pincelada, la enseñanza que transmites en cada momento y que das en el día a día; ser una de las fundadoras de la Asociación de Cirugía Endoscópica, pionera en cirugía laparoscópica en el Hospital Juárez de México, pertenecer a la Asociación Mexicana de Cirugía General, tener el honor de participar con la primera

presidenta de esta asociación y haber sido tesorera y consejera en el Consejo Mexicano de Cirugía General; saber que has estado en este mundo dando color a muchas vidas y, la más importante, a la tuya misma.





**DRA.
ANGÉLICA H.
GONZÁLEZ
MUÑOZ**

Médico cirujano, Facultad de Medicina, UNAM. Residencia rotatoria de postgrado, Hospital Metropolitano, México. Cirugía general, Hospital de Especialidades, CMN del IMSS/ del 1 de marzo de 1984 al 28 de febrero de 1987. Curso de Postgrado y Alta Especialidad en Cirugía Endoscópica, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Secretaría de Salud, Facultad de Medicina, UNAM. Fecha: del 01 marzo de 2000 al 28 febrero de 2001.

Certificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General (CMCG): 18 de julio de 1998, primera recertificación el 01 julio de 2004, segunda recertificación agosto de 2012, tercera recertificación febrero de 2018.

Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública: IESAP, Cédula SEP: 8279956.



Soy una mujer plena, una historia más

No creo tener una historia diferente ni más exitosa, mi historia es simple y común en comparación con mujeres que realmente la tienen. Pero cada una de ellas ha vivido experiencias que la marcaron en su vida y, en la mayoría de los casos, las forjaron como mujeres trabajadoras, de entrega hacia sus deseos y metas. Mi meta desde niña era ser médica y después me di cuenta de que quería ser cirujana. Era el año de 1970, la euforia del mundial y los gritos de México, México, México que retumbaban en mi cuerpo y en mi mente contrastaban con un ambiente de incertidumbre en casa, que sin saber lo que estaba pasando, mis hermanos Araceli, María Eugenia, Edgardo y yo percibíamos que algo no estaba bien, nos enteramos de que mi papá era portador de un cáncer fuera de tratamiento oncológico; sin saber mucho de esto como adolescentes la palabra cáncer sí tenía cierto significado. Entendí entonces ese silencio alarmante, nuestro papá se iba a morir y al parecer pronto, y por si fuera poco, Araceli, mi hermana, dos años mayor que yo, padecía desde los 11 años lupus eritematoso sistémico, y en ese último año presentaba exacerbación de su enfermedad; definitivamente fueron épocas muy difíciles. Finalmente, llegó la muerte inexorable de mi padre; y en esos

días y a pesar de todo terminé la secundaria y, conforme a mis planes, quería ir a la preparatoria y a la universidad, quería ser médica. Cuando le comenté a mi mamá de mis planes, fue un **no** rotundo, estábamos en la ruina económica, lo único que había salvado mi mamá era la casa donde vivíamos. Ella quería que estudiara una “carrera corta”, de alguna manera quería que le ayudara y pronto. Al final la convencí y terminé la carrera de médico cirujano; a pesar de todo, había logrado mi primer objetivo, estuve entre los mejores promedios de la generación más grande en la historia de la Facultad de Medicina de más de 4,000 alumnos.

Para ese entonces ya tenía la determinación de hacer la residencia en Cirugía General, los problemas para ingresar eran exactamente iguales que los de ahora, muchos aspirantes y pocas plazas. Los comentarios de familiares y de los propios compañeros de la carrera, fueron; **¿cómo que cirugía general?, ésa era una especialidad para los hombres**, entonces era luchar contra costumbres y mitos, en aquella época ya estaba casada y con la convicción de alcanzar mi segundo objetivo: ingresar a la residencia de Cirugía General; todo iba muy bien, fui seleccionada, pero, oh sorpresa, mis planes no estaban saliendo conforme a lo planeado, quedé embarazada después de un tiempo límite que había fijado y ahora con el miedo de ser rechazada por ese motivo, pero la suerte estaba de mi lado, afortunadamente quedé en la institución y hospital que había solicitado y no tuve problema, ya que cumplía con todos los requisitos. Cuando me presenté al HGZ donde hice mi R1, aún no se me olvida la cara de sorpresa del jefe de servicio, ¡no

sé si por ser mujer o por estar embarazada!, al verme en el grupo de seis residentes, cinco hombres y yo; claro, hubo comentarios entre mis compañeros y los médicos de base, con recelo me “aceptaron”, con la esperanza que en breve tiempo estaría fuera y renunciaría. Tenía la percepción de que era por mi embarazo, que éste sería motivo de disculpas o pretextos de mi parte para no trabajar a la par de ellos, y de entrada preferían no estar en mi guardia. Por mi parte, tenía que demostrar que podía hacer las tareas de residente con el mismo empeño y eficiencia. Claro que me costó mucho más, tenía que trabajar duro y cada vez con mayor dificultad, mi embarazo seguía un curso, afortunadamente sin problemas pese a las jornadas intensas, con todo lo que sabemos que implica el trabajo de R1. Poco a poco me gané el respeto de mis compañeros, de los médicos de base y del jefe de servicio con hechos y trabajo; el jefe alguna vez me dijo, **“te acepté porque pensé que sólo era cuestión de unas semanas para que renunciaras”**. Mis compañeros, que en un principio no querían estar conmigo, seguían en lo mismo, pero ahora por razones diferentes, los ponía a trabajar de más y buscaba más cirugías por hacer y, si no estaban atentos, yo estudiaba y preparaba a los pacientes y el premio era que “la cirugía era mía”; es decir, yo sería el cirujano, lo cual no les gustaba; los médicos de base sí me apoyaban. Tuve una actividad normal hasta cinco días antes del parto. Cómo no recordar que en alguna ocasión un médico de base me dijo en cirugía, “Angélica, estoy sintiendo cómo se mueve tu niño”, todos en la sala de operaciones se rieron. Por otra parte, de mi generación fuimos aceptadas cuatro mujeres, repartidas cada una en cuatro hospitales de la delegación 4 del IMSS, nuestro hospital sede era el Hospital General del Centro Médico Nacional, y en aquel entonces todos los R1 con hospital sede en CMN teníamos clase los miércoles por la tarde noche. En esas sesiones académicas de R1 con el resto

de los hospitales tenía que acatar y soportar el “doctorcita” y claro, esas sesiones eran un verdadero suplicio. A los cuatro meses del R1 sólo quedamos dos mujeres, las otras dos renunciaron. Poco a poco el hostigamiento bajó, no por convicción, sino por darse cuenta de que al menos de mi parte había la determinación de responder con argumentos y no dejarme. Llegó el R3 y hubo comentarios de “maestros de la cirugía” que me dijeron **“doctorcita, con que es usted residente de Cirugía, yo creo que debería estar haciendo frijoles en su casa”**; ese año siendo R3 fui reconocida como mejor residente de Cirugía General. Ya como cirujana general en pleno ejercicio profesional no faltó algún paciente o familiar que me preguntara “¿es usted cirujano?, ¿no es hombre?” Por su parte, los colegas cirujanos operaban en equipo, a mí me dejaban sola; esto tenía ventajas: adquirir experiencia. Hice el curso de Alta Especialidad de Cirugía Endoscopia y cuando regresé al hospital no en pocas ocasiones se asomaban para ver cómo lo hacía y si requería ayuda. Fui invitada a participar en el concurso de la jefatura de cirugía, la cual obtuve. Ésa también es otra historia, me recibieron con un **“usted quién es y qué ha hecho para ser jefe de servicio”**, pero fueron silenciados con **“soy esto”**, presentando mi documentación de la instrucción quirúrgica y administrativa que para ese entonces tenía. Estuve siete años de jefa de servicio y fui invitada a ser directora de una Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) del IMSS, era obvio que el reto tenía que ser afrontado. Tuve la fortuna de inaugurar la unidad con los servicios médicos que se ofrecen en ellas, combiné la administración, la cirugía y conocer todo lo que implica la hemodiálisis, fomentar la cirugía ambulatoria, hacer propaganda en la clínicas de medicina familiar, cambiar paradigmas y mitos, fue una experiencia maravillosa. De ahí, fui invitada a incorporarme en un nuevo proyecto, ahora en las oficinas centrales del instituto (IMSS), en

esta ocasión para **liderar a nivel nacional un proyecto nuevo para el instituto, los Servicios Integrales de Cirugía de Mínima Invasión** para implementarlos a nivel nacional, que en un principio funcionaron con mucho éxito.

He participado activamente en las mesas directivas de los últimos **10 años en la Asociación Mexicana de Cirugía General, siendo un logro importante la Certificación de la AMCG con la Norma ISO 9001**. Otra de mis grandes pasiones es la docencia, misma que he compaginado con mi vida institucional como cirujana, he sido profesora universitaria desde hace 28 años, mis alumnos ahora son mis colegas y con la gran satisfacción de haber participado en la formación de profesionales altamente calificados, sobre todo éticos. Actualmente, tengo la gran responsabilidad de trabajar como Coordinadora de Enseñanza en el Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UNAM en el programa académico de la asignatura de Introducción a la Cirugía, procurando que los estudiantes desarrollen habilidades cognitivas, psicomotoras, de actitud para un *desempeño profesional eficiente con autocrítica reflexiva en la práctica diaria en beneficio de los individuos y la sociedad*, promoviendo la seguridad del paciente y las nuevas tenden-

cias y modelos educativos que contribuyen a una educación de calidad.

Concluyo resaltando que he sido muy afortunada, tengo todo lo que quiero y amo infinitamente lo que tengo, a Anya, Gloria, Rodolfo y Alfredo, amo mi profesión y he hecho lo que he querido, soy una mujer plena, una historia más.

Quisiera ser golondrina y emigrar hasta encontrarte

Quisiera ser el sol y por la mañana alumbrarte

Quisiera ser la luna y en penumbra acompañarte

Quisiera ser hermosa y poder enamorarte

No soy golondrina, ni sol, ni luna, ni hermosa, pero quiero enamorarte

Y en este sueño loco y delirante, nada importa, si todo esto lo siento en él, al contemplarte.

Dra. Angélica H. González Muñoz





**DRA.
AMANDA
CASTAÑEDA
RODRÍGUEZ
CABO**

Médico cirujano. Universidad Nacional Autónoma de México CP 65819.

Cirujano General. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis: Complicaciones quirúrgicas de la Amibiasis. Certificada y recertificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General. (Vigencia 2022).

Diversos cursos relacionados con Cirugía General.

Docencia: Profesor asociado en el curso: Urgencias Médico Quirúrgicas Institución: UNAM. 1997, Catedrático adjunto en internado 1997, colaboración académica en el curso universitario de Cirugía General 2010-2019.

Miembro de diversas agrupaciones: Asociación Mexicana de Cirugía General (Segunda Secretaria 2008); Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, Sociedad Médica del Hospital Metropolitano, Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica, Federación Latinoamericana de Cirugía, Asociación Mexicana de Hernias (Miembro Activo 2011, 2012, 2013).

Cirujano General: Unidad Médica de Alta Especialidad, Magdalena de las Salinas (1983-1986), Hospital Metropolitano (1993-2019), Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza" del ISSSTE (Médico adscrito 2002-2019).

Trabajos de Investigación: La cirugía en el paciente nefrópata, Resultados de la funduplicatura tipo Nissen en el manejo de la Enfermedad de Barrett, Experiencia en el manejo de pacientes con pancreatitis aguda grave en el HR "Ignacio Zaragoza" ISSSTE; Manejo del cáncer de colon en el Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, entre otros.





Voy a contar mi historia en el campo de la cirugía

Contar mi historia en el campo de la cirugía me remonta a mis recuerdos infantiles: mi padre fue médico cirujano, un hombre apasionado de su profesión, pasión que creo me capturó desde la niñez. Conservo imágenes en que siendo una niña de cinco o seis años me sentaba fascinada a escucharlo cuando al llegar del hospital le platicaba a mi madre, quien siempre lo siguió y apoyó en sus proyectos, sus vivencias con sus pacientes, detalles de sus cirugías que me asombraban y me encantaban. Cuando tenía oportunidad de acompañarlo al hospital me escondía y veía a los médicos curar a los pacientes, a las enfermeras sacar sangre a los bebés, así en plena identificación con mis ideales aplicaba lo aprendido a mis muñecas, las operaba, las inyectaba, las trasfundía. Pasados los años, ya en la adolescencia descubrí en la biblioteca de mi padre un verdadero tesoro: los libros de anatomía, me encantaba leerlos, ver las imágenes, obviamente no entendía nada, pero me parecían fascinantes en especial el Testut-Latarjet, que aún conservo.

Quando me tocó escoger área en la preparatoria y le comenté a mi padre que deseaba estudiar medicina me respondió: “mi amor, no te vas a casar”. Obediente e inconscientemente realicé el área económico-administrativa, pero cada vez que tenía que estudiar civismo o geo-

grafía me daba cuenta de que no me interesaba, yo deseaba estudiar medicina. Al finalizar la preparatoria platicué con mi papá y con gran seguridad le dije “pues mira, con tu venia o sin ella voy a estudiar lo que yo quiero, el que me case o no, no depende de mí, pero lo que yo estudie es totalmente mi responsabilidad y mi deseo”. Su reacción fue de mucho gusto, me felicité y a partir de ahí compartimos siempre nuestra gran pasión por la medicina.

Muchos años después llegué a mi entrevista inicial con el jefe de cirugía de aquel entonces, Don Jorge Bautista O’Farril (QEPD) en el Hospital General del Centro Médico Nacional y su respuesta a mi petición “Dr. Bautista, quiero hacer cirugía”, fue “Dra. Castañeda viene usted a buscar marido”, ante tal contestación no supe responder y sólo le dije “no doctor, me gusta la cirugía”.

Así ingresé a la especialidad de cirugía general donde fui la única mujer, mis compañeros bromeaban y me decían “¿quién es la mejor residente? ¿quién es la residente más guapa?”, pues yo, ya que soy la única. También hubo molestia de parte de algunos compañeros, ya que mis médicos de base me pedían que fuera yo la que operara, siendo ellos los que habían preparado al paciente. Al correr de los años nos hemos encontrado y esas anécdotas nos hacen recordar con mucho agrado un periodo intenso de nuestra formación.

Terminé la residencia en 1982 y acepté una oferta de trabajo interesante y un gran reto profesional y personal en la sierra poblana, me fui a Zacapoaxtla, Puebla, de directora, ¡oops! la experiencia fue abrumadora, pero muy enriquecedora. Al llegar me recibió el administrador y sus palabras de bienvenida

fueron “a mí no me va a mandar una mujer y mucho menos más chica que yo”, mi respuesta fue “lo siento”. Debo confesar que muchas veces me encerré en la dirección a llorar y a hablarle a mi padre quien siempre me apoyó, que me escuchaba y me decía “tú puedes”.

Esos dos años fueron muy enriquecedores, demandantes y gratificantes. Operé absolutamente de todo, cirugía radical de cuello, cesáreas, histerectomías, embarazo abdominal, varios casos de tricobezoares y como siempre estos casos en pareja, padecimientos que jamás vi durante mi residencia, mismos que salieron adelante, no todos, pero sí la mayoría; crecí, maduré y aprendí.

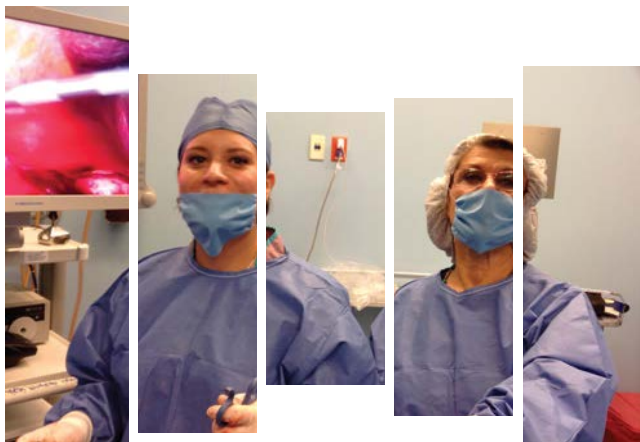
Cuando llevaba ahí un año ocho meses me pidieron que entregara un cadáver, el cual se robaron de la clínica. Me habló el presidente municipal y con un español muy precario me dijo que me daba 24 horas para encontrarlo, mi estupefacción fue tremenda; de dónde iba yo a sacar un cadáver.

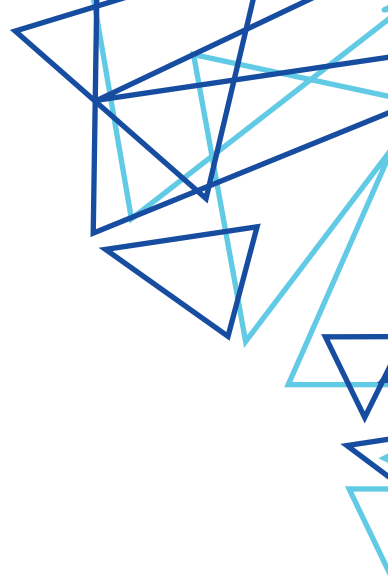
En fin, las cosas se pusieron complicadas y opté por renunciar y regresar a la Ciudad de México a buscar mi base, estuve de 08 por seis años, oyendo cosas como “si sales conmigo te doy la base”, o “doctora, usted sabe cómo conseguirla”; en fin, estas vicisitudes no las pasa un hombre, pero salí ilesa de todo. Al paso de los

años y después de oír toda clase de discriminaciones por mi sexo, logré obtener mi base en Magdalena de las Salinas en jornada acumulada, en esa época ya estaba casada con un hombre maravilloso que me comprende y respeta hasta este momento como mujer, como médico, como cirujana y obviamente como esposa.

Deseaba llevar una vida familiar y profesional perfecta y mi horario no me lo permitía, intenté cambiarme a un horario más adecuado en la mañana y que compaginara con el de mi marido, pero no fue posible, entonces decidí renunciar y dedicarme a ser mamá de tiempo completo, de nuevo tuve el apoyo de mi marido y dejé de trabajar institucionalmente por seis años. Fui mamá, soy madre y me siento muy orgullosa de mis hijos, ahora profesionistas responsables, maduros y felices.

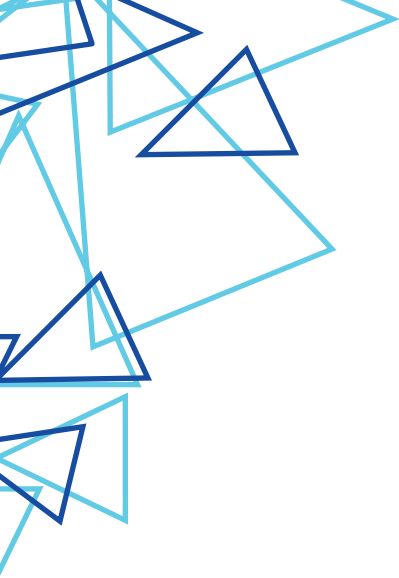
Cuando regresé a mi casa, al Centro Médico, cuál fue mi sorpresa al ver que la cirugía ya había cambiado, ahora existía la laparoscopia y yo no sabía nada, tampoco busqué trabas, decidí tomar todos los cursos posibles y aprender, no deseaba vencerme, no es mi estilo, y con ciertos problemas que como siempre hay en la vida, llegué a donde estoy ahora: médico de base en el Hospital Regional General “Gral. Ignacio Zaragoza” en las mañanas y pronta a jubilarme y a gozar ahora de otra etapa de mi vida.





**DRA.
CELINA
CUELLAR
AGUIRRE**

Profesión: Médico especialista. Cirujano general.
Certificada por el Consejo Mexicano de Cirugía.
Diplomado en Administración Gerencial en Salud Pública.
Diplomado en Ultrasonografía.
Maestra en Administración de Instituciones de Salud.
Médica vasectomizadora.
Certificada por la UNAM y el Centro Nacional de Equidad
y Género.



No somos iguales... ¡somos mejores!

ante unos padres angustiados de ver que su niña se iba de su hogar.

Por gran fortuna elegí la hermosa ciudad de Guadalajara y es así como llegué al temido “piso 8” del Centro Médico de Occidente. “Con huevos doctora, jálale con huevos”, decían los adscritos, “serán ovarios, doctor”, era lo *más* que alcanzaba a decir con voz poco firme y temerosa de la guardia de castigo... aguantando las ganas de orinar porque si te perdías del adscrito ya valiste, o tener que hacer guardia afuera del baño de los hombres para no perderlos de vista. Acompañada en la generación, no así en el hospital y menos en la guardia, de otra mujer luchando por ser cirujana (de Acapulco), “ahí vienen las costefitas” decían, invitándonos permanentemente a poner un salón de belleza o a mover la pancita en la playa... a pesar de todo, concluimos el R3 satisfactoriamente.

Ahora sí cirujana general, bienvenida al mundo real, de regreso a casa lista para componer el mundo y operar todo lo que se pueda. Logré ser 08, pero que no pueden darte *roll* (¿será por ser mujer?); con paciencia y dedicación conseguí un importante contrato de suplente de cardiocirujana realizando mi R1 de dicha especialidad, pero no convencida de volver a empezar otra residencia, así que de nuevo a lo mío, “a mis tripas” como decía la Dra. Chelita adscrita en Guadalajara. De modo que a seguir de 08 y llegar de bateador emergente en las noches, pero como nada es casualidad, me invitaron a seguir la maestría de administración de hospitales por la Universidad la Salle, e ingresé a SESVER como directora médica del Hospital Civil de Tierra Blanca en Veracruz (hospital de 30 camas).

Para mi fortuna después de vender baterías de cocina de puerta en puerta, mi padre acertadamente se decidió por un negocio familiar muy noble que me permitió incursionar y vivir entre una buena cultura y los libros. Sí, abrió una librería especializada en libros médicos; es ahí donde empezó mi incursión en la medicina, acomodando, limpiando y de repente hojeando los enormes libros. Siempre quisiera ser médico y los estudiantes de la carrera eran mis clientes y amigos. Desde la primaria, secundaria y bachillerato que trabajé diariamente en la Librería Cuellar, disfrutaba de las anécdotas y peripecias de los internos y residentes que iban desde una guardia de castigo hasta la renuncia... En fin, tuve que vivirlo para entenderlo.

Durante el internado nació mi interés por la cirugía; primer *round*, no ceder a las múltiples insinuaciones de los adscritos, las cuales únicamente consiguieron hacerme sentir la mujer más capaz y empoderada para demostrar que podía ser una buena cirujana, y sin más, al término de un tranquilo servicio social ingresé a la residencia de cirugía. Segundo *round*, fuera de casa. “¿Cómo que te vas a México? No, niña”, decían los papás, “busca otra cosa”; pero mi deseo de ser cirujana pudo más y me ayudó a defender mi postura

¿Directora? Sí; directora, cirujana, ginecóloga y urgencióloga en dicha unidad, y la siguiente en Ixhuatlán del sureste, Hospital Integral (25 camas) inaugurado y acreditado; así empezó mi carrera administrativa sin dejar de operar y siendo más ginecóloga que nunca. Laborando en dos instituciones. Feliz y orgullosa de mi trabajo y reconocida por mis pacientes y jefes.

Tercer *round*... ¿Sola?, ¿y la familia? El éxito de un profesional va de la mano de su éxito personal, así que era necesario cubrir esta esfera. No quería estar sola, y lejos de las varias propuestas de matrimonio que tuve en la residencia, hoy no tenía ninguna; así que decidida a romper con la “maldición de las cirujanas” que no podían sentirse completas en su vida personal, apareció un hombre, no cualquiera, un hombre en toda la extensión de la palabra que supo compartir el trabajo, el hogar y la vida, que sólo quería una oportunidad para ser feliz y hacer feliz a su pareja. Boda y de regreso a la ciudad, subdirectora médica del Hospital de Alta Especialidad de Veracruz (300 camas) encaminada a llegar a la dirección; sin embargo, de nuevo

los fantasmas machistas, así que cambié de dirección, fui a la medicina privada como coordinadora médica y posteriormente directora médica del área privada del mismo hospital, inaugurado, acreditado y con todo para competir con los hospitales privados reconocidos en el puerto. Pero los momentos políticos y el segundo embarazo me obligaron a decir: “Está bien colega tienes razón, **no somos iguales**”.

Después de ocho horas de trabajo, disponible las 24 horas al teléfono por aquello de estar en la confianza, entre la guardia, los pañales, las juntas de la escuela, un paciente, la boleta, la tarea, la gimnasia, una consulta, la natación, la comida, la ropa sucia, la supervisión, los perros... **¡somos mejores!**, ya que podemos con ambas cosas, mi éxito profesional más importante ha sido hasta la fecha no dejar nunca mi trabajo y lograr una familia

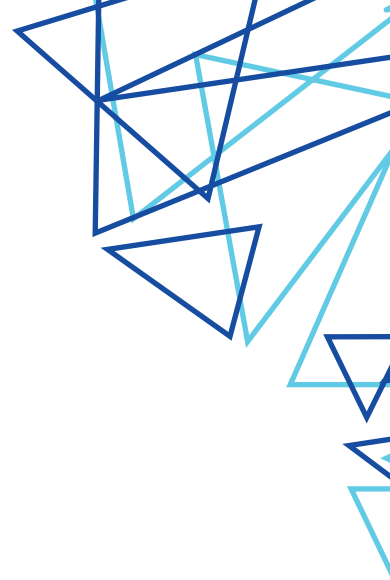


unida estable, feliz y orgullosa, con una pareja a la que no le es fácil, pero lo calla y apoya, juntos en todo... gracias amor por tu apoyo.

Hoy jefa del Servicio de Cirugía del Hospital General de Boca del Río (60 camas), inaugurado y acreditado; formando parte (como en todos los puestos anteriores) de la plantilla fundadora, liderando un grupo de jóvenes cirujanos emprendedores, innovadores, que me arrastran a leer, a actualizarme y a disfrutar mi especialidad. Veinte años de servicio ininterrumpido en la Secretaría

de Salud, institución que no me formó, pero que me ha albergado en lo laboral. Recién certificada por el Consejo de Cirugía General, diplomada en USG por la Universidad Autónoma de Durango, certificada por la UNAM y el Centro Nacional de Equidad y Género; en el programa de vasectomía sin bisturí realizo actividades administrativas y operativas en cirugía. Soy tesorera del Colegio de Cirujanos de mi estado.

Orgullosamente cirujana y lista para lo que venga...



**DRA.
CLOTILDE
FUENTES
OROZCO**

Médico cirujano y partero. Especialidad en Cirugía General. Maestría: Ciencias Médicas Orientación Cirugía 1999-2001. Cédula 7254665.

Doctorado en Ciencias de la Salud Orientación Epidemiología Clínica 2002-2004. Cédula: 8441800

Asistencia a cursos y congresos: 120, presentación de trabajos oral y en póster en jornadas y congresos: 160.

Nombramiento de Nivel I por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

Artículos publicados: 75, capítulos/libros: 13, actividades docentes: sinodal en examen de maestría y doctorado: 14, tesis dirigidas: 147.



Las cirujanas también hacemos investigación

Desde niña, cuando tenía apenas nueve años de edad, me llamaba la atención observar cómo realizaban los primeros auxilios a los accidentados a una cuadra de donde vivía, lo cual sucedía muy frecuentemente por ser un cruce peligroso. En ese entonces me di cuenta de que quería ser doctora cuando fuera adulta.

Al terminar mis estudios de bachillerato, en 1988, realicé los trámites para ingresar a la Facultad de Medicina en la Universidad de Guadalajara; sin embargo, no fui aceptada, lo que no me detuvo a prepararme nuevamente para realizar mis trámites por segunda vez. Mientras esperaba los seis meses para dicho trámite, decidí estudiar un curso de tres meses de primeros auxilios en la Cruz Roja de Guadalajara.

Fue hasta marzo de 1989 que ingresé a la Facultad de Medicina para estudiar lo que tanto anhelaba. Fui una estudiante dedicada y obtuve el decimoprimer lugar de mi generación 1989-1995. Al terminar la licenciatura, decidí realizar los trámites para presentar el examen nacional para ingresar a la residencia médica en la especialidad de cirugía general. Al ser aprobada, logré ser aceptada en el Hospital Civil Juan I. Menchaca en marzo de 1995. Durante mi residencia, ya en tercer

año, teníamos una rotación de tres meses en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, durante la cual estuve en urgencias quirúrgicas con el Dr. Alejandro González Ojeda, quien me invitó a participar en un estudio de investigación llamado “Complicaciones abdominales consecutivas a derivación cardiopulmonar”, y así me convertí en colaboradora de mi primer artículo publicado en la *Revista de Gastroenterología de México* en el año 1999.

Al terminar mi especialidad en febrero de 1999, ingresé a la maestría en Ciencias Médicas Orientación Cirugía; en marzo del 2000, el Dr. González Ojeda me invitó a realizar la residencia de investigación de cinco años en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, fui becada y realicé la maestría y doctorado en Ciencias de la Salud Orientación Investigación Clínica, tiempo en el que participé en varias publicaciones y logré incorporarme al Sistema Nacional de Investigadores como candidato en 2005.

Al término de mi residencia en investigación, ingresé como médico eventual al instituto, laborando en hospitales regionales y en el año 2007, gracias al apoyo del Dr. González, inicié como investigadora de tiempo completo en la Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Sección Cirugía. Durante mi estancia en esta Unidad de Investigación del Hospital de Especialidades estuve llena de satisfacciones como ayudar en la formación de especialistas de áreas quirúrgicas en la elaboración de protocolos y tesis, de las cuales se han logrado publicar trabajos en revistas indexadas que han ganado premios importantes por parte de la Academia Mexicana de Cirugía, Aso-

ciación Mexicana de Cirugía General, Consejo Estatal de Órganos y Trasplantes de Jalisco, premio CANIFARMA, premio Sarquis Merrewé, así como premios de colegios de especialidades de urología, angiología, entre otros.

Mi interés en que la especialidad de cirugía general del Hospital de Especialidades formara parte del Programa Nacional de Postgrados de Calidad (PNPC) de CONACYT, me estimuló para actualizar el Plan de Estudios de la Universidad de Guadalajara, lo que permitiría a candidatos poder concursar en la evaluación de la especialidad para su ingreso a tan prestigiado programa.

Actualmente, soy miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II e investigador titular B del Hospital donde laboro, por lo que seguiré colaborando en la formación de especialistas del área quirúrgica, incentivando la investigación y la elaboración de artículos que puedan ser publicados en revistas indexadas y/o con factor de impacto.





DRA. ELENA LÓPEZ GAVITO

Médico Cirujano Universidad La Salle. Especialidad Cirugía General, Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE 1976-1980.

Lic. en Derecho. Universidad Autónoma de Sinaloa. Mención Honorífica Promedio 9.96. Asistencia a Congresos Nacionales e Internacionales.

Profesor Titular Ciencias de la Salud en Bachillerato 1993-2008 Instituto Anglo Moderno, Mazatlán Sinaloa.

Jefe de Enseñanza. Hospital Sharp Mazatlán, 1996-2009.

Directora del curso Postgrado Asociación Mexicana de Cirugía General y Asociación.

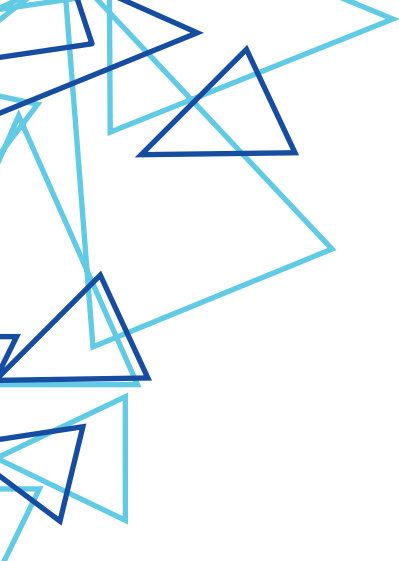
Mexicana de Cirugía Endoscópica. Actualidades en Derecho Médico.

Delegada del Consejo Mexicano de Cirugía General Estado de Sinaloa 2014-2016.

Asistencia a Congresos Nacionales e Internacionales. Diversas publicaciones.

Fellow American College of Surgeon 2018.

Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General.



Historia de una mujer inquieta desde antes de nacer

Nací un 5 de agosto de 1952, en la Ciudad de México; por accidente el Dr. Enrique Esquinca (destacado Gineco-Obstetra de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas) que atendía a mi mamá, le recomendó de inmediato atenderse en la Ciudad de México por presentar hemorragia obstétrica secundaria a placenta previa total, pero surgió un problema, ningún avión comercial aceptó su traslado, afortunadamente mi tío, el General de División don César Augusto Lara, consiguió su traslado en un pequeño avión del ejército mexicano, gracias a eso estoy contando mi historia. Mi mamá siempre me decía “Elenita tu diste lata, desde antes de nacer”.

Mi mamá Gloria Gavito Gabriel, originaria de Tonalá, Chiapas, siempre se destacó como excelente estudiante, egresada con mención honorífica de Odontología y primer lugar de su generación de la Universidad Nacional Autónoma de México. Mi padre Laureano López Sánchez era originario de Orizaba, Veracruz, y se dedicaba a la ganadería. Yo fui la segunda hija de una familia de cuatro junto con mis hermanos: Laureano, Gloria y Laura; no obstante, desde pequeña tuve especial interés en lo referente al estudio de la medicina inspirada por mi tío el Dr. Francisco Pedro Gavito Gabriel, que fue como un segundo pa-

dre para mí. Con su ejemplo me inspiró a tal grado que siempre quise ser como él, cuando iba a su consultorio me pasaba observándole cómo entregaba apasionadamente su vida a cuidar la salud de las personas, yo aprendía desde chica lecciones de anatomía y fisiología, me prestaba libros y los conceptos los repetía de memoria, eso a él le fascinaba, por lo que comentaba a sus amistades “vean qué buena es Elenita para memorizar las lecciones encomendadas”.

¿Cómo surgió mi vocación de médico? Durante la secundaria solía impartir clases de formación todos los sábados en una comunidad cercana a Arriaga; sin embargo, una epidemia de disentería amebiana azotó el sureste de México y al siguiente sábado me dieron la terrible noticia de que mis niños habían fallecido a causa de la diarrea por deshidratación.

Mis padres eran figuras de autoridad en nuestra ciudad, por lo que algunas veces los trabajadores del campo acudían a nuestra casa para que les revisaran las heridas que sufrían por algún incidente en sus labores. Desde ahí mi papá me dijo “Elena tienes que aprender a curar las heridas”; de manera anecdótica nos platicaba lo importante de la asepsia y antisepsia, incluso me regaló un libro que aún conservo, *Cazadores de microbios* de Paul Kruif.

Al cumplir los 15 años terminé mi secundaria y para poder seguir mis estudios me fui a la Ciudad de México. Estudié el bachillerato en el Instituto Pedagógico Anglo Español (IPAE), momento crítico en mi formación ya que implicaba dejar a mi familia para poder continuar con mis estudios y vivir en un in-

ternado donde continuó la disciplina, el orden y estudio, ingredientes necesarios para refrendar mi vocación de médico; fue en ese momento cuando aprendí a valorar las comodidades de mi hogar e ir desarrollando poco a poco un sentido de independencia.

Al terminar la preparatoria tenía claro que mi misión en la vida era ser médico; sin embargo, la UNAM se encontraba en huelga en ese momento, por lo que tuve que buscar alternativas y como gracia divina llegó la Escuela Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle, incorporada a la UNAM. Algunas amigas de la preparatoria, compañeras del IPAE, nos inscribimos en La Salle: María de la Luz Iracheta Jerez, destacada pediatra; Emma Verastegui Avilés, destacada inmunóloga y Guadalupe Castro Martínez, actual directora de la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle.

Durante la carrera como médico, estuve becada por la universidad y era la responsable de coordinar el Laboratorio de Bioquímica, por iniciativa de la Maestra Martha Estrada de Piña conseguí capacitarme como instructor en la UNAM. Tuve la gran fortuna de tener excelentes maestros que me enseñaron no sólo de medicina, sino también sobre ética profesional con su ejemplo, de la mano con la relación médico-paciente, el papel del médico en la sociedad, su deber humano y el ojo clínico. Destaco a mi querido mentor don Mariano Ramírez Degollado, excelente Histólogo y Decano de la Universidad, quien nos inculcó el compromiso tan grande de ser egresados de esta universidad; el Dr. Carlos Alcocer Cuarón y el Dr. Hugo Aréchiga Urtuzuástegui, extraordinarios docentes a los que todos admirábamos por su sapiencia. La cátedra de nosología clínica, brillantemente impartida por la Dra. María Eugenia Lorente, egresada de Baylor, quien nos pedía leer los casos clínicos publicados en *New England of Medicine*. Ya en las materias clínicas tuvimos

extraordinarios profesores como el Dr. Pedro Serrano Mass quien me dejó una huella que no se ha borrado a través de los años, el cómo enseñar fuera del aula, además nos motivaba dándonos tareas vivenciales para el desarrollo del juicio clínico. El Dr. Enrique Rivero Borrrell me pidió que lo apoyara en las clases de Introducción a la Clínica y de Historia y Filosofía de la Medicina, acepté inmediatamente ya que siempre me interesó la docencia.

Una vez acreditado el examen para ingresar a la residencia, cursé el rotatorio en el Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE; cuando pasé por cirugía general, una persona me adoptó como hija quirúrgica, don Rubén Charvel Tobías, cuando finalicé el internado rotatorio de postgrado hice mi solicitud para cursar la residencia en cirugía general; quiero ser muy honesta, no recuerdo haber tenido algún problema en la residencia esos cuatro años por ser del sexo femenino, al contrario, siempre fueron muy respetuosos y tuve el privilegio de conocer la cirugía privada por mis maestros que me invitaban a procedimientos privados, el Dr. Ignacio de la Peña Páez y el Dr. Carlos Viesca Treviño.

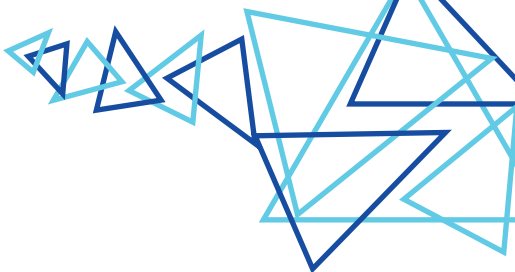
El "López Mateos" era un hospital nuevo, con grandes personajes de la medicina de entonces trabajando ahí, mis grandes maestros, por lo que fue la elección ideal para mí, ya que a partir del rotatorio sería mi segunda casa y donde me enamoraría de la cirugía y conocería al amor de mi vida y padre de mis hijos, además de ser el hospital que recibiría a mis primeras hijas, momento que marcaría mi vida y mi futuro.

Mi primer embarazo sería un embarazo gemelar, de alto riesgo, que culminaría en una cesárea de urgencia y dos pequeñas niñas prematuras: María Fátima y Marisol. María Fátima estaría varios meses en terapia intensiva neonatal con pronósticos inciertos y un tanto desmotivadores; mientras que ella luchaba por su vida, nuestra otra pequeña obtendría una

enterocolitis necrosante intrahospitalaria en el cunero que terminaría por quitarle la vida. Con una gran pérdida y una bebé con un estado de salud fácilmente comprometido, los pediatras nos recomendaron buscar alternativas de residencia, lo que nos llevaría a la Perla del Pacífico, Mazatlán, Sinaloa, donde residía mi hermana Gloria y dos hermanos de mi madre, excelentes radiólogos e importantes figuras en la medicina del estado de Sinaloa. Al conocer la situación en la que nos encontrábamos, nos ofrecieron su apoyo y nos recibió mi tío César Gavito Gabriel en su casa, donde vivimos durante seis meses.

El cambio fue un tanto difícil, sobre todo para mi esposo Jorge Montalvo Sánchez Mejorada, que había vivido en la Ciudad de México toda su vida y la mayor parte de su familia cercana seguía en la ciudad; empezar desde cero fue un reto difícil siendo padres de familia. Pronto llegó Montserrat, una hermosa niña que sería el perfecto dúo con su hermana Fátima, constante y determinada, y Montse con una fortaleza y motivación que movería hasta montañas. Esto nos llevó a buscar alternativas extras de trabajo y el doble de esfuerzo.

Ingresé como 08 al Hospital General de Zona Núm. 3 “Doctor Héctor González Guevara”. Desde que me dieron la oportunidad siempre cumplí los contratos con esmero, destacándome por mi cumplimiento y como cirujano. Laboré en todos los turnos porque siempre cubría las vacaciones, el jefe de cirugía en ocasiones me llamaba la atención porque traía la disciplina del Hospital “López Mateos” del ISSSTE, que veía a los pacientes como propios. Eventualmente las horas extenuantes de trabajo y el afecto de la comunidad Mazatleca rendirían frutos y lograríamos tener nuestra propia casa, donde nacería nuestro segundo par de gemelos, Pedro León y Arantxa. Dos hermosos bebés que serían el perfecto juguete para sus hermanas mayores y un nuevo reto para nosotros.



Al poco tiempo nos dimos cuenta que había algo diferente, Pedro era un niño lleno de energía, con intereses algo diferentes, al igual que su manera de jugar; Arantxa y él jugaban juntos, pero de una forma alternativa a la que habíamos observado con Fátima y Montse. A los tres años de vida la palabra Autismo llegó a nuestra familia, después de buscar respuestas acerca del comportamiento de nuestro amado pequeño, la respuesta llegó: Pedro fue diagnosticado con autismo, en un momento donde se sabía poco del mismo. Las terapias alternativas eran pocas, así que tuvimos que ir aprendiendo en el curso del camino, tuvimos que reaprender a ser padres y encontrar nuestra receta perfecta, coordinarnos en tiempo y durante las urgencias nos apoyaron nuestros familiares o amigos a cuidar a los pequeños.

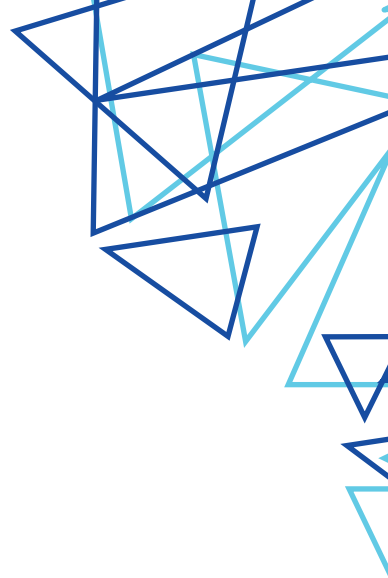
Unos cuantos años después observé que había un mundo poco descubierto y experimentado entre la medicina y el ámbito legal, el cual iba en crecimiento tanto por necesidad del dominio del tema desde el enfoque médico como por el número de casos presentados en nuestro país, la tendencia crecía y la ignorancia en nuestro gremio continuaba.

La inquietud gremial aumentó en mí y fue entonces cuando acudí a mi familia para comentarles que quería estudiar derecho para poder realizar una conexión entre la medicina y la ley. Mi esposo e hijas me apoyaron con la decisión y con las horas de estudio. Me inscribí en la Universidad Autónoma de Sinaloa para estudiar la Licenciatura en Derecho Presencial, graduándome con 9.96 de promedio y la Mención Honorífica.

Posteriormente, me percaté de la necesidad de transmitir mis conocimientos al gremio médico al ser un área poco conocida por mis colegas, sin que ello los absuelva de responsabilidad, por lo que busqué un equilibrio entre

la cirugía y el derecho mientras formábamos cirujanos a nivel nacional. Esta mancuerna me permitió crecer como cirujana y como médico, proyectándome nacionalmente al apoyar a mis colegas y formar a las nuevas generaciones.





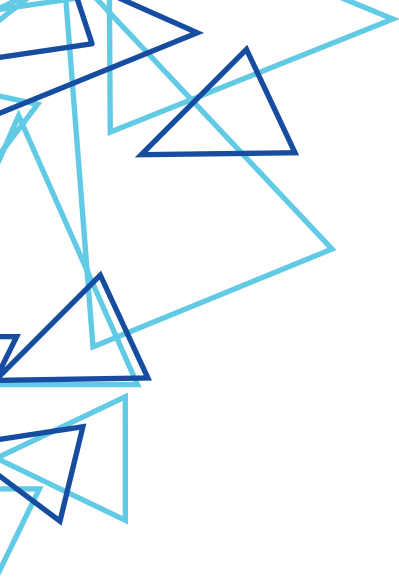
**DRA.
ELIZABETH
DOLORES
GUTIÉRREZ
CANTÓN**

Licenciatura en Medicina: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Especialidad en Cirugía General: Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Generación 1985-1988. Jubilada del IMSS.

Desde hace 10 años labora para la Secretaría de Salud Hospital de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez”.



Tres momentos, tres encuentros

Yo no hablaré de mis anécdotas personales en la cirugía, creo que no me compete a mí hacerlo, sino a los pacientes, residentes y personal de las instituciones de salud por las que he transitado. Me senté un momento, y reviví cómo inició esta aventura profesional: en 1984 era pasante en servicio social de la licenciatura de Medicina, me inscribí y logré tener la opción de hacer una especialidad; debo ser honesta, no tenía ni idea de lo que era la cirugía general. Me trasladé de mi natal estado de Tabasco a la Ciudad de México. Inicié el 1º de marzo de 1985 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social. La primera cirujana que conocí fue la Dra. María Enriqueta Barido Murguia, muy alta, de porte distinguido, con un amplio conocimiento científico, siempre actualizada, dedicada a los pacientes, tenía largas jornadas quirúrgicas porque realizaba procedimientos quirúrgicos complejos, hablaba con amor de sus hijos.

Dos meses después, tuve una de las rotaciones más entrañables, la del Hospital General de Zona Núm. 8 (IMSS), ese fue el único hospital donde encontré laborando a tres mujeres cirujanas: la Dra. María Gregoria Fermi Rodríguez Varela, la Dra. Lilia Cote Estrada y la Dra. Rosa María Vásquez Enríquez.

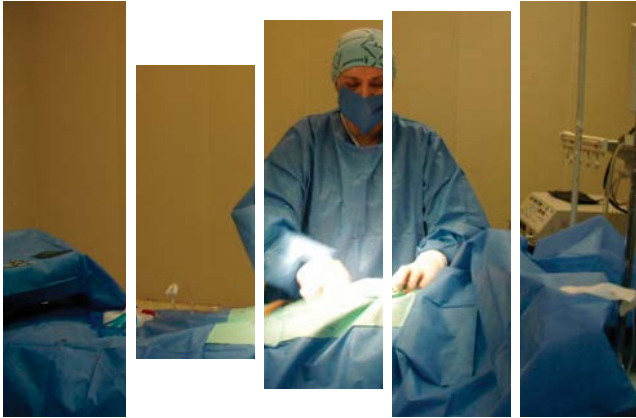
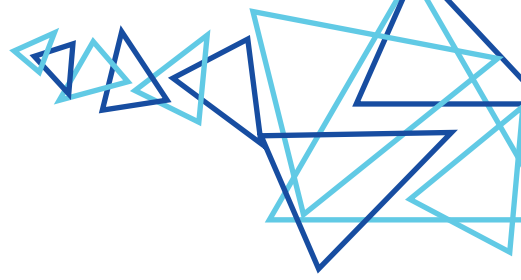
Eran muy jóvenes, todas en el turno de la mañana, y a pesar de la disciplina el trato era respetuoso y cálido hacia nosotros, los residentes. Eran muy responsables, profesionales, verdaderamente se preocupaban por los pacientes; pese a la carga laboral se daban tiempo para la docencia y la investigación clínica, siempre pendientes de las sesiones, llevaban trabajos a los congresos y publicaban. A diferencia de sus compañeros cirujanos, de esta unidad hospitalaria surgió la primera mujer presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía, me refiero a la Dra. Lilia Cote Estrada. Sin duda destaca el trabajo que ha hecho por años en la Facultad de Medicina de la UNAM por parte de la Dra. María Gregoria F Rodríguez Varela y ni qué decir de la activa Dra. Rosa María Vásquez Enríquez, cirujana, jefa de servicio, con colaboraciones en la AMCG, y publicaciones.

En ese fatídico 1985, cuando roté por dos meses en el Hospital de Venados del IMSS, conocí a la tercera cirujana: la Dra. Teresa Arredondo Garza. Laboraba en el turno nocturno, siempre puntual, trabajadora, responsable, agradable; pasaba visita, operaba toda la noche de ser posible. Regresé al Centro Médico Nacional, cuando ocurrió el sismo de 1985 a los sobrevivientes nos desalojaron a otras unidades, de esa forma regresé al Hospital de Venados. Estando de guardia nocturna con la Dra. Arredondo, se produjo una réplica intensa, la luz se fue, se cimbró todo el edificio, los que pudieron huyeron; sin embargo, una vez que regresó la luz, los únicos en el edificio éramos los de cirugía y los pacientes. Comandados por nuestra estoica adscrita, ayudamos a todos los pacientes que quedaron

y no pudieron huir; fueron más los nervios, la angustia y lesiones menores; volvió la calma y tuvimos un frío amanecer septembrino.

Estos tres momentos de mi residencia de primer año me permitieron tener tres encuentros con extraordinarias mujeres, que como todas las cirujanas viven con un alto nivel de estrés, ya que ejercen su papel de hijas, hermanas, esposas, además del ejercicio de la cirugía general que es demandante y hoy

en día de alto riesgo. Es por ello que concluyo citando el poema de Ana María Rebaté y Cervi, los reconocimientos deben hacerseles *en vida, hermano, en vida.*





**DRA.
MARÍA
ENRIQUETA
BARIDÓ
MURGUÍA**

Egresada de la Facultad de Medicina de la UNAM. Especialidad de Cirugía General en el Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán». Postgrado en Investigación Quirúrgica en la Escuela de Medicina de la Universidad de Virginia. Maestría en Gestión de Calidad en Servicios de Salud por la Universidad de Murcia. Cirujana del Servicio de Gastro-Cirugía del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI del IMSS. Cirujana del Hospital Médica Sur. Publicaciones en diversas revistas y libros. Ponente en diferentes congresos de la Asociación Mexicana de Cirugía General y de la Asociación Mexicana para el Estudio de las Infecciones Nosocomiales. Maestra en el Módulo de Calidad del Diplomado de Gestión en Salud del ITAM. Miembro de la Comisión de Seguridad del Paciente de la Academia Mexicana de Cirugía General. Presidenta de la Asociación Mexicana para el Estudio de las Infecciones Nosocomiales.



Una vida de pasiones

Soy la Dra. María Enriqueta Baridó Murguía; nací en la Ciudad de México y soy la segunda de tres hermanas mujeres. Mi educación y mi motivación se gestaron en mi familia, padres extraordinarios que me motivaron ejemplarmente a ir más allá de lo permitido a las mujeres. Como muchos, mi educación profesional se la debo al Estado mexicano: soy egresada de la UNAM desde mi formación preparatoria, mi licenciatura y mi especialidad como cirujana general. Ésta la cursé en el Instituto Nacional de la Nutrición (INCMNSZ) donde tuve que realizar dos años de medicina interna previa a la residencia de cirugía general. Fui la segunda residente en cirugía general, la primera fue la Dra. Josefina Alberú, destacada cirujana de trasplantes. Terminada mi residencia inicié un *fellowship* en la Universidad de Virginia en Estados Unidos, donde después de cuatro meses de estancia me otorgaron un nombramiento de *visiting profesor*... un gran reconocimiento.

Desarrollo profesional: mi experiencia quirúrgica la he realizado en el IMSS y en el Hospital Médica Sur. Fui la primera cirujana de base del entonces Hospital General del Centro Médico Nacional actualmente UMAE “Dr. Bernardo Sepúlveda”, estuve ahí durante

13 años, al cabo de este tiempo me nombraron jefe de servicio de cirugía general en dos hospitales generales de zona del IMSS. Fui gestora de calidad en otro y después de varios años regresé al servicio de gastrocirugía donde continué ejerciendo.

Paralelamente, durante los años descritos me enamoré; me casé con un maravilloso hombre, amoroso compañero y extraordinario colega con el que he compartido éxitos y retos. Él ha influido positivamente en mi desempeño profesional. Tuvimos dos hijos fantásticos y comprometidos; pude acompañar a mis padres y dos tías solteras en su camino por la vida y la muerte. He de mencionar que todos ellos en algún momento me han tenido que recordar que no estoy en el quirófano... pero sobre todo, que he tenido su ayuda y apoyo incondicional a los retos que la práctica de la cirugía exige.

Decidida a romper barreras, tradiciones y a volverme una excelente cirujana he navegado con éxito mi pasión profesional; mi historia es un continuo de resiliencia y esfuerzo como mujer pionera en la cirugía mexicana, y sigo trabajando por encima de obstáculos, agresiones y vilezas de variada índole.

La contribución a la recuperación de la salud de mis pacientes ha sido siempre mi meta. He buscado mantener una práctica quirúrgica de la más alta calidad, y los resultados de mi actividad quirúrgica demostrados por una bajísima morbilidad y mortalidad lo atestiguan. Mi relación médico-paciente es excelente; me enorgullece no haber tenido ningún conflicto en las distintas dimensiones de calidad quirúrgica ni con pacientes ni con sus familiares. Asimismo, una de mis mayo-

res preocupaciones ha sido mejorar la calidad de la atención y la seguridad del enfermo, en particular prevenir la infección quirúrgica y la prevención de infecciones asociadas con la atención a la salud, donde académicamente he tenido mayor impacto. He organizado exitosamente cursos, simposios y publicaciones de estos temas tan determinantes de los resultados de nuestras intervenciones.

Mi mayor logro profesional es haber contribuido a abrir el camino a nuevas generaciones de mujeres en el campo de la cirugía desproporcionadamente ocupado por hombres y caracterizado por una gran inequidad en promoción y desarrollo. Tengo el honor de conocer a extraordinarias cirujanas de todas las especialidades que, como yo, han tenido que superar un ambiente hostil y descalificador para convertirnos en líderes de diferentes campos de la actividad quirúrgica. Veo con gran alegría cómo mujeres jóvenes se han convertido en modelos a seguir para mujeres y hombres residentes de cirugía, para estudiantes de medicina.

La cirugía es mi pasión. Mis enfermos mi compromiso. Mi familia mi sostén y mi orgullo. Ustedes que leen esto, mi estímulo.

Las palabras de mi esposo Samuel me definen en su opinión:

“Queta, la Dra. Enriqueta Baridó Murguía, es una apasionada médica y a la vez una mujer excepcional. Su dedicación a la medicina y a la cirugía es continua, en tanto es inacabable, con una atención permanente y sin interrupciones. Sus pacientes llaman a cualquier hora, y siempre, independientemente de lo que esté haciendo, responde y atiende a sus enfermos. Es atenta y compasiva, considera todos los aspectos de sus enfermos y su involucramiento con su proceso es admirable. Además, es una amiga comprometida y leal; maestra cuidadosa, propositiva y estimulante. Es una hermana siempre presente y solidaria, y una madre inagotable y vigilante. Compañera cómplice, crítica, estimulante, apasionada, optimista y amorosa; Queta es necesaria e infaltable y mi compañera siempre.”





**DRA.
GLORIA
GONZÁLEZ
URIBE**

Médico Cirujano, Universidad de Guadalajara.
Especialidad de Cirugía General en el Hospital General de México.

Residente Extranjero Hospital de París, Hospital Hôtel Dieu.
Curso de Laparoscopia Básico y Avanzado, HGZ 1 IMSS Tijuana, BC.

Fellow de Cirugía Laparoscópica de un solo puerto (CI1P), Hospital General Poza Rica, Veracruz.

Diplomado en Investigación Biomédica.

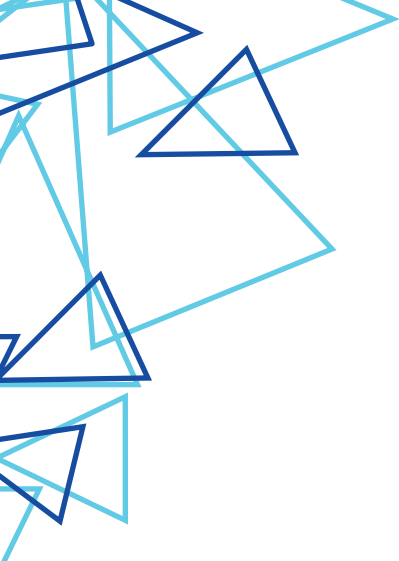
Especialidad en Docencia Universitaria y catedrática de la Facultad de Medicina, Universidad de Xochicalco.

Certificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General.

Fellow del *American College of Surgeons*.

Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General, Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica (Delegada Regional), Sociedad Médica del Hospital General de México, Academia Francesa de Cirugía, Sociedad de Residentes extranjeros del Colegio de Medicina de los Hospitales de París, *Society of American and Endoscopy Surgeon*.

Libro Cirugía sin Huella.



Opera u Ópera: cuestión de acentos

Soy Gloria, hija y hermana, mujer, esposa y madre, cirujana, investigadora y docente, cantante lírica, empresaria, activista, etcétera. Hoy, a casi tres décadas de egresar de la especialidad de Cirugía General del Hospital General de México, me siento privilegiada y agradecida con las amables e intensas experiencias que mi vida personal y profesional me han regalado. Reconozco que mi pasión quirúrgica sigue vigente y se alimenta gracias a las experiencias e innovaciones en cirugía, siempre con un apetito voraz por descubrir cada vez mayores beneficios para mis pacientes. Me declaro una incansable activista de la equidad de género en cirugía y aprovecho cualquier micrófono en foros científicos para defenderla.

La cirugía y la ópera son muy similares, por siglos han sido algo especial que nos muestra escenarios, actores y un público inmerso en realidades diversas; en ellas se mezcla la expresión más realista de la vida diaria y la experiencia, combinadas con la sutil y cuidadosa transmisión de sentimientos y acciones, envueltas en la comunicación más intensa y exabrupta de emociones. En ambas se actúa con una urgencia brutal, pero con un calculado y fino impulso que ha sido aprendido, estudiado y ensayado; ambas desembocan

en resultados que, de forma impredecible, suelen alejarse de los finales esperados para llevar a su público al aplauso o al desencanto, a la contemplación o a la reflexión y, algunas veces, al reproche o admiración de sus actores y de su guion.

Este año cumplí 27 años... de haber egresado de la especialidad de Cirugía General del Hospital General de México, y puedo afirmar que desde entonces a la fecha las descargas adrenérgicas inundan de forma emocionante y satisfactoria mi vida como Mujer Cirujana, porque una vez que apareció en mí la decisión de ser cirujana jamás fue cuestionable, pero la historia para conseguirlo fue así:

En 1985, terminé la carrera de Médico Cirujano y Partero en la Universidad de Guadalajara, mi ciudad natal, y perdidamente enamorada de mi compañero de clases y de aventuras estudiantiles, me casé con aquel tijuaneño al término de mi servicio social, me trasladé entonces a lo que para mí era un “rancho enorme”, donde ejercí durante un año la medicina general; pero, aún tan enamorada de la medicina, sentía que algo me faltaba al atender a mis pacientes... todo quedaba en palabras, pastillas y recetas. Yo quería actuar... con mis manos... con resultados... ¡ahh!... ¡me faltaba operar, faltaba la cirugía!

Un año después, orgullosa con mi papel del ENARM, me presenté en el Servicio de Cirugía General del Hospital Civil de Guadalajara, donde la secretaria me informó que una mujer jamás había sido aceptada en ese servicio, pero yo insistí para conseguir que el jefe me recibiera, quien sin levantar la cabeza de sus papeles declaró de forma tajante que “¡el lugar de las mujeres era la cocina!”. ¡Yo

sentí que el mundo se abría en dos y me hundía, porque además de mi afán por la cirugía, yo tampoco sabía cocinar! ¡Estaba perdida!

Recurrí entonces al único recurso de la época, el directorio amarillo, e ignorante sobre otras sedes me pareció más lógico acudir al Hospital General de México a solicitar mi inscripción. Ahí me recibió el Dr. Enrique Fernández Hidalgo, jefe de cirugía, quien en la entrevista me preguntó por qué quería realizar mi residencia en esa sede; de forma sincera respondí que yo no quería estar ahí, sino que acudí porque fui rechazada en el Hospital Civil de Guadalajara; él me preguntó la razón y al decirle que se debía a que soy mujer, de inmediato dijo “¡qué gran tontería! ¡Aquí ya estás aceptada!”, yo brinqué de alegría y a partir de entonces me dediqué a mi residencia. Por tres años trabajé con 10 compañeros hombres (que hoy son grandes amigos) y yo era la única mujer; no niego que al principio más de alguno creyó poder pasarse conmigo al intentar darme rotaciones a pabellones menos activos, sólo porque “era mujer”; sin embargo, yo los puse y me puse en su lugar, trabajando a la par.

Al final de mi tercer año de trabajo conseguí una beca extranjera del gobierno de Francia por una estancia de un año en el Hospital Hôtel Dieu y en el Hospital Beaujon, rotando por Cirugía Vasculare y Cx de Esófago y Páncreas. Volví embarazada de París y me puse a trabajar en el IMSS como 08, había algo de recelo por parte del personal administrativo debido a mis incapacidades gestacionales, ya que tengo tres hijos, pero no sentí alguna discriminación en el trabajo diario por parte de los colegas cirujanos.

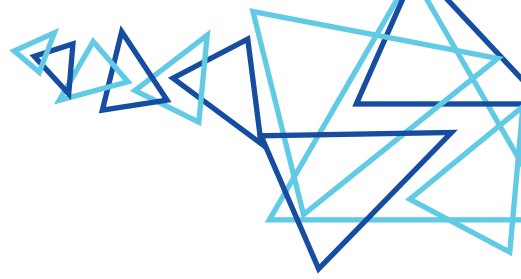
Luego tuve la oportunidad de trabajar en ISSSTECALI durante el turno nocturno y para mí era lo mejor, pues con ese horario podía dar el desayuno a mis hijos y llevarlos al colegio por la mañana, así como asistir a festivales y juntas escolares, podía hacer comida y reco-

gerlos a las 2 p.m., también podía convivir en la comida familiar y por la tarde acompañar en tareas escolares a mis hijos; de alguna forma, siempre me identifiqué con el dicho de Diana Laura de Colosio “las mañanas son mías, las tardes de mis hijos y las noches de mi esposo...” Aunque, en mi caso, una noche era para él y otra para la cirugía. En aquel hospital me dediqué a atender a policías con trauma abdominal, abdomen agudo, urgencias quirúrgicas y todo lo que los del turno matutino diferían.

También cursé la especialidad en Docencia Universitaria para mejorar mi desempeño como profesora en UABC, me actualicé en Cx laparoscópica, tomé cursos de cirugía de un solo puerto CLIP, así como un diplomado en Realidad Aumentada en CX, retomé la convivencia científica en congresos y participé presentando trabajos, ponencias y artículos; además, colaboré con capítulos del libro *Cirugía sin Huella* y fui miembro de AMCG, AMCE, SAGES y F.AC.S., donde organicé congresos regionales al ser parte de la Mesa Directiva en AMCE y Presidenta del Colegio de Cirujanos Generales en Tijuana en 2016.

En lo personal, durante esta etapa estudié Bell Canto Opera, la intensidad que había allí me recordaba la pasión de la cirugía y, hoy por hoy, presumo orgullosa que en 2017 tuve una presentación en el Teatro Degollado en Guadalajara, donde sentí una emoción semejante a la que tuve en París durante SAGES 2011, donde presenté el único trabajo libre aceptado a una cirujana mexicana.

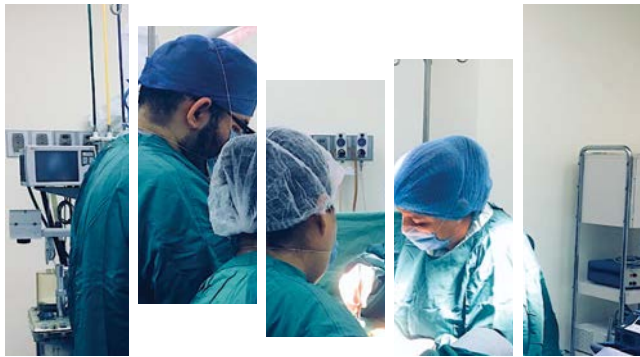
Por estas razones, mi interés hoy en día es despertar y promover en nuestras cirujanas un ahínco y pasión reales por la cirugía,

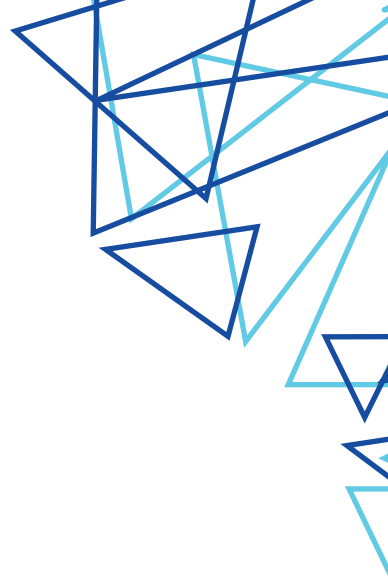


además de convencerlas para encontrar su auténtico lugar. Tuve oportunidad de dirigir el simposio *La Mujer en Cirugía General* en el pasado Congreso Nacional AMCE 2017, y actualmente fui invitada a participar con la *American Woman of Surgery*, que pertenece al ACS, en una base de datos para dar a conocer las cifras de las mujeres cirujanas en nuestro país. Nunca tuve mentoras quirúrgicas y siempre agradeceré a mis profesores cirujanos, pero hoy he conocido increíbles cirujanas que me motivan y estoy convencida

que la siguiente responsabilidad de mi trabajo es incrementar la participación y presencia de más cirujanas en mesas directivas, en foros científicos, en conferencias, en ponencias, etcétera, y a su vez impulsar los proyectos que ayuden a este cambio necesario.

Cuando opero y cuando canto ópera siento la misma intensidad, ¡disfruto ambas por igual! Son actividades distintas que resultan en beneficios diferentes y yo soy muy afortunada de poder ejercer ambos. ¡Opera u Ópera, cuestión de acentos!





**DRA.
MARÍA
GRACIELA
ZERMEÑO
GÓMEZ**

Cirujana General egresada de los hospitales generales y de urgencias del D.F., actualmente Ciudad de México.
Excirujana de los hospitales de la S.S. de la CDMX.
Excirujana del Hospital General CMN La Raza.
Exprofesora de Cirugía de Pregrado y Postgrado de la UNAM.
Actualmente cirugía privada y de beneficencia.



Un bisturí para la dama

El haber promovido como residente de cirugía para ocupar un lugar en los Hospitales del Departamento del Distrito Federal (Cruz Verde), en una competencia donde participábamos 47 varones y yo, fue un hecho sin precedente en los 45 años previos. La residencia era piramidal, sólo había 12 plazas para cirugía, el profesor titular estaba convencido de que las mujeres no podíamos ejercer la cirugía por la condición de género (argumentando que dejaríamos de ejercer por el matrimonio, la maternidad, las dismenorreas, o la fatiga física). Al ser el primer año con reconocimiento universitario, se escogían los mejores promedios, yo tenía el primer lugar, por ese hecho no tuvieron más remedio que aceptarme.

La competencia fue difícil, ya que en los hospitales de la Cruz Verde el porcentaje más alto de pacientes son de trauma; en ese tiempo las guardias tenían la modalidad AB modificadas (36 horas de trabajo por 12 de descanso) y se requería de una buena condición física. Por algún motivo, siempre me tocaban las rotaciones más pesadas, en los dos primeros años de mi residencia me asignaron seis meses a urgencias y cuatro a terapia intensiva.

El haber promovido como residente de cirugía para ocupar un lugar en los Hospitales del Departamento del Distrito Federal (Cruz

Verde), en una competencia donde participábamos 47 varones y yo, fue un hecho sin precedente en los 45 años previos.

Terminé la residencia con el mejor promedio, suponiendo que me contratarían en uno de los hospitales donde me formé, pero por sorpresa la plaza se la dieron al segundo lugar y yo fui a parar a un hospital de atención materno infantil, pero como “todo en esta vida se da por algo”, me nombraron jefe de enseñanza y con un cirujano oncólogo aprendí cirugía oncológica, de mama, de cérvix, de cuello y otras más que me han sido útiles toda mi vida.

Mi primera cirugía. Aún en la residencia (primer año), todos mis compañeros se fueron a la comida del día del médico, quedando de guardia únicamente en el hospital un médico de base, dos internos de pregrado, un residente en terapia intensiva, un anestesiólogo y yo. Ingresó un paciente con una herida por arma blanca en epigastrio, con abdomen agudo, se preparó y lo llevamos al quirófano, el médico de base, un interno de pregrado y yo. En el quirófano, con todo listo para iniciar la cirugía, el Dr. Contreras, que era el cirujano de guardia, me pidió que me cambiara de lugar y le ordenó a la instrumentista “**el bisturí para la dama**”, así fue como operé mi primer paciente como cirujana.

El haber terminado la residencia en cirugía siendo la primera mujer egresada de los hospitales de trauma del D.F. fue muy satisfactorio, y la experiencia que adquirí en los hospitales de sangre, como se les llamaba, fue maravillosa. Ingresó otra mujer seis años después.

El orgullo de ser madre. Para colmo, yo estaba recién casada y a finales del primer año nació mi primer hijo, el día anterior había salido de guardia y me dieron siete días para pre-

sentarme al hospital para no perder mi lugar. En el R-4 nació mi segundo hijo, pero como yo ya era jefe de residentes me dieron un periodo de 15 días (vacaciones), pero lo logré.

Casos extraordinarios. Las oportunidades te tocan cuando estás en el lugar y el momento apropiado. Terminadas mis labores de piso me iba a urgencias “a ver qué caía”; un joven de unos 19 años con herida por proyectil de arma de fuego en el pecho, chocado, que para fortuna del paciente, el médico de guardia era un excelente cirujano de tórax, y siendo yo residente de primer año, le pregunté si les hablaba a mis residentes de mayor jerarquía, me contestó que no había tiempo; tomamos la camilla a toda prisa hacia el quirófano, el paciente fue intubado sin más preámbulos, y en pocos minutos estábamos operándolo, el cirujano hábilmente abrió el tórax con una incisión anterior a la altura del sexto espacio intercostal, seccionó con el mismo bisturí el esternón, y colocando un separador de Finochietto, teníamos expuesto el corazón con una perforación en ventrículo derecho, procedió a suturarlo con seda del 1 y el paciente, que estaba chocado, empezó a recuperar presión y a estabilizarse. La cirugía la terminamos entre un interno de pregrado y yo, cuando llegaron los residentes de mayor jerarquía ya estábamos saliendo de cirugía, obviamente recibí una llamada de atención por no haber ido a llamarlos.

La siguiente semana se presentó un caso parecido, el cual tuve oportunidad de manejar con la ayuda y supervisión del mismo cirujano de tórax.

Las lesiones de la cava retrohepática son por lo regular mortales, cuando se llega a la lesión, el paciente prácticamente está exangüe, fue ésta la conclusión de la sesión antes de mi guardia. Dijo Don Alfredo Vicencio Tovar “si se sospecha hay que ir directo a la lesión”. Ese día el servicio de urgencias estaba lleno, había un paciente con herida penetrante de

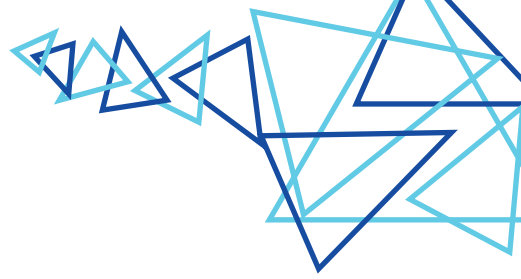
tórax por proyectil de arma de fuego en una silla porque no había camillas disponibles; muy pálido, se le colocó una sonda de pleuromía para sello de agua, drenando 1,000 cm³ de sangre, y cayó en choque, lo llevamos de inmediato a quirófano y por una incisión toraco-abdominal derecha abrí el diafragma hasta llegar a la vena cava inferior a nivel de las suprahepáticas, suturando la cava y ligando una de las suprahepáticas, el paciente salió del choque y se recuperó sin ninguna secuela. Estas experiencias no se vuelven a vivir, por lo que ahora veo que valió la pena.

Muchos casos de cirugía de trauma y de urgencias médicas donde se requiere de toma de decisiones rápidas y acertadas hicieron que me ganara el respeto de muchos cirujanos y que fuera tomada en cuenta como profesora de cirugía.

Docencia. Desde el primer año de la residencia, era obligación participar en la enseñanza y así, fui ayudante de profesor de patología, gastroenterología, trauma y ortopedia, ginecoobstetricia, urología y cirugía general. Después de terminada la residencia fui jefe de enseñanza en tres hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, coordinadora de internos de pregrado, y de residentes rotatorios y profesora de cirugía general de pregrado y postgrado durante 30 años, tutora de cuarto año los últimos seis años de mi vida hospitalaria.

Sinodal de exámenes profesionales y de postgrado durante toda mi vida académica, he sido profesora en múltiples cursos monográficos en congresos y fuera en hospitales.

Puestos administrativos: no fue lo mío, dos años de subdirectora del Hospital de Ur-



gencias Xoco, directora interina en el Hospital de Urgencias Balbuena. Las autoridades me querían tener detrás del escritorio y no podía ir a quirófano con mis residentes, por eso renuncié. Nunca fui jefa de cirugía, pero operaba a todos los recomendados de las autoridades y de mis compañeros de trabajo.

Diecisiete años en los hospitales de trauma de la Ciudad de México, 28 años en el Hospital General CMN La Raza.

Iniciamos los cursos de cirugía laparoscópica para los cirujanos del centro y norte de la República del IMSS en 1992 (cuatro cursos al año de tres meses).

Realicé la primera cirugía de obesidad en 1990, basada en las experiencias y reportes del Dr. Rafael Álvarez Cordero, el cual decía cuando lo entrevistaban que en México sólo

la Dra. Zermeño y él realizaban cirugía de obesidad, probé muchas técnicas primero: con *bypass*, después con técnica de Mason, luego las bandas gástricas y muchas más.

- a) En 1992 presenté un cartel en la AMCG con mis primeros 14 casos, con buenos resultados, obviamente la cirugía era abierta y muy complicada.
- b) Inicé a muchos cirujanos que actualmente se dedican a la cirugía bariátrica, entre ellos el Dr. Antonio López Corvala.

Fui la primera mujer inscrita para la certificación por el CMCG, dentro de las 44 cirujanas inscritas, aunque los certificados se entregaron juntos en ese mismo año.





**DRA.
IRAÍS
CHÁVEZ
ACEVES**

Médico cirujano, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr Ignacio Chávez”, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (9.2), tesis: *Impacto del tiempo de isquemia fría sobre la función y sobrevida del injerto renal de donador fallecido*, acreedora a mención honorífica.

Tesis de Cirugía General: *Factores predictores de disfunción de catéter de Tenckhoff*.

Diploma de especialista en Cirugía General.

Certificada por el Consejo Mexicano De Cirugía General.

Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General.



¿El tamaño importa?

En febrero de 2010 llegaba al Servicio de Cirugía General del Hospital General “Dr. Miguel Silva” una pequeña aspirante a cirujano. Y digo pequeña porque la talla no estiró más que a 1.44 metros; esto aunado a que yo era la única mujer en cuatro generaciones de residentes varones y a que seguramente no generaba muchas expectativas entre mis adscritos, incluso tal vez internamente había quienes no apostaban mucho por mi persona.

En las primeras semanas, mi esposo (ingeniero) me diseñó y confeccionó un banco de altura para equiparar mi poca estatura a la media de mis compañeros residentes y adscritos. Esto de R3-R4 era muy cómodo, pero en mis años iniciales fue incluso peligroso debido a que era el último escalafón de asistentes a un procedimiento y el querer acercarme a observar ponía en riesgo mi estabilidad sobre el banco, lo que no sólo lo convertía en algo difícil, sino incluso intrépido y riesgoso.

Como a cualquier R1, se me solicitaban tareas propias del último eslabón de la cadena alimenticia hospitalaria, tales como trasladar al paciente desde el servicio de urgencias (en la planta baja) hasta el quirófano (en la segunda planta) en ausencia del camillero; lo cual ocurría a menudo en mi hospital y que sería buen material de investigación: ¿a dónde se

van los camilleros cuando se les necesita? Para agregar grado de dificultad a esta tarea, que era llevada a cabo de dos a tres veces por guardia, el único elevador del hospital estaba fuera de servicio 20 de los 30 días del mes, por lo que era necesario subir la camilla por la rampa. Para efectuar esta faena propia de David y Goliat, me valí de un recurso del que mis compañeros carecían: mi marido; fiel asistente a mis guardias que me dotaba de alimento y me ayudaba con esta tarea y algunas otras que requerían esfuerzo físico o altura extra.

Mi desempeño en los primeros meses fue equiparable al de mis compañeros; sin embargo, el desgaste físico estaba cobrando factura en mi pequeña persona, llegando a perder tanto peso (pesaba 33 kg) que mis defensas empezaron a fallar y adquirí influenza H1N1. El paciente al que pude atribuir el contagio falleció a los pocos días de su ingreso, pero mis defensas pudieron resistir la infección y tras un par de meses de tratamiento y convalecencia logré reincorporarme a mis actividades de residente con tos crónica como única secuela y cargando en cada guardia mi *kit* de medicamentos y nebulizaciones. Tras este periodo de intermitencia y ausencia llegaron a mí varias sugerencias para abandonar la especialidad, pero persistí.

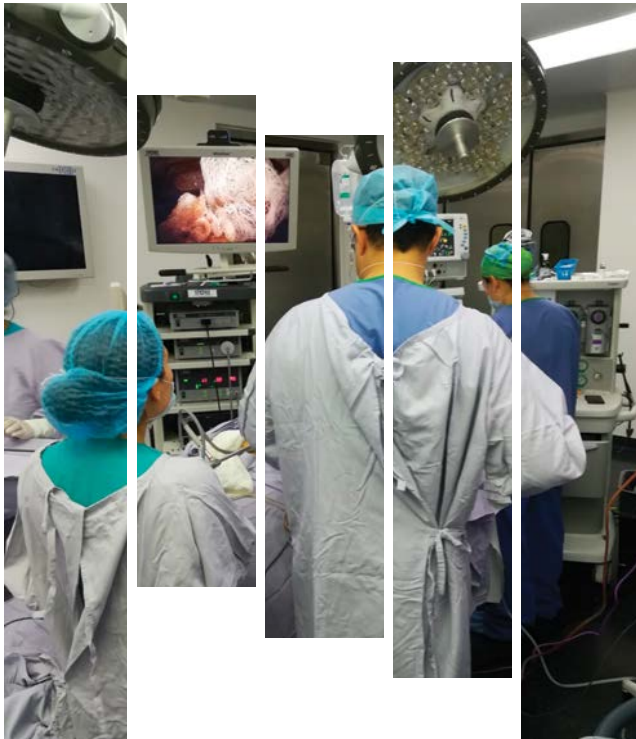
Cada año en la residencia estuvo cargado de nuevos retos y con ellos llegó el momento de probar la técnica laparoscópica, esto representó el mayor reto de todos. Imagínese, lector, a un pequeño *hobbit* sobre un banco de altura, compartiendo este pequeño espacio de equilibrio con el pedal del electrocauterio, pero sin pisar sobre él para no generar una iatrogenia, además de manejar los instrumentos en una posición forzada para trabajar

a la altura y condiciones de mis adscritos o residentes de mayor jerarquía, quienes entraban en mi lugar a generar relevo o correcciones durante el procedimiento. Largas horas pasaba en el simulador para compensar mis limitaciones físicas. Aquí merece mención especial mi profesor titular del curso de cirugía, el Dr. Carlos Torres Vega, quien me alentaba en cada ocasión y me insistía en perseverar y perfeccionar las diferentes técnicas. Hoy en día, operar por laparoscopia se ha convertido en algo que disfruto de corazón.

Año tras año gané méritos demostrando con trabajo y buen desempeño mi capacidad para ser igual (o mejor) que mis colegas varones. Al término de la residencia, me convertí en el mejor elemento de entre mis compañeros (académicamente hablando, de acuerdo con los puntajes del PUEM), la única en

egresar con el título de la especialidad y también la única con la certificación del Consejo Mexicano de Cirugía.

Por decisión personal me he desempeñado sólo en medio privado, siendo inicialmente difícil ganar la confianza de los pacientes al ver a alguien tan “joven”, pequeña y además mujer ostentar el título de CIRUJANO. Pero amo lo que hago, amo lo que soy: una pequeña mujer cirujana con grandes sueños hechos realidad; sueños que crecen en cada congreso al que asisto y que se materializan al entrar a ese espacio estéril y delicado llamado QUIRÓFANO.





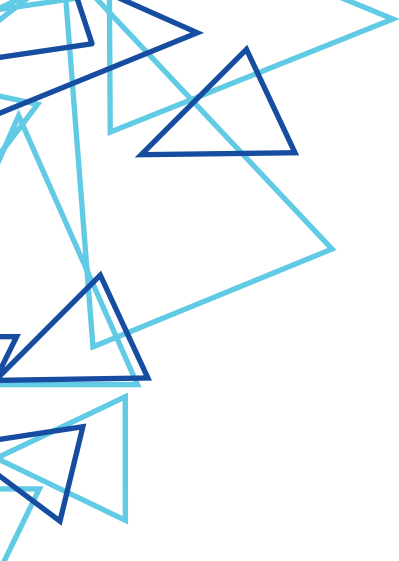
**DRA.
IRMA
ALICIA
CORTES
RIVERA**

Originaria de San Francisco del Rincón, Gto., a la edad de cuatro años llegué a Acapulco, Guerrero, con mis padres. Allí realicé mi educación básica y posteriormente me fui a Guadalajara, Jalisco, para ingresar a la preparatoria de la Universidad de Guadalajara.

Una vez finalizada la preparatoria y con dificultad por una gran demanda para ingresar a la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, realicé el internado de pregrado en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara y la especialidad en cirugía general en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. Una vez concluida regresé a Acapulco donde me integré a laborar en el Hospital General Regional Vicente Guerrero del IMSS y el Hospital General del ISSSTE.

En el ISSSTE he llevado a cabo actividades directivas como asistente de la dirección y coordinadora de cirugía, lo que me permitió realizar un diplomado sobre administración de hospitales.

Actualmente continúo activa en ambas instituciones públicas.



Cirujano sin perder la esencia de ser mujer

Cuando decidí ser médico, no supuse llegar a experimentar los campos de la cirugía, pues presentaba más inclinación por las áreas clínicas. Sin embargo, en mi internado de pregrado se despertó mi interés por el área quirúrgica después de mi rotación por cirugía plástica y reconstructiva.

Desde mi solicitud para obtener una residencia, compañeros y otros residentes hacían mención de la dificultad para ser admitido en cirugía general y más por mi condición de ser mujer. ¡Lo dejé como mi primera opción y sucedió!

Ahora venía lo más difícil: ser aceptada en un hospital. En esos años hacer residencia en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara en cirugía era arriesgar mucho y quedarme sin un lugar por una cierta discriminación de género. Así que mi trámite lo realicé en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, de reciente apertura y con menos restricciones para mi condición de mujer. No faltaron algunos comentarios mordaces: “Las mujeres son buenas para otras cosas...” “Son flojas y sacan provecho quejándose de su cólico menstrual...”, etcétera. Entonces me llegué a preguntar si para ser cirujano debía comportarme como hombre, ¿y perder mi esencia de mujer?

No desistí y fui aceptada. La bienvenida fue poco alentadora para todos los nuevos RI; no obstante, poco a poco nos fueron conociendo y para sorpresa de mis adscritos, las mujeres residentes demostramos mayor responsabilidad y dedicación para nuestros pacientes y en sí mejores notas durante la residencia en comparación con mis compañeros hombres del mismo grado. Mi residencia transcurrió de forma normal, de vez en cuando con algunas diferencias con residentes hombres de menor rango por el machismo arraigado y entablé una buena relación con la mayoría de adscritos.

Una vez concluida mi residencia regresé a Acapulco para realizar mis trámites e ingresar al IMSS e ISSSTE, siendo para ambas instituciones la primera mujer cirujano, lo cual implicaba una gran responsabilidad y temor de no cumplir con sus expectativas.

Llegué al IMSS siendo suplente y con buena recepción por la mayoría de los cirujanos hombres, con los que no simpatizaba del todo; más tarde fueron buenos amigos y hoy tengo que decir que he tenido los mejores compañeros que pude haber escogido. Me consintieron y estuvieron siempre para ayudarme cuando lo necesité. Conviví con ellos aproximadamente por 12 años antes de que llegara otra mujer al servicio de cirugía general.

Fue difícil decidirme a hacer mi vida personal sin sentir que esto pudiera mermar mi trabajo. Me casé con un extranjero (EUA), quien siempre me apoyó en el desarrollo de mi vida profesional aunque esto implicara sacrificar nuestro tiempo juntos, aprendí a dar más calidad que cantidad. En 2011 falleció dejando un gran vacío en mi vida. No tuve hijos.

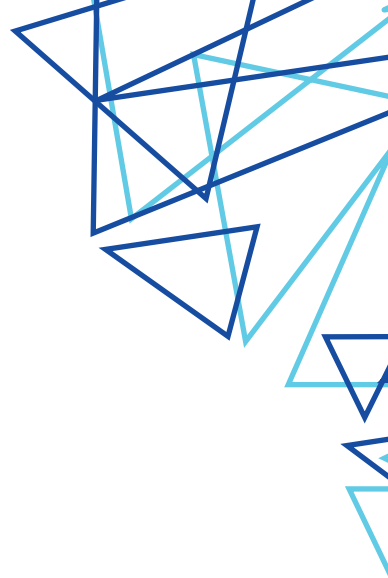
En el ISSSTE llegué a ser asistente de la dirección y coordinadora de cirugía, estando en este último cargo concluí un diplomado en administración de hospitales.

Hasta el momento continúo activa en ambos hospitales, aprendiendo día a día y asistiendo en lo posible a médicos en cuanto a información.

Ser cirujano (prefiero así que cirujana) me ha dado muchas satisfacciones y he sido admi-

rada por otras mujeres, precisamente por haber pocas en la especialidad, en mi ciudad y en mi estado, pero sigue siendo una gran responsabilidad para las de nuestro género en un mundo dominado por hombres. Cuando alguna médica interna se ha acercado a mí comentando sus aspiraciones en el ámbito quirúrgico, siempre la he impulsado a seguir su sueño y a esforzarse en hacer el mejor papel posible sin que con esto dejen de ser mujeres, pues yo ya lo experimenté.





**DRA.
JULIA
MATILDE
HERNÁNDEZ
JERÓNIMO**

Médico cirujano. Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca. Médico Especialista en Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal en Hospital Regional "Presidente Juárez" ISSSTE, Oaxaca.



Mi pequeña historia

Mi relación con la cirugía inició cuando cursé la materia en el tercer año de la carrera de medicina; además, me gustó mucho la rotación por el quirófano de la facultad, donde operábamos perritos, motivo por el cual al año siguiente participé para ser instructora de cirugía, siendo seleccionada en un grupo de cinco compañeros varones. Debo decir que esta instructoría en el área de cirugía fue mi primer empleo, ya que recibía de la universidad un pago quincenal que casi duplicaba el monto que dos años más tarde recibiría como médica interna de pregrado; fue entonces cuando confirmé mi gusto y vocación por la cirugía, y fue en esta área donde sentía cumplir mis sueños como futura médica. Algunos años más tarde, ya titulada como médico cirujano (en realidad médico general) decidí presentar el ENARM, concursando obviamente por la especialidad de cirugía en la que fui seleccionada. Debo confesar que pasé algunas vicisitudes durante la residencia, sobrellevando una vida hospitalaria que podría catalogar como “ruda” y viviendo por primera vez en la “monstruosa” Ciudad de México, como dice José Emilio Pacheco en el poema “Alta traición”.

Más adelante durante mi rotación de campo de la especialidad de cirugía gene-

ral en la Clínica Hospital de Metepec en el estado de Hidalgo, y ya sin la tutoría de los maestros, me vi en la necesidad de resolver algunos casos inesperados. Uno de esos casos quirúrgicos que traté fue una paciente de 38 años de edad, gesta dos que fue programada y llevada a quirófano por la residente de ginecoobstetricia para realización de histerectomía, en la que durante el transoperatorio me llamaron porque había ocurrido un incidente. Acudí y me encontré con que el urétero del lado izquierdo de la paciente estaba seccionado y la residente muy asustada. Procedí a biselar los bordes, le coloqué una férula con una sonda de alimentación que extraje por la vejiga, con resultados satisfactorios para la paciente, corroborados con urografía posterior de control y extracción de catéter por endoscopia urológica en hospital de segundo nivel a las ocho semanas.

El segundo caso fue de una paciente de 34 años con una tumoración submaxilar izquierda pequeña de alrededor de 3 cm, no pulsátil, moderadamente desplazable, que la paciente solicitaba retirarla por motivos estéticos, solicité exámenes preoperatorios y fue llevada a cirugía; realicé la disección de aproximadamente 8×3 cm que me llevó a la bifurcación de la arteria carótida e involucraba su rama externa, por lo que fue necesario ligarla y seccionarla para reseca la tumoración cuyo reporte histopatológico lógicamente fue un quimiodectoma con un postoperatorio inmediato y tardío favorable para la agradecida paciente.

El tercer caso fue menos afortunado, se trató de una paciente de 50 años de edad,

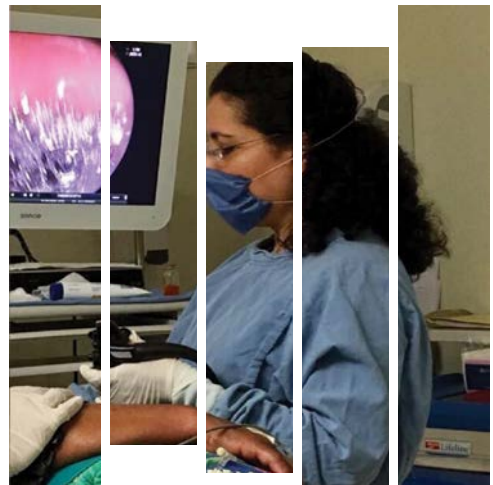
con desnutrición grado III, con importante restricción ventilatoria, tos, y febrícula, con un diagnóstico de probable empiema pulmonar (probablemente secundario a TB pulmonar), le realicé drenaje mediante colocación de sonda de toracostomía, obteniendo alrededor de un litro de líquido purulento; sin embargo, al terminar el procedimiento la paciente falleció.

Al terminar la especialidad de cirugía regresé a mi ciudad natal, pero me encontré con que ya había muchos cirujanos y que había que trabajar algunos años como eventual para poder conseguir una base en un hospital y un lugar en la Sociedad Médica de Cirujanos, por lo que decidí regresar a la Ciudad de México y realizar una subespecialidad en endoscopia gastrointestinal que me permitió tener un mejor lugar en la lista de eventuales de los hospitales públicos e iniciar con mayores herramientas el trabajo privado. En tanto eso ocurría, ocupé también mi tiempo, en colaboración con mi esposo médico, a criar a mis dos hijos (Julio y Laura), quienes actualmente también recorren el largo camino de la medicina con esmero y responsabilidad. En ese tiempo también cursé la maestría y doctorado en Ciencias Médicas, los títulos me permitieron acceder a un trabajo como profesor de tiempo completo de la materia de cirugía general en mi Facultad de Medicina de la universidad pública estatal.

Creo que la formación médica en cirugía es más difícil para la mujer, debido a factores sociales, culturales, y familiares; asimismo, en el área médico-quirúrgica existe un nivel de exigencia física y emocional que repercute mayormente en el sexo femenino, como se ha documentado en los reportes que reflejan un índice más elevado de depresión, ansiedad y síndrome de *burnout* en las médicas. También en otros países como España, se reconoce que poco menos de 24% de cirujanos son mujeres, incluso se dice que un alto

porcentaje de ellas son solteras y sin hijos o divorciadas. En EUA sólo 19% de los cirujanos son mujeres y 22% de los profesores de tiempo completo de cirugía son mujeres. Sin embargo, estoy convencida de que las mujeres tenemos tanta capacidad como los varones para obtener logros en el área que nos propongamos, como es el caso de la cirugía, y que día con día tendremos que seguir “peleando” ese lugar en la sociedad, en las facultades de medicina, en los hospitales, en las sociedades médicas, en las áreas administrativas, en los puestos directivos y de liderazgo, porque como dice el Dr. Dhruv Khullar “Las disparidades no se eliminan solas. Las diferencias se eliminan porque nosotros las eliminamos”.

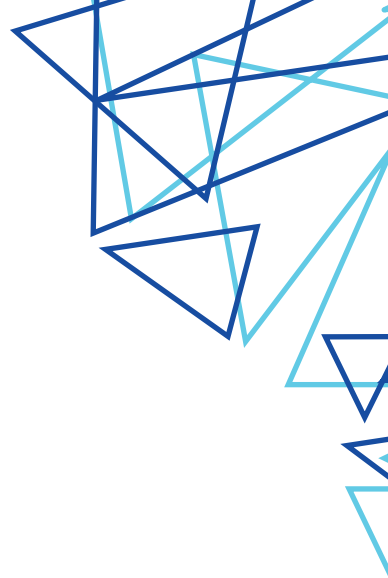
Me siento una mujer de éxito porque: primero, hice la carrera que deseaba y me permite vivir cómodamente como algún día soñé; segundo, realicé la especialidad que me hizo



sentir muy feliz, sigo pensando que el quirófano es uno de los mejores lugares para mí, y aunque por conveniencia en la actualidad me dedico más a la endoscopia gastrointestinal, me siento muy orgullosa de mi formación como cirujana.

REFERENCIAS

1. Cortés-Flores AO, Fuentes-Orozco C, López-Ramírez MK, Velázquez-Ramírez GA, Farías-Llamas OA, Olivares-Becerra JJ, et al. Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gaceta Médica México*. 2005; 141 (4): 341-344.
2. Guille C, Frank E, Zhao Z, Kalmbach DA, Nietert PJ, Mata DA. Work-family conflict and the sex difference in depression among training physicians. *JAMA Intern Med*. 2017; 117 (12): 1766-1772.
3. Khullar D. Being a doctor is hard. it's harder for women. [7 de Diciembre de 2017]. Obtenido de <https://www.nytimes.com/2017/12/07/upshot/being-a-doctor-is-hard-its-harder-for-women.html?ref=nyt-es&mcid=nyt-es&subid=article>.
4. Matey P. INTRAMED. Obtenido de ¿Por qué hay pocas cirujanas mujeres? la situación en España: Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=56154>.



**DRA.
LETICIA
BELTRÁN
BRAVO**

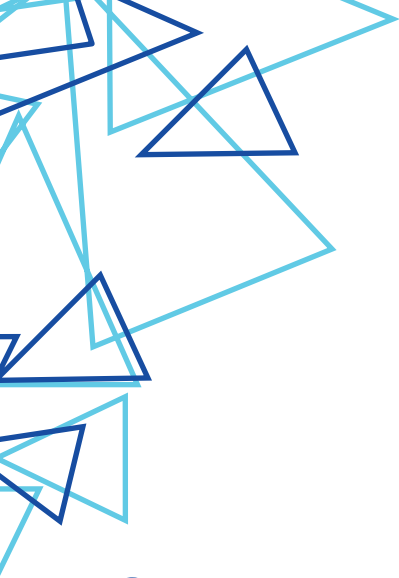
Médico cirujano partero de la Universidad Autónoma de Yucatán (1997-2004).

Especialidad: Cirugía General. Universidad Veracruzana (2008-2012).

Curso de alta especialidad: Endoscopia gastrointestinal (2016-2018 IMSS, Universidad La Salle).

Institución pública: IMSS HGR 251, ISEM "Lic. Adolfo López Mateos".

Práctica privada: Torre Mayo Metepec, Estado de México.



Una zurda en el mundo de los cirujanos

Terminé mi residencia gracias a mi astucia y tenacidad, aprendí mucho durante esos cuatro años, me hice más fuerte y nunca pedí trato especial por ser mujer. Además, donde hice mi especialidad tuve la fortuna de contar con algunos profesores cirujanos de los que también pude aprender.

Al titularme continué en la institución pública. He tenido la oportunidad de operar diversos casos, en diferentes condiciones y hospitales, con residentes e internos. Durante un tiempo di clases en una maestría de nutrición clínica, me llevaba a mis estudiantes al hospital a ver casos clínicos y evaluar el estado nutricional de los pacientes según sus enfermedades. Realmente me fascina lo que hago y me llena de satisfacción.

Más tarde, decidí tomar el curso de endoscopia gastrointestinal, el cual terminé este año. Ha sido un tiempo de gran esfuerzo y dedicación, así como de sacrificios, pues tuve que mudarme de ciudad para realizar este curso y seguir laborando los fines de semana. También me he dado cuenta de que he hecho buenos amigos con mis compañeros de trabajo y de diferentes especialidades; en algún momento nos hemos ayudado mutuamente con nuestros casos y cirugías.

En una ocasión (hace alrededor de dos años) recuerdo que desperté sintiéndome no muy bien físicamente, pensé “ya se me pasará”, ese día tenía tres cirugías programadas. Al iniciar la tercera cirugía le pedí a un compañero que entrara conmigo a un desempaqueamiento porque no me sentía bien. Terminando la cirugía me realicé unos análisis de sangre y un ultrasonido. Resultó que tenía apendicitis. No fui un caso con manifestacio-

Cuando decidí hacer una especialidad pensé en un principio estudiar pediatría: es una especialidad donde las mujeres son bien aceptadas, probablemente por la maternidad que se nos adjudica de forma obligatoria en la sociedad mexicana. En el transcurso de mi servicio social y el año posterior a éste me di cuenta de que no era lo mío, que quería estar en quirófano y operar; tener una resolución rápida y efectiva para las enfermedades de mis pacientes.

Desde mi ingreso a la residencia de cirugía general noté la diferencia en el número de compañeros del género masculino que entraron junto conmigo; en el transcurso de la residencia mis dos compañeras de año se cambiaron de hospital y aproximadamente en agosto del segundo año compartía el espacio, los pendientes, las notas, indicaciones y castigos con 10 hombres. Notaba que el trato no era igual con ellos y conmigo; sufrí acoso e injusticias... pero sobreviví.

Desde la infancia, por ser zurda he tenido que adaptarme a utilizar mis manos por igual. Con el instrumental quirúrgico fue el mismo proceso; algunos profesores me indicaban que suturara con la mano derecha y algunas cirugías requerían mayor control con esa mano, además de que no había instrumental para zurdos.

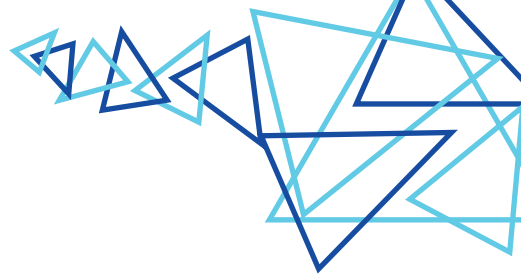
nes típicas de libro. En fin, fui operada esa misma tarde y al día siguiente mis pacientes me vieron como uno de ellos en esa bata verde que caracteriza tanto al Seguro Social.

Otro recuerdo que tengo muy fresco ocurrió aquel 19 de septiembre durante el temblor en la Ciudad de México. Estaba realizando una CPRE cuando inició el sismo: las torres de endoscopia, la camilla y el fluoroscopio empezaron a moverse violentamente, suspendimos el procedimiento, le dije a la familiar de la paciente que saliera del edificio, que nosotros cuidaríamos a su mamá. Cuando terminó el temblor la cambiamos de camilla y salimos del hospital. La paciente despertó en la explanada del hospital con la noticia del temblor y sin recuerdo alguno.

Creo que hay tantas anécdotas que podría contar para ejemplificar lo que para mí significa la cirugía general y la endoscopia, pero sobre todo quiero definir que para mí el éxito es sentirse plena, hacer lo que a uno le gusta, operar con la intención de mejorar la salud de

una persona que pone su vida en mis manos y en la del equipo quirúrgico. Tener respeto y admiración por los compañeros y maestros que, aunque no son y no somos perfectos, hacemos lo mejor que podemos por nuestros pacientes.

En la vida personal también me considero una persona completa: no me he casado, no tengo hijos, pero tengo a mi madre y a mis hermanas a las que adoro y haría cualquier cosa por ellas, así como amigos que son como mi familia. Todos los días intento conseguir un equilibrio entre mi salud, mi vida personal, laboral y cultural. Espero poder seguir dedicándome a esto muchos años de mi vida. Crecer como persona y como cirujana, aunque sea zurda en un mundo de hombres.





**DRA.
LILIA
COTE
ESTRADA**

Médico Cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México. Cirugía General, Centro Médico “La Raza”, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Certificada y recertificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General.

Gestión en cirugía. Diplomado de Políticas Públicas de Salud y Seguridad Social INAP y Gerencia Hospitalaria CIES. Estancia Hospital San Pau y San Creu, Universidad de Barcelona.

Maestría en Administración en Instituciones de Salud. Universidad La Salle.

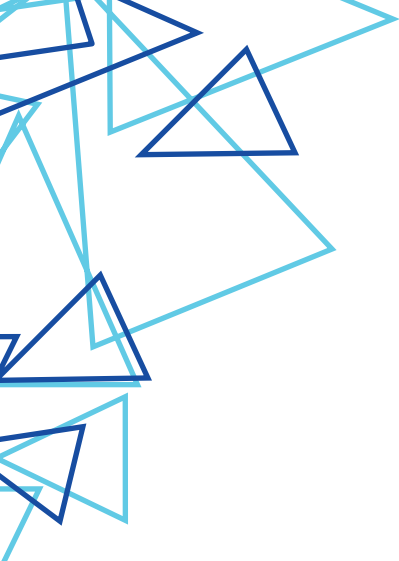
Especialidad Derecho Administrativo Facultad de Derecho, UNAM.

Asesor médico. Unidad de Atención Médica y Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Consejero titular. Consejo Asesor Científico Médico del ISSSTE.

Asesor en Seguridad del Paciente. Academia Aesculap México. Autor de tres libros: *Controversias médico legales*, *Cirugía en el Paciente Geriátrico* y *Mejores Prácticas en Calidad y Seguridad del Paciente*.

Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General (2008-2009).



Abrir caminos para cerrar brechas

Tratándose de la vocación profesional, en la página de los recuerdos, una escena siempre ha estado presente y con tanta claridad como si fuera ayer, un aula de tercer grado de primaria, una profesora apasionada de su labor y una pequeña queriendo descubrir cosas nuevas; causalmente el aparato digestivo. ¿Cómo funciona el esófago, estómago, hígado, páncreas? En cada función de los órganos se iba abriendo un cúmulo de interrogantes. ¿Por qué y cómo esto pasaba en mi propio cuerpo? Pero la principal interrogante: y cuando no funciona bien ¿cómo y quién lo repara?

La profesora de inmediato contestó, “se presentan las enfermedades...”

¿Y quién arregla estos desajustes? El médico es quien prescribe los medicamentos indicados y cuando no es posible resolverlo de esta forma, el cirujano es quien al final corrige las alteraciones. ¿El cirujano? Probablemente había escuchado esta palabra, pero con la explicación previa se convirtió a partir de entonces en una palabra mágica que posteriormente constituyó un derrotero en mi vida profesional.

Continué con mi formación hasta ingresar a la carrera de medicina, no había sido fácil, pero las cosas se iban dando para cumplir tan

anhelado sueño. En aquella época las mujeres que nos preparábamos para ser médicos tan sólo éramos entre el 25 y 30%.

Después del riguroso filtro para ingresar a la residencia rotatoria y confirmar con mayor determinación mi inclinación quirúrgica, había que lograr ser aceptada en la residencia de cirugía. “¿Cómo? ¿Usted quiere ingresar a cirugía general, doctora? Esta especialidad no es para mujeres, se va casar y va a tener hijitos, es mejor para usted dermatología, pediatría, ¡ah! en oftalmología le va a ir muy bien económicamente; estas especialidades son propias para una mujer...” Primero hubo un tono amable tratando de convencerme, pero ante mi insistencia el tono se convirtió en una determinación de autoridad, “pues no, doctora, usted no tiene cabida en este servicio”. Entonces le comenté al doctor que yo sabía de sus antecedentes y todos decían que era un cirujano brillante e inteligente, entonces lo único que yo esperaba era una respuesta inteligente del porqué no podría ingresar a cirugía general. El silencio interrumpió la contestación para finalmente decir: “¡Está bien!, pero...” a continuación vino un listado de requisitos nada sencillos; sin embargo, fueron *peccata minuta*, el objetivo se había alcanzado.

Única mujer en mi generación, en la anterior sin presencia femenina, en la siguiente dos mujeres, a una, los profesores consideraron no debía continuar y la dieron de baja al término del R2 y la segunda falleció en el R3. Años de intenso aprendizaje no sólo en el terreno de la cirugía, sino de convivencia, ser más eficiente, optimizar el tiempo, pero sobre todo disciplina y resiliencia. Más que una etapa traumática por las exigencias, la in-

tensidad de actividades, mínimas horas para dormir y mucho menos para descansar, para mí fue una etapa de gozo y plenitud, mi sueño se iba realizando día a día.

A pesar de las situaciones no digamos difíciles, sino diferentes, no tengo más que el mejor de los recuerdos de mis profesores y compañeros de residencia, por cierto todos ellos muy brillantes.

Siempre segura de poder combinar la vida profesional con la familiar, me casé al término del R1, sobra decir que después de 36 años de unión y dos hijos maravillosos, sólo puedo enfatizar que mi familia ha sido la clave de una unión indisoluble y el motor de muchas aventuras, por no decir locuras.

Con el devenir de los años, la cirugía me tenía muchas sorpresas porque curiosamente ésta me llevó por los que al parecer eran rumbos diferentes, pero me han permitido una enorme enseñanza y crecimiento que han complementado mi formación académica y personal y mejor aún, me enriquecieron como cirujana.

Fui testigo del nacimiento de la cirugía de mínima invasión en México con el Dr. Leopoldo Gutiérrez Rodríguez, algo impensable en ese momento, con el mayor escepticismo por parte de toda la comunidad quirúrgica. Con un instrumental rudimentario, pero con mucha entereza y determinación, el Dr. Gutiérrez logró el cometido, lo que después se convertiría en un estándar de oro en la práctica del cirujano general.

El doctor Jorge Pérez Castro, en ese entonces jefe de Servicio del Hospital General de Zona Núm. 8 del IMSS donde realicé toda mi práctica quirúrgica institucional, me invitó a participar por primera vez en la mesa directiva de la Asociación Mexicana de Cirugía General durante la gestión del doctor José Rayendo Manzano Trovamála, ahí iniciaría mi incursión en mi querida Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG).

El paciente quirúrgico, mi pasión, no concebía mi vida laboral fuera de un quirófano, lo cierto y paradójico es que los alcances que se pueden tener para mejorar la atención médica a veces están fuera de la sala de operaciones.

Después de varios años uno de mis alumnos en el diplomado de Cirugía Laparoscópica, el Dr. Armando Valle González, quién era directivo del IMSS, me provocó fuertemente al decirme que yo lo único que sabía era operar, bien, sí, pero al fin y al cabo eso era lo único que sabía... lo demás no lo podía entender, él era el único cirujano en ese entonces con doctorado en Administración Pública, y me otorgó una beca para un diplomado en el Instituto Nacional de Administración Pública, y con ese lenguaje extraño de difícil razonamiento empecé a involucrarme con economía, gerencia y política, entre otras cosas. Me fue cautivando ese conocimiento diferente, así vinieron más diplomados en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Tecnológico de Monterrey, de gestión en Barcelona y finalmente una maestría en Administración. Cuando para mí no existía ni había nada más importante que el paciente y una sala de operaciones, mis profesores reiteradamente afirmaban el beneficio y alcance de una política pública. Tener un mayor espectro.

El inicio de las leyes: el mismo doctor Valle, ahora con una formación administrativa, me invitó a trabajar en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico desde su controvertida creación, como no concebía mi vida fuera del quirófano, rechacé una muy buena propuesta desde el punto de vista económico, alegando que sólo aceptaría si se tratara de una dirección. Lejos de estar triste por rechazar una oferta de trabajo aceptable, regresé de la entrevista muy contenta, pero cuál sería mi sorpresa que en menos semanas de lo imaginado, ya me estaban ofreciendo la dirección

que yo había solicitado, entonces acepté, pero me consolé pensando que pediría un permiso de un mes para no quedar mal y luego regresaría, pero ese mes se convirtió en siete años.

Nunca dejé mi práctica quirúrgica, pero ahora sólo sería desde la práctica privada.

Los primeros días muy difíciles, cómo podría estar en una oficina gran parte del tiempo en lugar de correr del servicio de urgencias al quirófono, revisando casos clínicos, estando en contacto con pacientes, mientras que en mi nuevo lugar ni siquiera entendía los términos legales y todo lo que significaban. Pero lo desconocido para mí hasta ese entonces me fue cautivando.

Fue difícil ver de cerca cómo por descuidos involuntarios se podría dañar tanto a un paciente, incluso hasta perder la vida o el reverso de la moneda, cómo se podría afectar al médico en su reputación, desarrollo profesional, economía y entorno familiar por una injusticia.

Los cientos de casos en los que participé directamente no sólo acrecentaron mi conocimiento médico, sino que fueron adelgazando mi piel y me dieron una mayor sensibilidad, de la que surgió mi convicción de trabajar en dos derroteros: seguridad del paciente y seguridad jurídica del cirujano. Formalicé mi preparación jurídica con una especialidad en Derecho Administrativo en la Facultad de Derecho de la UNAM.

Ante mi insistencia en el tema, me invitaron a formar parte del Comité Legal de la AMCG y en 1998 durante la gestión del doctor Armando Castillo, insistí en que hubiera un curso médico-legal, las preguntas eran: ¿Para qué le puede servir esto al cirujano?, ¿cómo vamos a entender las leyes? A partir de entonces inició el curso médico-legal en los congresos y después de varios años se iniciaron los cursos médico-legales para la formación de peritos en todos los colegios de los estados, haciendo conciencia en el cirujano

no de su importancia y no para realizar una medicina defensiva, sino practicar una medicina asertiva para cuidar y prevenir el daño al paciente y evitar afectaciones legales para el cirujano.

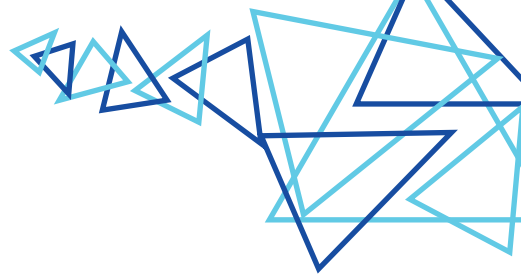
Después de 17 años de haber trabajado intensamente para lograr beneficios para el cirujano general desde el comité legal, llegó el momento de aspirar a presidir la asociación.

¿Cómo era posible mantener esta aspiración? No había precedentes, era lógico pensar que había detractores a mi proyecto; fue una de las pocas contiendas donde hubo tres aspirantes, competía con dos brillantes cirujanos de gran trayectoria, lo que dificultaba aún más las posibilidades; sin embargo, al mismo tiempo lo hacía más retador y lograr la presidencia fue realmente un triunfo.

No sólo fue difícil ganar, era algo nunca vivido en la historia de la AMCG, pero además, hace 10 años el número de cirujanas era menor y menos aún de las cirujanas que participaban activamente en la AMCG, sin el apoyo que dan las redes sociales y todos los medios de comunicación en la actualidad.

Indiscutiblemente la aspiración era personal, pero si algo movía con mayor intensidad este deseo era **abrir el camino para cerrar las brechas** de género existentes hasta este momento.

El disfrute fue grande pese a que 2009 fue un año de crisis económica global, que por supuesto afectó a México; el Centro de Convenciones Mundo Imperial contratado para el congreso no se concluyó, hubo la epidemia de influenza, se difirió el Congreso de Cirugía Endoscópica habitualmente de mayo a agosto; todo esto influyó, pero debía enfrentarme



a mayores dificultades para saborear aún más el logro.

Durante mi gestión centre los esfuerzos en tres líneas de trabajo, enuncio las principales actividades.

I. Académico

- Reunión NOTES.
- Primer Consenso Mexicano de Prevención de Infección en Sitio quirúrgico.
- Primer Foro para el Estudio de la Cirugía Metabólica en México.
- Ecos Internacionales de Cirugía, Encuentro Nacional de Cirujanos, “Hacia una mejor propuesta educativa en cirugía” y el XXXIII Congreso Internacional de Cirugía General, con un programa muy completo y fue la primera edición de Jeopardi para incentivar la participación de los residentes de cirugía. Seis reuniones regionales (Durango, Morelia, Chihuahua, Guanajuato, Acapulco y Cancún).
- El médico y la cultura y el Curso – taller: el Perito en medicina y cirugía.
- Se inició la versión electrónica del Boletín de la AMCG, se publicaron dos Guías de Práctica Clínica:

Manejo del pie diabético y Diagnóstico y tratamiento de pacientes portadores de VIH/SIDA con abdomen agudo.

- Código de ética.

II. Corporativo. El objetivo fue dar continuidad a los estándares de calidad e implementados para la certificación ISO. Se desarrollaron los Reglamentos del Comité Médico Legal y de Educación Médica Continua.

Inauguró el Museo de la AMCG, desarrollado por el Dr. José Fenig

III. Gremial

Servicio Social. Cuatro campañas de Cirugía Extramuros.

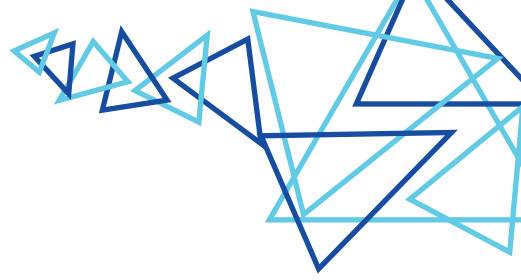
Promoción de leyes. Presentados a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Inclusión de tasa 0 para el pago de impuestos a los profesionales de la Salud, Adición a la Ley General de Salud. Obligaciones de los usuarios y liberar orden de presentación en lugar de orden de aprehensión.

Formar lista de peritos. Se han formado lista de peritos en todos los estados de la República Mexicana.

Participamos con el Gobierno Federal como Asociación Civil con la “Alianza por un México Sano”.



Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC) 2009.



Proyecto Enlace, promovió la consulta y consenso entre los cirujanos de todo el país para conocer la problemática e identificar las posibles propuestas a los órganos legislativos.

Brevemente relaté mi historia y aunque me hubiera gustado mencionar a todas aquellas personas que influyeron decisivamente en mi crecimiento profesional, el espacio no lo permite, pero tengan la seguridad de mi gratitud permanente. Los altibajos de una vida profesional han construido una vida ordinaria; creyente por convicción agradezco a Dios y a la vida el ser privilegiada con mi familia y amigos y el regalo de mi profesión, hacer lo que me gusta con entrega y pasión.

Concluyo con la transcripción de los mensajes de la toma de la presidencia y el agradecimiento al término de este periodo. Recordar es vivir...

ESTIMADOS COMPAÑEROS CIRUJANOS:

Con gran orgullo recibo el enorme compromiso de conducir el destino de nuestra querida asociación, y sobre todo el reto que esto significa ante el brillante desempeño que me ha precedido en manos de grandes líderes de la cirugía general en México.

Me presento ante ustedes con un año de intenso trabajo pensando en la diversidad de necesidades con una participación plural e incluyente y la firme intención de aportar nuevos esquemas de comunicación, educación, aseguramiento y tecnología.

Las condiciones actuales de nuestra profesión demandan, hoy más que nunca, conjuntar los esfuerzos para el mayor logro de los beneficios gremiales. En este sentido, la participación de cada uno de los cirujanos, independientemente de la zona geográfica o del género, amalgamará todas sus fortalezas

para mantener una organización cada vez más vigorosa.

La complejidad de nuestras organizaciones nos exige la correcta planeación, la estricta ejecución y la adecuada continuidad de los proyectos y programas, condiciones que permiten alcanzar las metas deseadas; consciente de ello, las acciones se han conducido en esa dirección. Es cierto que los objetivos son muy ambiciosos; sin embargo, no queda duda de que se alcanzarán con la participación de todos ustedes, y gracias a un grupo de cirujanos de gran talento y con el único interés de servir a la comunidad quirúrgica quienes compartirán conmigo esta hermosa aventura.

Finalmente les reitero mi total disposición para mantenernos comunicados y estar cada vez más cerca.

AGRADECIMIENTO AL TÉRMINO DE MI GESTIÓN

El haber tenido el honor de dirigir a nuestra querida asociación sin lugar a dudas ha sido una gran distinción que me ha otorgado la comunidad quirúrgica, he puesto mi máximo empeño para cumplir a cabalidad las obligaciones que impone ser presidente de una de las organizaciones quirúrgicas más importantes del país. Estoy consciente de que falta mucho por hacer, pero también reconozco que ha sido un año de grandes logros, éstos siempre pensando en el beneficio del socio.

El resultado final no ha sido el trabajo de una persona, sino el esfuerzo continuado de todo un equipo para quienes sólo tengo mi más sincero agradecimiento.

Gracias a los integrantes de mi mesa directiva, integrada no sólo por brillantes cirujanos, sino por grandes seres humanos con vocación de servicio, de quienes recibí siempre un apoyo incondicional y la mano amiga. Mi reconocimiento, admiración y afecto.

Gracias al personal de la asociación, su tolerancia y comprensión me facilitaron cada una de las tareas, me fortalecieron en momentos difíciles, su disposición y empeño están a toda prueba.

A los proveedores, a la industria...

A mi familia por su paciencia, comprensión y apoyo incondicional y por todo el amor que día a día me han regalado.

*La igualdad de la mujer
debe ser un componente central
de cualquier intento de resolver los problemas
sociales, económicos y políticos del mundo.*

Kofi Annan



DRA. LOURDES DELGADO DE LA CRUZ

Enfermera general. Universidad Autónoma de Guerrero.
Cirujano general desde el año 2002. UNAM.
Jefe de servicio de Cirugía General (2008-2019) de la Secretaría de Salud.
Especialista en Endoscopia Gastrointestinal desde 2004. UNAM y el Instituto Nacional de Cancerología.
Adscrita al Servicio de Cirugía en el IMSS (2004-2017).
Adscrita al Servicio de Endoscopia Gastrointestinal de la Secretaría de Salud.
Subdirectora del Hospital Regional IMSS desde el año 2017.
Socia, cofundadora y subdirectora médica del Hospital Farallón de la iniciativa privada. El hospital más grande y equipado del estado de Guerrero.



La operación de mi vida

Desde que inicié la carrera de enfermería en 1986, he pasado parte de mi vida en los hospitales. Al terminar la carrera en 1990, inicié el servicio social en el Hospital General de Acapulco, el más grande del estado de Guerrero, siendo enfermera conocí lo que es ser un médico interno de pregrado; tal vez por mi corta edad o la falta de oportunidades o mi espíritu aventurero, al terminar esta etapa me pregunté: ¿Qué voy a hacer ahora? Me respondí: voy a estudiar medicina. Así ingresé a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Guerrero. Durante los cuatro años de carrera trabajé como enfermera, iba y venía de la escuela al trabajo, fueron cuatro años de mucho aprendizaje, ya que pasaba la mayor parte del tiempo en quirófano con los residentes de cirugía, ya sea instrumentando o como circulante de la sala. En el internado (1995-1996) descubrí en realidad lo que es ser un cirujano: es un médico libre que camina por todos los pisos y valora pacientes de todas las áreas del hospital (medicina interna, ginecología, pediatría, urgencias, etcétera). Amé la libertad y resolver en menor tiempo los problemas quirúrgicos de los pacientes.

Me hice cirujana general (1998-2002) en el mismo hospital que me formó como enfermera; algunas personas demostraron feli-

cidad, otras, envidia. Viví en carne propia la discriminación por parte de algunos compañeros y la obligatoriedad de asistir a los convivios. Fui la segunda cirujana egresada del hospital. En ese tiempo los cirujanos que egresaban tenían trabajo como directores en los hospitales rurales del estado; yo no quería eso, yo quería trabajar en una ciudad y seguir estudiando, así participé en la selección para el Curso de Postgrado de Endoscopia Gastrointestinal y fui aceptada en el Instituto Nacional de Cancerología, durante dos años viví experiencias increíbles, crecí profesionalmente y como persona.

Decidí regresar a Acapulco al terminar endoscopia en 2004 y mi primer objetivo fue entrar al Hospital General Regional N° 1 “Vicente Guerrero” del Instituto Mexicano del Seguro Social, el más grande del estado; ingresé sin mayor problema como especialista eventual (08) y cubría diferentes servicios como urgencias, gastroenterología, endoscopia y cirugía en las diferentes subespecialidades, hasta fui médico de traslados un par de veces. Trabajé en todos los turnos hasta que sucedió algo maravilloso en mi vida: fui mamá a la edad de 37 años de una hermosa niña y decidí permanecer en el turno nocturno donde continué como cirujana general y más tarde logré ser la subdirectora, cargo que actualmente sigo desempeñando.

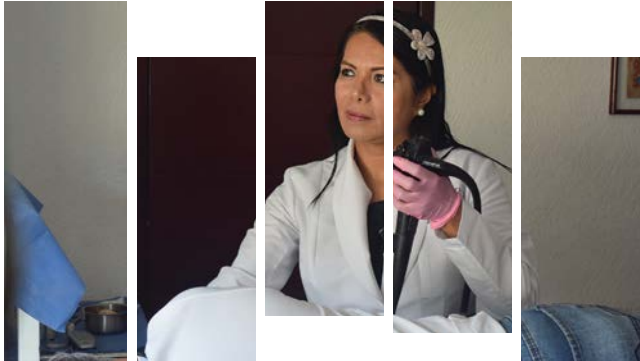
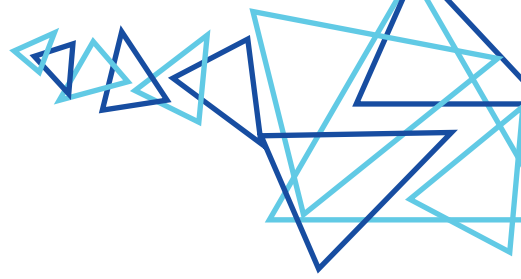
Hice equipo con médicos valiosos y exitosos, dos años después inauguré mi consultorio en el Hospital del Pacífico, un hospital privado de prestigio donde me desempeñé como cirujana general y endoscopista. Al mismo tiempo ingresé al Hospital General de Acapulco de la Secretaría de Salud donde estuve como jefe de

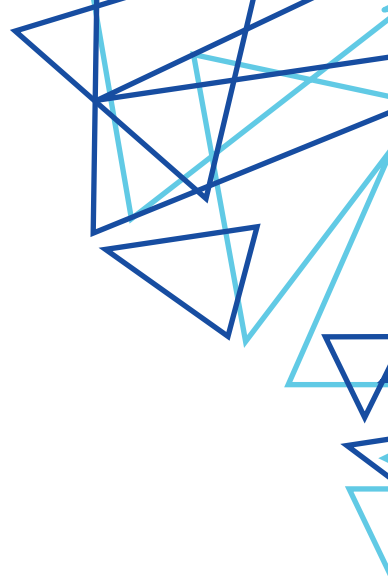
servicio desde el año 2008 hasta enero de 2018, durante este tiempo realicé labores administrativas y, como única endoscopista, efectué estudios diagnósticos y terapéuticos además de apoyar a los residentes en los procedimientos quirúrgicos, puesto que lo dejé para hacerme cargo exclusivamente de la unidad de endoscopia del nuevo hospital recién inaugurado.

Durante estos años surgieron oportunidades como formar parte del grupo de médicos de un hospital privado, todos ellos quirúrgicos y emprendedores, iniciamos un proyecto para la construcción del Hospital Farallón, el cual culminó en el año 2012. Ahora puedo decir con orgullo que pertenezco al personal de médicos haciendo actividades como ciru-

jana, endoscopista y además, desempeñando el cargo como subdirector médico en el mejor hospital privado del estado de Guerrero.

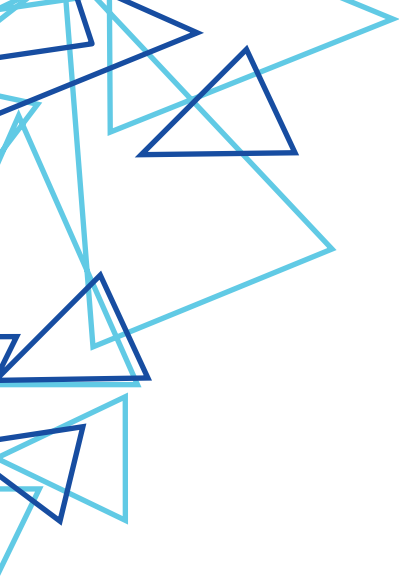
Hoy en día me siento satisfecha de todo lo que he logrado, estoy segura de que puedo lograr más, pero mi vida en la actualidad (además del trabajo) gira alrededor de eventos infantiles y convivios con mujeres que tienen cosas en común conmigo: mi pequeña hija Vania.





**DRA.
LUCÍA
VÁSQUEZ
SÁNCHEZ**

Médico Cirujano. Universidad La Salle.
Especialidad de Cirugía General. Hospital Juárez de México.
Profesor Asociado del Diplomado de Cirugía Laparoscópica Avanzada. Hospital Juárez de México.
Cursos de Endoscopia Terapéutica Avanzada. Hospital Johns Hopkins.
Miembro activo de la Sociedad Mexicana de Cirugía General.
Endoscopia Gastrointestinal. Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.



El fénix que todos traemos dentro

Inicio mi residencia de cirugía general en el 2011, en un hospital de la Ciudad de México. Al igual que mis compañeros, dormía muy poco y los pendientes muchas veces nos rebasaban. Durante mi primer año como residente, tras haber dormido tres horas, me dirigí al hospital en mi automóvil y cerca de las 5:30 de la mañana tuve un accidente de tránsito donde lamentablemente una persona salió herida; esto por supuesto, además de impactarme emocionalmente, me trajo una serie de problemas legales que, como se imaginarán, fue difícil de compaginar con mi residencia, ya que tenía que pedir permisos especiales para ir ante las autoridades cada que me lo pedían.

Aunado a este problema, al iniciar mi segundo año de residencia me sentía diferente a mis compañeros, por alguna razón aunque la carga de trabajo había disminuido seguía con hipersomnia, por lo cual decidí acudir a la Clínica del Sueño del INER donde fui diagnosticada con narcolepsia. Posterior a esto, recibí apoyo y tratamiento de la clínica de salud mental de la UNAM por síndrome de *Burnout*, con lo cual mejoré. En fin, la situación se volvía incómoda porque yo tenía la necesidad de cumplir con mis funciones de residente y en ocasiones tenía que cancelar

mis citas médicas con tal de no descuidar mi formación profesional, lo cual poco a poco tampoco resultó bien.

Durante mi tercer año de residencia hubo un cambio de jefe de servicio, la nueva jefa estaba incómoda con mi situación, llegó a decirme que no creía que yo estuviera preparada para ser promovida de año. Cerca de octubre de 2013, la nueva jefa de servicio y la jefa de enseñanza me obligaron a tomar vacaciones de un mes, casi al cabo de mi periodo normal vacacional, acudí con ellas manifestando que me sentía mucho mejor y mis médicos tratantes estaban de acuerdo. Ellas se negaron a dejarme regresar y me amenazaron, querían obligarme a que me diera de baja voluntariamente porque ellas no creían que alguien como yo debiera ser cirujana. Las doctoras armaron un expediente falso y notificaron al postgrado de la Universidad, por lo que al llegar con ellos buscando ayuda, me sugirieron dejar la medicina y dedicarme a otra cosa. En las oficinas de postgrado se dedicaron a estudiar mi caso, al mismo tiempo que en mi hospital no me dejaban realizar mis actividades propias de la residencia y a finales del año académico suspendieron el pago de mi beca. Preocupada, acudí a la Secretaría de Salud sólo para descubrir que el hospital me había dado de baja “temporal” que más bien fue definitiva; al mismo tiempo la Universidad mandó un escrito por medio de un abogado diciendo que “alguien como yo” no podía ser cirujana. Tras una asesoría y búsqueda de segundas opiniones, el dictamen de la Universidad me favoreció.

Ya siendo 2014, yo sólo quería ser reincorporada a mis estudios de postgrado, ¡sólo me

faltaba un año para terminar! En la Universidad descubrí que a pesar de haber hecho mis evaluaciones que aprobaban mi paso al último año de residencia, mi hospital nunca notificó mis calificaciones, por lo tanto, tendría que repetir el tercer año.

En 2015 intenté por todos los medios buscar una sede que me aceptara para terminar mi residencia, buscando presupuesto y aval académico, recorrí cada hospital de la Ciudad de México, acudí al Estado de México, a Puebla, Hidalgo, Guanajuato, Querétaro, Yucatán, Guerrero, Oaxaca; numerosas citas con el IMSS y el ISSSTE a nivel nacional sin obtener respuesta.

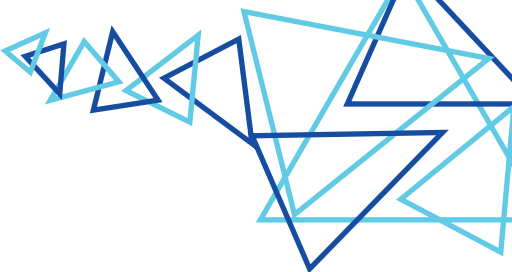
Durante ese periodo, mi vida personal vivió un gran impacto; al mismo tiempo que esto ocurría, mi mamá fue diagnosticada con cáncer de mama y mi padre perdió su trabajo. Simultáneamente intentaba regresar a mis estudios, trabajé medio tiempo como docente de pregrado de medicina, actividad que resultó muy fructífera, me hizo sentir útil, mi miedo a exponer (el cual se generó durante mis primeros años de residencia) desapareció hasta el punto que ahora lo disfruto mucho. Recibí reconocimiento de mis alumnos y eso me llenó de mucha satisfacción y fuerza para seguir adelante. También trabajé como médico de piso en una clínica en la colonia Roma, volví a estar en contacto con los pacientes, la convivencia con ellos y mis compañeros me hicieron volver a sentir apreciada tanto por mi persona como por mi trabajo.

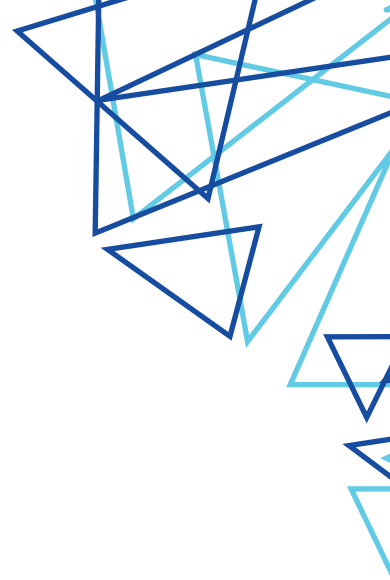
A la par de mis estudios de medicina, me he desempeñado como artista plástica (actividad que había dejado de lado al iniciar la residencia) y durante estos años me resultó un escape que me ayudó a reencontrar una parte de mí que había ignorado por años. Tuve la fortuna de reingresar a este medio, conocí nuevas personas, estuve activa en exposiciones colectivas y mi trabajo artístico floreció. Desde entonces, no he parado de

compaginarlo con la medicina, lo cual me hace muy feliz. Muchas personas, médicos, amigos e incluso familia me decían que tal vez debía cambiar mi meta, que me derivara a una subespecialidad; sin embargo, mi meta siempre fue ser cirujana para después ser endoscopista y no iba a renunciar a mi sueño tan fácilmente. Muchas horas pasé rezando, llorando, buscando una oportunidad de poder terminar la residencia; el milagro ocurrió en abril de 2016, cuando por parte de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos de Salud y gracias a un doctor que estuvo pendiente de mi caso y a un antiguo maestro oncólogo, llegué al Hospital Juárez de México, donde el Jefe de Cirugía General de ese entonces me aceptó, decidió creer en mí y se convirtió en mi maestro. A estos doctores les estaré eternamente agradecida por ayudarme a renacer de las cenizas.

Regresé con todas las ganas del mundo, apoyé a los residentes de menor jerarquía como a mí me hubiera gustado que me apoyaran, tuve mucha actividad en congresos, publiqué en una revista internacional e hice una revisión de nuestros pacientes que nos llevó al Congreso Mundial de Páncreas en Argentina 2017. Apoyé y sigo apoyando el diplomado de cirugía laparoscópica avanzada como profesora adjunta. En 2018, además de haber sacado la nota más alta de cirugía general en mi hospital, terminé mi residencia en febrero, recibí felicitaciones en mi examen de consejo y al fin soy cirujana general titulada. He estado como ponente en cursos de la Asociación Mexicana de Cirugía General, incluso al lado de algunos que fueron mis maestros en el primer hospital y que en su momento no hubieran apostado por mí. He entrado al curso de alta especialidad en Endoscopia Gastrointestinal y he vivido la maravillosa experiencia de haber estado en dos ocasiones en el Hospital de Johns Hopkins, en Baltimore, Maryland, durante el curso de en-

doscopya terapéutica que hacen cada año. Así que, después de todo esto, creo que las cosas pasan por alguna razón, he aprendido lecciones importantes y creo que me he esforzado en demostrar que “alguien como yo” sí puede ser cirujana.





**DRA.
LUZ MARÍA
RIVAS
MORENO**

Médico Cirujano. Especialidad de Cirugía General 1999.
Hospital sede: Hospital Regional 1° de Octubre. ISSSTE.
Ciudad de México.

Fellowship Cirugía de Trauma: University of Southern,
California USA, 2000-2001.

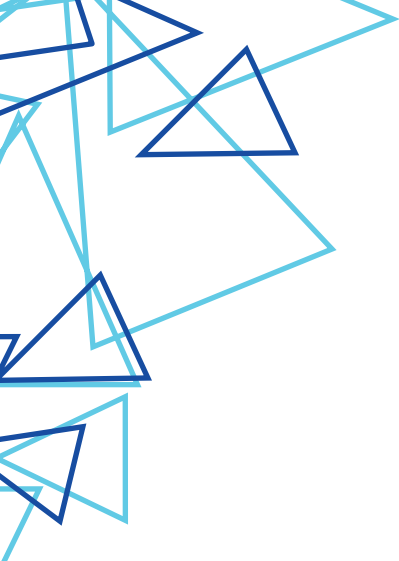
Cédula de Especialidad: AECEM-24736.

Certificación de Consejo de Cirugía 2000-2005:C-99298.

Recertificación: marzo 2016-marzo 2021.

Asociada activa de la AMCG: desde 2002.

Hospital Ángeles de Villahermosa.



Mi padre, primer radiólogo en el estado. “Quiero ser como él, o mejor”. Sueño de una niña...

Desde pequeña crecí rodeada de libros de medicina, y desde entonces me tropecé con mi primera piedra en el camino: mi padre, quien no me permitía acercarme a nada que tuviera que ver con su profesión; decía que era una carrera muy dura y larga para una mujer, y debo reconocer que en parte tenía razón. A pesar de eso, me empeñé en estudiar medicina, y conté sólo con el apoyo de mi madre, ya que mi padre murió en un accidente cuando estaba en el primer año de la facultad.

Decidí por el área quirúrgica desde que entré por primera ocasión a quirófano como estudiante de cuarto año. Me sentí identificada con el perfil del cirujano. Ingresé a la especialidad en 1995; me llamó la atención que en muchas de las entrevistas para ingresar a los programas se enfocaban en mi estado civil, si tenía hijos, si tenía planes próximos a casarme, etcétera; sin embargo, cumplí con todos los requisitos.

¡Uf! El primer año de la especialidad fue el más largo de mi vida, tuve guardias muy pesadas en donde no dormía nada y cuando bien me iba sólo dormía una hora, pero al final todo valió la pena. No obstante, con frecuencia sentía que algunos de mis adscritos nos trataban a las residentes en forma más estricta y dura que a mis compañeros varones, por el mínimo detalle como el no aprender-

me de memoria la Bh de la cama X equivalía a guardia de castigo.

No olvidaré tampoco que en el último año de mi residencia me habló un maestro y me preguntó que si estaba segura de querer ser cirujana, él argumentó que no conocía hasta ese momento a ninguna mujer cirujana exitosa como profesionista, como mujer y como madre, que era algo muy difícil de conjuntar. Un punto de vista muy misógino. Con el tiempo le di en parte la razón; difícil, pero no imposible.

Me interesó mucho el área de la cirugía de trauma y de inmediato al terminar mi especialidad me fui hacer un *Fellow* en esta especialidad a Los Ángeles; regresé a mi estado natal, donde contribuí enormemente a manejar con técnicas selectivas a los pacientes con trauma, fue una lucha al principio cambiar los conceptos a los cirujanos de la vieja escuela.

Desde entonces trabajo en dos instituciones públicas y en la medicina privada. He sido parte de la formación de 18 generaciones de médicos especialistas en dos hospitales sedes donde laboro. Sufrí mucho al inicio de mi práctica profesional, donde me veían como una residente más o peor aún “viene una mujer al servicio, hay que mandarla a que atienda todas las urgencias...”. Con el tiempo fue cambiando esa actitud y ya soy la Dra. Rivas para muchos colegas.

Fui presidente del Colegio de Cirujanos de mi estado, y cumplí cabalmente con el regional de la AMCG en 2014. Me mantengo actualizada año con año al participar en los congresos nacionales de cirugía y de cirugía endoscópica, y en cursos presenciales y en línea de las diferentes asociaciones quirúrgi-

cas. Actualmente formo parte de la Comisión Permanente de Estatutos de la AMCG.

Te cumplí, padre, y te seguiré cumpliendo siendo mejor cada día.

Tengo dos hijas adolescentes de 13 y 15 años, que dicen: “Mi madre es cirujana, quiero ser como ella.” Y yo sólo deseo que sean mejores...





**DRA.
MARTHA
ESPERANZA
RAMÍREZ
MARTÍNEZ**

Médico Cirujano, Facultad de Medicina UNAM.
Cirujano General y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Training Program for Laparoscopic in General Surgery. Laparoscopic and Laser Surgery Institute of Miami, Fl. USA.
Certificada y Recertificada por el Consejo Mexicano de Cirugía General.
Médico Adscrito del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI IMSS de Julio 1992 a Agosto 2016.
Maestría en Administración de Organizaciones, Unidad de Postgrado de FCA UNAM (1998-2001).
Profesor asociado del Curso de Postgrado de la Especialidad ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello CMN SXXI (1993-2015).
Profesor asociado del curso de Postgrado de la Especialidad de ORL del ISSEMyM (2005-2011).
Asistencia a Congresos Nacionales e Internacionales.
Práctica privada Centro Médico Dalinde, Hospital Metropolitano Grupo Ángeles.



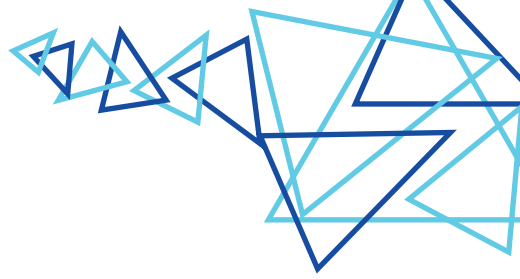
¿Cirujano o Cirujana?

Haber nacido en una familia constituida por tres hijos hombres y yo, tener un padre médico muy disciplinado y en desempeño en el Servicio Médico del Estado Mayor Presidencial, y una madre dulce y empática con todos los colores de la naturaleza humana, fueron los precedentes en mi desarrollo. Como muchos especialistas en el curso de postgrado, fui sometida a una disciplina que en ese momento me parecía digna de una novela. Llegar al hospital antes de las 6:00, guardias ABC, no tener horarios fijos para alimentos, estar ayudando como R1 en la quinta o sexta cirugía a las 3:00 a.m y escuchar “está muy dilatado el colédoco, realizaremos derivación bili digestiva”, me hacía desear haber estudiado alguna profesión menos demandante.

Mi entrañable grupo de 14 residentes de primer año adscritos al Centro Médico Nacional (CMN) Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Hospital Gabriel Mancera, pronto se redujo a 13, alguien no aceptó dejar su pijama de rayas y que no respetaran sus horarios de sueño. Por supuesto mi muy querido “Dr. Manuel Chavelas” dejó muy claras reglas y límites; al inicio del R1 estábamos asustados, pero nos puso en orden a los 13, a pesar de que cada uno tenía personalidades tan diferentes, como el joven norte-

ño que llegó con botas y, según anécdota, con pistola; los bien parecidos y elegantes médicos del inglés, que usaban radiolocalizador y tuteaban a médicos adscritos y profesores; nuestro querido adúlador y amigo que usaba bikini de leopardo en la alberca; también el serio, respetuoso y estudioso, o el estudioso, reservado y divertido que se escapaba al Gym; o con particularidades por su lugar de origen, mi querido conquistador y aparentemente apacible guerrerense; mis muy queridos, amables y alegres amigos dominicanos, o el activo, risueño y amable compañero de Haití. Lloré el primer mes de la residencia; llegaba a las 6 y me preguntaba por qué nuestro jefe llegaba al hospital antes de las 6:30 y se iba a su oficina de Asesor del Director General del IMSS a las 17:00 horas, si su horario era de 7:30 a 14:00 horas.

Entre las actividades del Dr. Chavelas y su grupo, que nos mantenían en tensión y atención, estaban: supervisión de hora de llegada; la revisión de la evolución y el trato a los pacientes: “Sra. Carmen ¿le revisaron con estetoscopio tórax y abdomen? ¿Le cambiaron las gasas y curaron? ¿Le trataron bien?”; recibía guardia a las 7:15 (expediente con notas, indicaciones, dibujos en color de la técnica quirúrgica, en orden y completos, cuidando que supiéramos antecedentes importantes, y el gasto en cada turno de sondas); la exigencia de estudiar para sesión diaria; nuestras actividades en piso, quirófono o urgencias y de nuevo clase a las 14:00 horas; la entrega de guardia con el Dr. Chavelas después de las 16:00 horas, y realizar notas de evolución antes de ir a casa. Y con toda esta presión mis compañeros y maestros en tono de broma me preguntaban “¿cirujano o cirujana?” y yo contestaba “cirujano”, segu-



ra de mi esfuerzo por cumplir en igualdad las exigencias del postgrado. En un grupo de 12 residentes hombres y yo y con toda la presión de actividades antes descritas, mis compañeros y maestros me preguntaban en tono de broma “¿cirujano o cirujana?” y con el firme propósito de demostrar que yo podía cumplir con todas las exigencias, y responder en igualdad de circunstancias, yo contestaba “cirujano”.

Y a pesar de mi desempeño, no faltaba el compañero que me pedía que le cediera la cirugía argumentando “tú no tendrás que sostener a una familia”.

Nuestros periodos de rotación en Centro Médico enriquecieron y profundizaron enormemente el conocimiento y la visión del manejo de pacientes con patologías muy complejas y pacientes con morbilidades múltiples. Haber tenido maestros en el Hospital Gabriel Mancera y en Centro Médico Nacional con pasión y compromiso por la enseñanza, en constante participación académica e innovando, fue un factor fundamental en mi formación.

Al término del postgrado de Cirugía General y tras haberme despertado el interés en el área de Cirugía de Cabeza y Cuello (una Cirugía de Comando con el Dr. Krauze y una Disección Radical de Cuello con el Dr. Rodríguez Cuevas), me entrevisté y solicité adiestramiento en Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del CMN. Durante la residencia había investigado los requisitos para aplicar a la Especialidad de Oncología Quirúrgica en el Hospital de Oncología del CMN, y desistí de hacerla al tener por respuesta: “Dra. puede aplicar para hacer la subespecialidad, pero no se aceptan mujeres en cirugía oncológica”. Sin tener plena conciencia estaba ante un hecho discriminatorio, muy pocos en mi residencia, afortunadamente.

Durante mi adiestramiento me ofreció el jefe de servicio una plaza como médico de base. La pasión por el área de cirugía de cabeza y cuello me hacía querer que no terminara la jornada, y los viernes desear que fueran lunes. Indudable-

mente un área apasionante: anatomía compleja, no sólo la topográfica, sino de órganos como la laringe; resultados sorprendentes como los del tratamiento quirúrgico de estenosis traqueal; la simplicidad o complejidad del hiperparatiroidismo primario, secundario y terciario; el interesante renglón de la fonocirugía; tratar a pacientes con infección cervicofacial profunda y con mediastinitis. Fueron años intensos, maravillosos; era profesora de pregrado en cirugía en Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y aplicaba lo aprendido simultáneamente en la Maestría de Administración de Organizaciones en Postgrado de Contaduría y Administración de la UNAM, mi *alma mater*, con actividades como profesora de postgrado en Otorrinolaringología, profesora invitada en Cirugía Maxilofacial y en Cirugía General, alternando con clases de pregrado en Universidad Anáhuac y U. de Westhill, sin dejar la práctica privada de Cirugía General.

Estos años en cirugía de cabeza y cuello acompañada de brillantes jóvenes cirujanos, formamos excelentes equipos de trabajo multidisciplinarios con cirujanos generales u otorrinolaringólogos, realizamos trabajos de investigación clínica, innovando, presentando en congresos, cursos y foros los resultados de nuestro trabajo. Esos primeros años el trabajo se desarrolló en un ambiente amable, cordial y grato. Simultáneamente era invitada a participar en actividades administrativas en la Dirección de Prestaciones Médicas en el área de Cuadros Básicos del IMSS, y Cuadros Básicos Interinstitucional teniendo oportunidad de participar en sesiones y actividades del Consejo General de Salubridad.

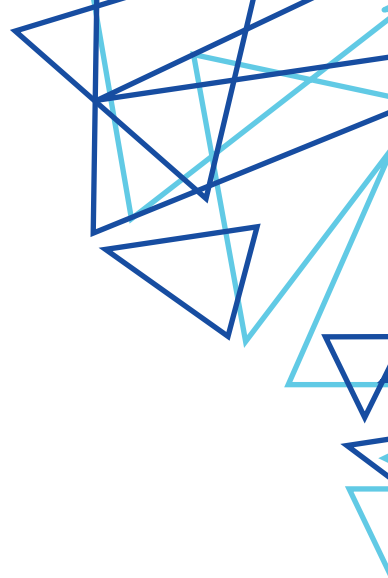
En 1997 mi querido y admirado Dr. Sergio Rodríguez Cuevas fue mi tutor de una estadía

en el Servicio de Tumores de Cabeza y Cuello del H. de Oncología del CMN SXXI, periodo enriquecido también con enseñanza valiosa de mi querido amigo Francisco Gallegos. A mes y medio de concluir el adiestramiento fui propuesta para una posición en la estructura administrativa de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, acepté tras analizar y valorar las dos actividades que me apasionaban (cursaba la maestría de administración). Teniendo la anuencia del Dr. Sergio Rodríguez Cuevas, inicié en el cargo administrativo como interino, estaba en proceso el nombramiento definitivo (posicionada por arriba de una dirección de tercer nivel), parecía el inicio de mi carrera administrativa; sin embargo, fue impugnado el nombramiento por mis jefes en H. de Especialidades a causa de lo indispensable de mi trabajo en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello; y no obstante contar con una comisión temporal firmada y aceptada por las autoridades del hospital, se generó una pugna entre niveles de la estructura formal institucional cuyo resultado fue mi regreso al CMN, a vivir por aproximadamente de cinco a seis meses el capítulo más difícil de mi carrera como cirujano: orden

de rescisión de contrato que fue aclarada con documentos en regla, oír repetidamente en español y en otros idiomas una palabra ofensiva y degradante, la prohibición de operar, no tener residentes a mi cargo y la prohibición a mis compañeros jóvenes, médicos en adiestramiento y enfermeras del servicio de comunicarse conmigo. Esta etapa tuvo su fin una vez que increpé y cuestioné estos hechos, sólo así cesó el maltrato; indudablemente este evento terminó con mi posible carrera administrativa, pero también me hizo más fuerte; sin embargo, no es necesario para ningún ser humano fortalecerse con estos métodos (es difícil no intimidarse por el maltrato de personas que has aprendido a querer y admirar).

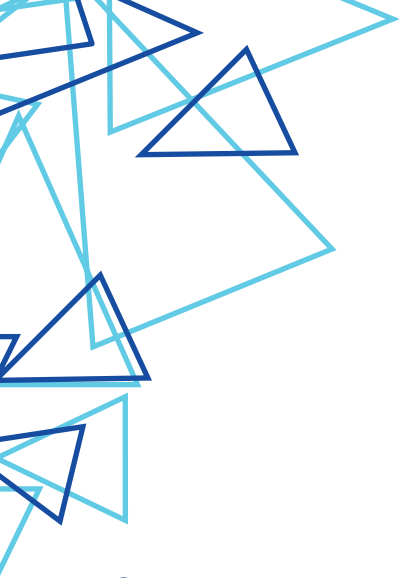
Una vez pasado este periodo y recuperada mi estabilidad, seguí feliz mi desempeño en el ámbito académico, en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y en la práctica privada. Llegó a su término mi vida institucional en el IMSS en 2015 y, afortunadamente, continuó en participación académica y en medicina privada con mucha satisfacción. Estoy agradecida con Dios, con la vida, con mis escuelas, con mis maestros, con mis alumnos, con mis pacientes y con las personas que han formado parte de esta carrera.





**DRA.
MARÍA
NORMA
GÓMEZ
HERRERA**

Médico cirujano. Especialidad en Cirugía General. Maestría en Ciencias Médicas. Reconocimiento del Consejo Mexicano de Cirugía General: 98186, miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General folio 11406, miembro del Colegio de Médicos Especialistas en Cirugía General del Estado de Michoacán.



Los vericuetos y vicisitudes de mi andar por los quirófanos

Soy la hija mayor de una madre adolescente, eso fue afortunado porque me preparó para buscar soluciones insulsas y extraordinarias en mi vida diaria, mientras ella estaba en la escuela. No entraré en detalles sobre esos menesteres para no transgredir el espacio permitido.

Siempre conocí mi vocación, decidí que sería cirujana mmm... desde... que me acuerdo; nadie en mi familia había sido cirujano, ¿cómo era posible? Yo iba resarcir ese lapsus. Con pasión y tenacidad me dediqué a estudiar medicina, después de un minucioso protocolo de selección fui admitida como instructora de disección, así era el nombramiento que daba la Universidad Michoacana a los seleccionados para enseñar las prácticas en cadáver, y sí, recibía una remuneración que ¡era por demás bienvenida! Así transcurrió mi estancia en la Facultad de Medicina, con maestros de excelencia y otros... no tanto. De manera abrupta llegó el día de la titulación, ineludiblemente aprobé por unanimidad; sin embargo, una mención honorífica era a lo que yo aspiraba.

El servicio social fue grandioso y enriquecedor: “Las mil y una historias”. Disfrutaba alegremente las odiseas de “campanas de vacunación”, caminando, y a veces a caballo, re-

corríamos los verdes valles la enfermera Adela y yo; no obstante, cabe mencionar que aquí en Michoacán con su alto índice de criminalidad y con un gobierno incapaz de mantener seguros a los ciudadanos (y por ser principalmente las mujeres y niños los más vulnerables), no recomiendo ya estas caminatas, aun cuando se trate de una vacuna pendiente.

En cierta ocasión, cuando por fin logramos llegar a la casa de Luisito Pineda, que era el único que requería del refuerzo sarampión y rubeola en esa campaña, sucedió que tras horas de camino, en su casa estaban todos sus hermanitos pequeños excepto Luis, que por ser el mayor llevó la comida a su padre que se encontraba en su tierra cultivando, y ni hablar, nos enfilamos hacia el otro valle en su búsqueda, previas gotas de Sabin a todos los hermanitos. Por supuesto que su madre nos describió con precisión la ruta, y fue más didáctica que el Google Maps (así que no me perdí porque soy de esas personas que se desorientan con facilidad impresionante, y si tuviese que entrar al laberinto de Creta, me perdería a tal grado que el minotauro no me encontraría jamás); bueno, volviendo a mi relato: dos horas después el objetivo se cumplió, aunque Luisito no lucía nada contento ni mucho menos agradecido.

En la consulta diaria de mi centro de salud realizaba con ímpetu todo tipo de pequeñas cirugías, y hasta sugería a los enfermos (aunque acudieran por gripe, tos, dolor abdominal, etcétera): “¿Desea quitarse ese lunar? Esta lesión que tiene aquí podría ser removida, ¿lo desea usted?” Y más de una vez los enfermos que habían acudido por otros males aceptaban mis sugerencias. Muchas fueron

las divertidas anécdotas que tenían que ver con suturas y no por no ser narradas aquí son menos trascendentes.

Una vez que aprobé el Examen Nacional de Residencias Médicas, en el momento que ponían en mis manos el reglamento de cirugía, me advirtieron: “Dice pelo corto” y eso era sólo el preámbulo a formar parte de un clan de guerreros novatos llamados “R uno”, de inmediato cumplí, los R dos, tres y cuatro eran una élite... Los días se acortaron, pero las noches parecían haber perdido sus lunas y la mitad de sus horas, era una odisea lograr terminar las curaciones y las notas de evolución; mi alimentación, cuando era posible, era a base de galletitas y cantidades industriales de café. ¡Jamás estuve más delgada!

Apareció un inconveniente: tuve tiroiditis autoinmune con tirotoxicosis, no existen antecedentes de esta enfermedad en mis ancestros, la alimentación no tuvo nada que ver; mi teoría es que presioné mi glándula tiroidea al máximo y cuando la TSH se agotó, no me quedó más remedio que inventar copias parecidas para continuar realizando cirugías. Cada sutura, y cada nudo permiten realizar grandes proezas. Curar cualquier órgano y casi todas las enfermedades. Por cuatro años me dediqué exclusivamente a la cirugía general por la mañana, tarde y noche, cada minuto y cada segundo; sólo había seis quirófanos, en los cuales fui omnipresente. Recuerdo a todos mis enfermos, aunque admito que he olvidado algunos nombres, pero jamás a ellos. No siempre tuve éxito, hubo historias caóticas que se mantienen frescas y muy presentes.

Fui jefa de residentes y reconozco que era estricta y espero que reflexiva, y es probable que haya mejorado, pues ahora soy la profesora del curso de Cirugía en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” en Morelia. Dejé atrás lo de “la letra con sangre entra”, mi objetivo es que estos 17 chicos sean cirujanos de

excelencia, me concentro en su preparación y tomo cursos de pedagogía y enseñanza en salud para encontrar herramientas que me ayuden a favorecer su aprendizaje, espero salir adelante. Para concientizarlos, les conté que mi madre que se acaba de jubilar, se fue de vacaciones a Acapulco y la operaron de urgencia por obstrucción intestinal. Ella tiene cirugías previas, le efectuaron resección intestinal y anastomosis, se fistulizó, la reoperaron, nuevamente se fistulizó, desarrolló sepsis abdominal, entonces fue cuando intervine, me sentí obligada a trasladarla a Morelia y la reoperé yo de urgencia. Las mujeres cuando queremos asegurarnos de que las cosas salgan bien, lo hacemos nosotras mismas; le resequé



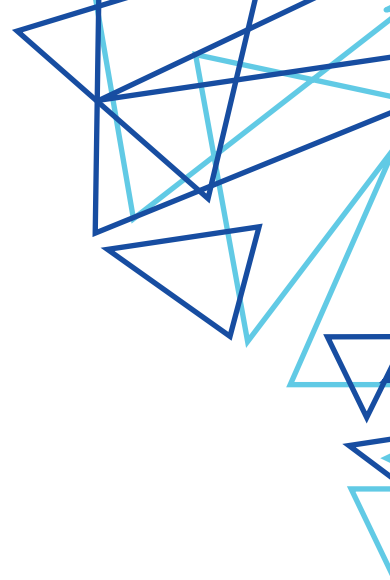
el sitio de la anastomosis que estaba dehiscente... y volví a anastomosar, créanme, era el mejor camino. Todo evolucionó bien, pero esos han sido los ocho días más caóticos en mi vida. Ahora ya no se pelea conmigo (es 14 años mayor que yo) y desde que la operé es un encanto de madre, aunque ya no quisiera visitarla cada ocho días, pues en cuanto llego me abraza y se pone a llorar. Le receté fluoxetina, la cual no toma porque considera que no la necesita.

Me siento realizada, aunque no todo en mi vida va bien, pues mi esposo me pidió el divorcio tras 14 años de casados y se fue con la

enfermera que trabaja en su consultorio. Él es psiquiatra, para mí que ambos están muy alterados mentalmente, ji, ji, ji. Creo que todas estas vicisitudes me han dejado una enseñanza, estoy agradecida y feliz. Sí, me siento bendecida por tener dos hijas maravillosas a las cuales amo intensamente, son adolescentes y les contaré más delante cómo me va.

Mi segundo gran triunfo es ser cirujana general porque “lo de coser se les da bien. ¡Ésas sí saben operar!”.

“Si tienen que hacerme una intervención quirúrgica por favor, por favor, que sea cirujana”.



**DRA.
JACKELINE
HERNÁNDEZ
HURTADO**

Médico Cirujano, Facultad de Medicina "Dr. Alberto Romo Caballero" UAT Campus Tampico 2007-2012.

Médico Interno de Pregrado IMSS MADERO HGR # 6 2012-2013.

Médico Pasante Servicio Social Centro de Salud TANCOL #7 2013-2014.

Asistente Médico, Departamento Cirugía de Tórax Hospital CEMAIN TAMPICO 2014-2016.

Postgrado Cirugía General, Residente Cuarto Año, Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco" 2016-2019.



Mi victoria durante la residencia de cirugía

Me llamo Jackeline Hernández Hurtado, tengo 28 años y soy originaria de Tampico, Tamaulipas. Estudié en la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Medicina “Dr. Alberto Romo Caballero”; en 2016 comencé la residencia de cirugía general en el Hospital General de Tampico “Dr. Carlos Canseco”, donde actualmente me encuentro cursando el tercer año de cirugía general.

Mi sueño por convertirme en cirujana comenzó en el sexto semestre de la carrera al cursar la materia de cirugía. Durante el internado supe que el sueño de ser cirujana tenía que convertirse en mi meta principal, ya que después de haber rotado por este servicio la práctica quirúrgica me parecía fascinante, así que comencé a prepararme para el examen nacional.

Recuerdo el día que me enteré de que había quedado dentro de los seleccionados, sentí una alegría inmensa, así que corrí a abrazar a mi mamá para darle la gran noticia. Alguna vez escuché comentarios acerca de los obstáculos con los que se enfrentaban durante la residencia las cirujanas, tales como la discriminación de género, hostigamiento (en algunas ocasiones de tipo sexual) y la imposibilidad para embarazarse durante este periodo, ya que tal vez significaría abandonar el camino de la cirugía.

Ciertamente somos minoría las mujeres que nos encontramos en el área quirúrgica; sin embargo, en los últimos años se han producido cambios favorables que nos han permitido ocupar puestos de liderazgo y al mismo tiempo combinar este éxito con la maternidad, por lo cual me parece que mi historia puede servir de ejemplo y aliento para aquellas futuras cirujanas que sueñen también con ser madres.

Me encontraba en el último mes del primer año de la residencia cuando supe que estaba embarazada, sentí una profunda alegría, pero a la vez miedo porque no sabía cómo darles la noticia a mis compañeros y a mi maestro. Pensé que tal vez sería el final de mi residencia, pero mi gran sorpresa fue que me encontré rodeada por un ambiente de comprensión, compañerismo y apoyo; esto representaba para mí la oportunidad de continuar con mis dos sueños: el de ser cirujana y el ser mamá. En esos momentos me sentía tan afortunada que comencé a exigirme más, quería que todos se dieran cuenta de que estar embarazada no era un obstáculo para llevar a cabo las tareas asignadas. El segundo año de la residencia fue magnífico porque tenía más oportunidades para operar y cada mes que pasaba era sentir la alegría de cómo iba mejorando en cada cirugía y de que mi bebé iba creciendo perfectamente.

Al paso del tiempo comencé con toda clase de cambios fisiológicos propios del embarazo como el edema de miembros inferiores, los bochornos, la fatiga que causaba el estar caminando durante los pases de visita y las guardias parecían más pesadas que de costumbre. A pocos meses para el nacimiento de

mi bebé, investigué acerca de la licencia por maternidad donde sólo se otorgan 30 días de incapacidad para las residentes. Al principio sólo podía pensar en que sería difícil separarme tan rápido de mi bebé; sin embargo, el conocer esto también fue un motivo más para llenarme de energía todos los días y continuar con el ritmo habitual y con ello evitar faltas que repercutieran en la residencia. A pesar de mi ánimo optimista, durante una guardia con mucho trabajo y con un embarazo de casi 35 semanas de gestación presenté amenaza de parto prematuro, por lo cual tuve que hospitalizarme; por mi cabeza pasó un miedo irracional de pensar que mi bebé estaba en riesgo, que podría nacer prematuro y que sería mi responsabilidad por querer llevar el mismo ritmo de trabajo; no obstante, una vez más me encontré con la solidaridad de mis compañeros residentes y mis maestros quienes me apoyaron para tomar días de descanso y esperar la llegada de mi pequeña Ana Victoria.

El primer mes como mamá me cambió la vida, las guardias las hacía ahora en mi casa

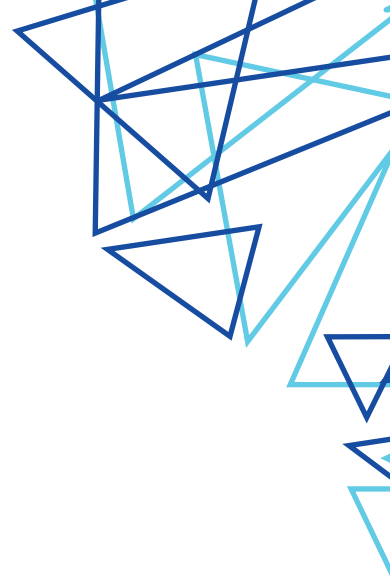
entre mamilas y pañales, al mismo tiempo daba los toques finales a la exposición que presentaría en mi primer congreso de cirugía, lo cual para mí representaba una experiencia emocionante. Escuché durante el congreso la plática “la mujer actual en cirugía general” por la Dra. Nancy Perrier, incluso no pude resistirme a pedirle una foto de recuerdo, era asombroso ver toda una sala llena de cirujanas compartiendo sus experiencias y contando lo felices que se sentían al ver tantas cirujanas exitosas en el mundo.

Los primeros meses como residente y mamá no fueron fáciles, ya que parecía complicado operar, estudiar, hacer guardias, cuidar a la bebé y encontrar un poco de tiempo para descansar. En este proceso adaptativo tengo que reconocer la gran ayuda brinda-



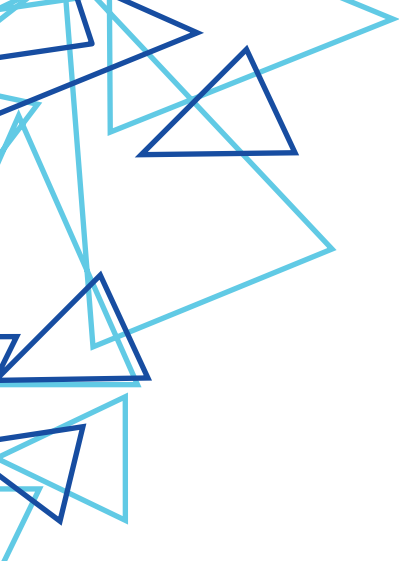
da por mi madre; después de adaptarme a mi nuevo estilo de vida, comprendí que en ocasiones tendría que pasar tiempo lejos de mi hija para enriquecer mi formación como cirujana y un ejemplo de ello son los dos meses rotando por el Hospital Central Militar donde pude estar con los mejores cirujanos de robótica y de hepato-pancreato-biliar del país, lo que representó para mí una experiencia académica extraordinaria.

Mi visión a futuro es ser una excelente madre y una excelente cirujana. Es primordial para mí combinar esta forma de vida que representa la cirugía con la maternidad, ya que mi hija Ana Victoria es mi inspiración para lograr todas mis metas, quiero ser un ejemplo para ella y todos los que me rodean, deseo demostrar que las mujeres podemos seguir logrando historias de éxito en lo profesional y en lo personal con dedicación, amor y trabajo.



**DRA.
LIZA MARÍA
POMPA
GONZÁLEZ**

Cirujana bariatra y empresaria.
Egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Baja California.
Especialidad de Cirugía General en el Hospital General de Tijuana.
Curso de postgrado en Laparoscopia Avanzada en la Clínica Mayo, Rochester, Minnesota.
Entrenamiento en Cirugía de Mínima Invasión, Robótica y Bariátrica en el Instituto Europeo de Telecirugía en Estrasburgo, Francia.
Postgrado en Dirección, Administración Hospitalaria y Certificación Hospitalaria.
Fundadora y directora general de LIMARP Centro de Excelencia Internacional en Obesidad en Tijuana, Baja California, México.



Excelencia en cirugía bariátrica (ya sabía barrer y trapear)

Mi historia profesional realmente inicia con mi primer día de residencia de cirugía general, cuando puse el pie en el lugar que sería mi casa por cuatro años. Llegué a la junta de introducción y de pronto me di cuenta de que estaba rodeada de compañeros hombres.

Venía de haberme graduado con el mérito escolar de la Universidad Autónoma de Baja California, de recibir el premio de mejor promedio a nivel estatal y de haber obtenido el primer lugar en el examen de residencias médicas. Todo eso me hacía caminar con mucho entusiasmo y confianza; por fin estaba llegando al lugar en el que me iba a convertir en cirujana. No sabía lo que me esperaba.

Entramos tres residentes de primer año, dos hombres y yo. Al entrar al salón, las primeras palabras que escuché fueron: **“¿vienes a barrer y a trapear o a qué vienes? Aquí no queremos mujeres”**.

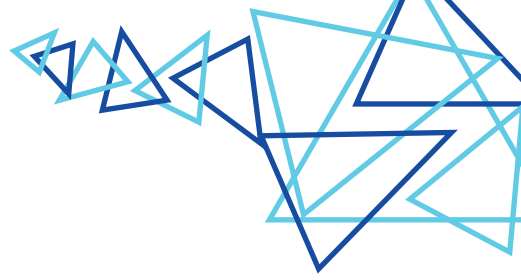
Estaba en *shock*, crecer rodeada de puras mujeres me había hecho incapaz de pensar que ser mujer podía ser una desventaja. Les contesté que yo sólo iba a aprender a operar, pero la oportunidad de entrar al quirófano no llegaba, pues habían hecho una apuesta que yo desconocía; los residentes de grados más altos debían ejercer mucha presión sobre todos los residentes entrantes por parejo (di-

simulando que la presión era más bien para mí), con la intención de que yo desistiera de mi sueño. Recibíamos castigos de todo tipo, el clásico “te quedas” era casi una rutina. En ese entonces me eran situaciones difíciles de procesar, ahora que lo recuerdo, me da mucha risa todo lo que viví, pero las mujeres de mi familia matriarcal somos de carácter y sabemos aguantar. Para mi sorpresa, al mes ya se había ido el primer residente y a los dos meses el otro; el ambiente les resultó muy pesado y terminé quedándome sola.

Creo que estos obstáculos tuvieron un gran impacto en mi vida. Sentirme en desventaja me llevó a ser una juez muy exigente conmigo misma, a ser muy estudiosa, buscar perfeccionar mi técnica quirúrgica y siempre aspirar a la excelencia en mi trabajo. Enfoqué mi concentración en mis pacientes y empecé a pensar sobre lo que quería hacer a futuro; los procedimientos que me llamaban más la atención tenían que ver con la cirugía laparoscópica y de mínima invasión.

Hace muchos años entendí que la obesidad es una de las grandes amenazas del mundo actual. Las enfermedades que se le asocian son muy graves y las estadísticas parecen no ceder. Durante mi residencia en el Hospital General de Tijuana pude ver cómo la obesidad y enfermedades relacionadas destruyen el tejido social, dejando familias incompletas y trabajadores inhabilitados para regresar a sus labores.

Cuando salí de la residencia y de mis cursos de subespecialidad, decidí dedicarme a tratar la obesidad desde el quirófano con técnicas avanzadas en cirugía bariátrica y de mínima invasión. Al mismo tiempo formé



un equipo multidisciplinario para crear un programa bariátrico integral que funcionara como un modelo comprehensivo para el tratamiento del paciente obeso. Es este programa el que impulsó la máxima transformación en la vida de mis pacientes y lo que cada día me permite ser un instrumento para facilitar su cambio de vida.

Antes de saber que mi vocación profesional era la medicina y en específico la cirugía, sabía que mi vocación de vida era el servicio y desde mi óptica, la cirugía bariátrica me ofrecía una oportunidad muy especial de reunir ambas cosas. Mi tiempo en la Clínica Mayo en Rochester, Minnesota y en el Instituto Europeo de Telecirugía en Estrasburgo, Francia me dio la oportunidad de entender el gran cambio que este tipo de cirugía provoca en la vida del paciente; le abre nuevos horizontes, le devuelve la parte activa y lo más importante de todo, le brinda esperanza.

Decidí que me iba a convertir en una de las mejores cirujanas de mínima invasión y si me iba a dedicar a esto, lo iba a hacer con toda la fuerza y determinación; quería realizar un trabajo que trascendiera y que transformara la vida de las personas. De esta idea nació LIMARP, el Centro de Excelencia Internacional en Obesidad que dirijo. Me atreví a construir una clínica diseñada arquitectónicamente para pacientes obesos, con *endosuites* especiales para cirugía bariátrica y cuartos de recuperación aptos para estos pacientes. El centro es único en el país, ya que cuenta con mobiliario especial para el paciente obeso y con personal de enfermería, medicina, nutrición, psicología, actividad física, anestesiología y medicina interna altamente especializado en el área bariátrica.

La búsqueda de la excelencia ha sido una constante, empezando por el trato que le damos al paciente; siempre recordando que es mi nombre el que está en la puerta y que es en mí y en mi equipo en quienes los pacien-

tes depositan su confianza. Una certificación seguida de otra, la constante capacitación de nuestro equipo médico, innovación de las instalaciones y una comunicación franca y directa con el paciente me han permitido ofrecer un tratamiento seguro, efectivo y de excelencia. Esto es algo que estableció gran confianza en los pacientes desde que inicié mi práctica y 10 años después puedo decir que nos convertimos en un centro de turismo médico de referencia y alta calidad mundial. Tengo la bendición de haber realizado miles de procedimientos exitosos, y recibir diariamente pacientes de Estados Unidos, Canadá y Europa, además de pacientes locales y del interior del país. ¡No es raro que en nuestra recepción se escuchen dos o tres idiomas al mismo tiempo!

Nuestra primera certificación importante fue la de clínica y cirujano de excelencia por parte de *Surgical Review Corporation*. Fueron dos años de revisiones exhaustivas por parte de esta organización estadounidense y hubo momentos de mucho estrés por lo detallado del proceso. El reto fue en muchos niveles, desde la arquitectura de nuestras instalaciones, los requerimientos hospitalarios y de equipo médico especializado hasta el entrenamiento más avanzado para nuestro equipo de profesionales de la salud y personal administrativo. Tuve el honor de ser la primera mujer en el mundo en recibir la certificación de cirujano bariatra de excelencia. En 2017 logramos la certificación del Consejo de Salubridad General y en una de esas hermosas oportunidades que se nos dan para trazar círculos completos, regresé como profesora al lugar que contribuyó a mi formación como

cirujana, el Instituto Europeo de Telecirugía IRCAD en Estrasburgo, Francia.

La vida me ha puesto en una posición en la que tengo que desempeñar muchos papeles, algo con lo que todas las mujeres nos identificamos, y a veces queda poco tiempo para la contemplación, pero hace poco di una plática a un grupo de jovencitas y fue muy grato ponerme a pensar en los consejos más importantes que les podía dar; terminé hablándoles de lo indispensable que es creer en uno mismo. Les dije también que una de las cosas más importantes que podemos hacer es fortalecer nuestra seguridad propia, que la confianza se construye poco a poco con las experiencias que la vida te da y hay que estar atentas a ellas. Les hablé de la importancia de crear una red de apoyo fuerte e hice hincapié en que en

la cirugía, como en la vida, no hay atajos; el talento nunca suplente la formación; el esfuerzo, la constancia y la persistencia, no ser disciplinado y trabajador sólo lleva al fracaso.

Con frecuencia me maravillo de los avances que en la actualidad se dan en todas las áreas de la medicina con la inclusión cada vez mayor de la mujer. Mi vocación de servicio me motiva a seguir trabajando arduamente para impulsar ese progreso en mi país y en el mundo, transformando una vida a la vez.

Por último quiero confesar que ya sabía barrer y trapear cuando llegué ese primer día a la residencia, ¡pero prefería operar!

Con mucho afecto, desde Tijuana, Baja California.

Liza María Pompa González, FACS, IFASMBS.





**DRA.
MARÍA
EUGENIA
ORDOÑEZ
GUTIÉRREZ**

Médico cirujano militar por la Escuela Médico Militar, realizó el curso de Especialización y Residencia en Cirugía General en el Hospital Central Militar. Tiene el grado de maestra en Administración de Sistemas de Salud por la Universidad Veracruzana.

Actualmente jefa del Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital Militar de Veracruz. Es catedrática de educación quirúrgica, urgencias médicas y cirugía en diversas universidades del estado de Veracruz.

Coautora del capítulo de cáncer de colon del Tratado de Cirugía General de la Asociación Mexicana de Cirugía General y coautora de diversos artículos científicos en revistas indexadas. Ha participado como profesora y ponente en el Congreso Internacional de Cirugía Endoscópica y Congreso Internacional de Cirugía General en múltiples ocasiones.



De la costura a la sutura

No se nace mujer, se llega a serlo.
Simone de Beauvoir

Resulta interesante pensar por qué la mujer fue relegada a la función reproductiva y al cuidado de los hijos, quizás en algún momento de la historia, cuando la humanidad era nómada y dependía de la caza, hombre y mujer dividieron los roles para la supervivencia de su especie, pero ¿qué pasó después? Es probable que haya pasado algo similar a los experimentos de Pavlov y que quien quiso comportarse de forma diferente era castigado y fue así como los roles sociales y culturales se definieron, ¿en qué momento a la mujer se le prohibió pensar o tener ideas propias y se concluyó que sólo era capaz de existir a través de un hombre?

Se puede explicar la subordinación de las mujeres por una frase escrita por John Stuart Mill en su libro *El sometimiento de la mujer*: “lo que se llama “naturaleza de la mujer” es un producto eminentemente artificial, es decir, la sociedad y la cultura son responsables de la construcción de lo que significa ser mujer”.

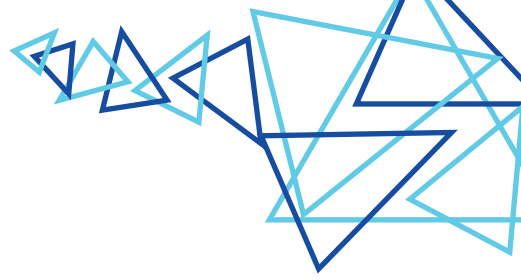
Pensadores como Rousseau, Kant, Diderot y muchos otros hablaron de la desigualdad social; sin embargo, no incluyeron la des-

igualdad entre los géneros, ya que era considerada como natural. La mujer se encuentra atrapada en un cuerpo femenino sin poder tener una existencia libre y autónoma dentro de un círculo cultural de silencio.

Hombre y mujer no son conceptos antagónicos como el día y la noche, el bien y el mal. La falta de reciprocidad se traduce en desigualdades y asimetrías entre hombres y mujeres. Hemos dotado de significado a nuestros cuerpos a través de una compleja estructura cultural, esta construcción nos regaló la libertad de expresar emociones y afecto, pero nos obligó a ser débiles y delicadas.

Medicina y derecho, por mencionar algunos de miles de ejemplos, eran profesiones de prestigio, generalmente bien remuneradas, y a las que la sociedad definía como ámbito de acción masculina. Su ejercicio se consideraba ajeno a la sensibilidad, capacidad e inclinación propias de las mujeres. El ingreso de la mujer a estas profesiones significó para muchas, quienes fueron las primeras en intentarlo, castigos, humillaciones, rechazo e inclusive se les acusó de renegar de su propio sexo. La biología no determina un comportamiento concreto, es la construcción individual por la cultura y la sociedad. La opresión, la dificultad de crear proyectos libres de la facticidad, la carencia de poder trascender esa facticidad y sobre todo, el cuerpo de las mujeres como situación que le atribuye una desigualdad natural.

La participación de la mujer en el desarrollo de la medicina y de la cirugía ha podido documentarse con una antigüedad cercana a los 3,500 años antes de la era cristiana. Tró-



tula de Salerno es considerada la primera ginecoobstetra, Allesandra Gillani es la mujer a quien podemos considerar como la primera cirujana y anatomista conocida por su nombre, ya que sus antecesoras tuvieron que ocultarse tras una pantalla masculina para poder expresar sus ideas y ejercer su profesión.¹

Actualmente hay un incremento notable de la presencia de la mujer en las escuelas y facultades de medicina en todo el mundo. Las mujeres se concentran más en humanidades (68.4%) y en ciencias de la salud (64.7%). La distribución en el Sistema Nacional de Investigadores señala que apenas 34.1% son mujeres.²

La escritura social de los cuerpos asigna espacios diferentes para mujeres y hombres (la casa y el espacio público) y es indicativo de un poder para construir sujetos y para nombrar lo que es femenino y masculino. Es acaso que elegir una especialidad tradicionalmente de hombres implica renegar del propio género? Para quienes la cirugía representó una pasión en una época en que estaba prohibida la participación de la mujer en la práctica quirúrgica, se vieron obligadas a aparentar ser hombres como la Dra. Margaret Ann Bulkley, de quien no se descubrió su verdadera identidad sino hasta su muerte.³

¿Hay un modo de pensar específico de las mujeres? La femineidad es una forma de violencia simbólica, entendida de acuerdo al concepto de Bourdieu como violencia amortiguada, insensible e invisible a sus víctimas ejercida a través de la comunicación y conocimiento, es decir, es la violencia de la mujer contra sí mismas. La cultura nos ha colocado en una situación de inferioridad, pero ¿por qué lo hemos permitido? Incluso muchas de nosotras hemos sido cancerberas de la pureza de esa tradición.⁴

La ruta profesional médica comienza desde la selección de la profesión, el paso por las diversas materias, el internado médico de

pregrado, el servicio social y posteriormente la elección de una especialidad médica. ¿Por qué las mujeres eligen carreras quirúrgicas? La respuesta es por pasión por el bisturí y la sutura, la cirugía envuelve y cautiva todos los sentidos, el quirófano se transforma en un universo infinito donde el tiempo no transcurre y el espacio se hace eterno. ¿Por qué las mujeres eligen menos la cirugía? Porque implica ir más allá de su situación. Somos libres por un lado, pero por otro, no lo somos, pues estamos sujetos a diversos condicionantes y a la existencia de otros que también nos condicionan. En diversos estudios realizados en todo el mundo se ha demostrado que la elección de una especialidad quirúrgica se ve influenciada por la decisión de tener una familia, las desigualdades de género y la falta de modelos de influencia.

Me atrevo a levantar la voz y unirme al grito de todos aquéllos que puedan contar una historia en la que un varón se haya visto forzado a dejar de buscar trascender a través de la cultura y la educación por haber tenido un hijo, quizás el grito prácticamente no se escuche porque esas historias no existen. Ha sido la mujer quien ha tenido que trascender sólo a través de la maternidad y en muchas ocasiones se ha visto forzada a dejar estudios, sueños y aspiraciones para dedicarse de tiempo completo a ella. Alguna vez escuché de alguien muy cercano la frase “a los niños los debe criar su madre, sólo así serán mentalmente fuertes”, que trágico terminar en ese idilio abnegado.

Citando de nuevo a Castellanos, “no es equitativo –luego no es legal– que uno sea dueño de su cuerpo y disponga de él como se

le dé la gana, mientras el otro reserva ese cuerpo, no para sus propios fines, sino para que en él se cumplan procesos ajenos a su voluntad”.

La filosofía hegeliana denomina alteridad a la lucha entre dos conciencias en las que una intenta afirmarse a través de la otra, es decir, el amo se reconoce a sí mismo como sujeto a través de ese otro que es el esclavo. Si el amo pierde a su esclavo, se pierde a sí mismo; si el hombre pierde a la mujer en su función tradicional, se pierde a sí mismo. De ahí que el desarrollo profesional de la mujer representante de alguna forma una amenaza para el hombre.

La alianza entre el opresor y el oprimido representa desventajas para ambos, pero también representa ventajas, rechazar esta complicidad implicaría renunciar a todas esas ventajas, por un lado la mujer no se reivindica como sujeto porque carece de los medios concretos para ello, y por otro, porque a menudo se complace en su papel de otro y es más sencillo aceptar lo fáctico y quedar atrapados en la inmanencia perpetua.

El género designa una estructuración social jerarquizada entre hombres y mujeres, una atribución asimétrica de espacios y de poder. ¿Qué significa ser cirujana? Para quienes hemos vivido la recta de la formación quirúrgica ha significado tener el valor para defender la pasión por el bisturí y la sutura, así como construir con nuestras propias vidas un proyecto que trascienda nuestra situación y en incontables ocasiones numerosos sacrificios y cambios en nuestros propios paradigmas y creencias. Es necesario despertar nuestro sentido colectivo y entendernos como “nosotras las cirujanas” asumiendo un vivir común y una experiencia colectiva, rechazar la complicidad con el hombre y renunciar a todas las ventajas que puede provocar esa alianza.

¿Podemos hacer género? Hacemos género a través de nuestros actos, por ejemplo, cuan-

do actuamos cotidianamente como mujeres u hombres y nos sometemos a las normas de género, ni feministas ni machistas, ese conjunto de atributos a los que por mucho tiempo se describió como “naturaleza femenina” nos limita al significado que la norma social y cultural le ha dado a nuestros cuerpos, como menciona Simone de Beauvoir en su libro *El segundo sexo*: “Desconfiad de la naturaleza, podéis hacer lo que queráis, no estáis determinadas por vuestro cuerpo”.

Hemos dotado de significado a nuestros cuerpos a través de una compleja estructura cultural. La sociedad ha obligado a la mujer a vivir en un lecho de Procusto; en *La mística de la femineidad* de Betty Friedan se invita a las mujeres a salir de casa y buscar trabajo; sin embargo, el acceso al trabajo igualitario no resuelve el problema, se requiere un cambio en la norma social, cultural e intelectual, por ejemplo, se habla de guarderías para las madres trabajadoras, asumiendo que es la madre quien cuida a los hijos. Es necesaria la creación de estructuras sociales y culturales que permitan la trascendencia de las mujeres en la cirugía.

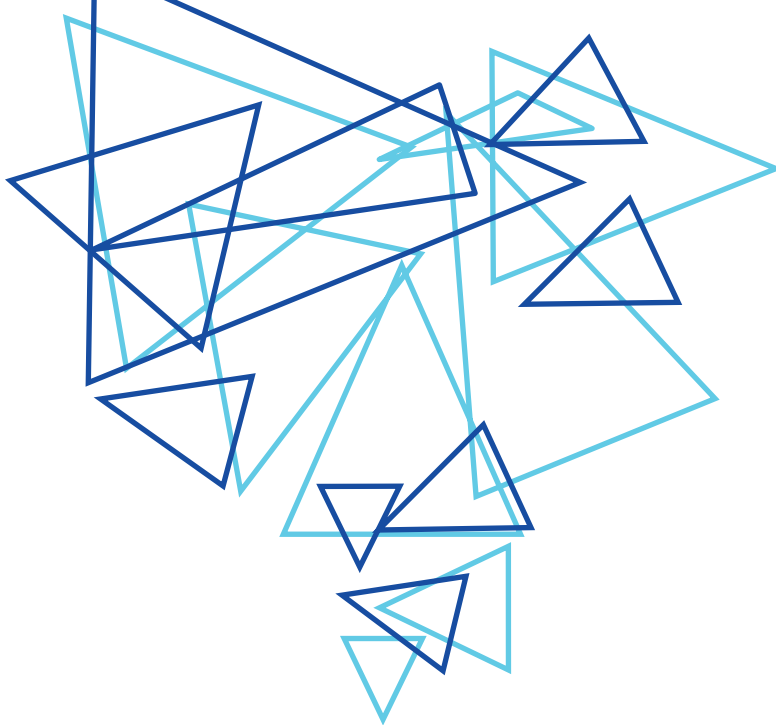
La Escuela Militar de Medicina es el yunque forjador de médicos en nuestro ejército, hasta este momento se han graduado 593 mujeres, de las cuales sólo cuatro han realizado las especialidades quirúrgicas consideradas meramente masculinas como cirugía general, ortopedia y en años más recientes, neurocirugía. Al tratarse la cirugía de una especialidad que por tradición ha sido masculina, no existen mujeres que sirvan como modelos de elección a las futuras cirujanas, la plantilla médica del Hospital Central Militar la conforman en su inmensa mayoría hombres, la cátedra de cirugía es impartida por un hombre. Es necesario que las mujeres tengan acceso a puestos de poder que les dé la posibilidad de estar a la par de sus congéneres. Se requiere un plan estratégico que

permita que en breve tiempo la representación de las mujeres en el ámbito quirúrgico sea igualitaria debiendo privilegiar su acceso a cursos de subespecialidad o de alta especialidad que las coloque en un nivel académico similar al de los hombres y que cierre las enormes brechas de desigualdad que han existido durante años.

REFERENCIAS

1. Pastena JA. Women in surgery: an ancient tradition. Arch Surg. 1993; 128: 622-626.
2. De la Fuente JR. La participación de la mujer en la vida universitaria. En: Galeana P. La mujer del México de la transición. México: Paradigma. 1994. pp. 49-57.
3. Hacker C. The indomitable lady doctors. Toronto: Clarke, Irwin. 1974. pp. 33-35.
4. Reyes AH. Mujer de palabras. Recopilación de textos periodísticos. 2006.





III. ENCUESTAS

ENCUESTA NACIONAL DE CIRUJANAS GENERALES

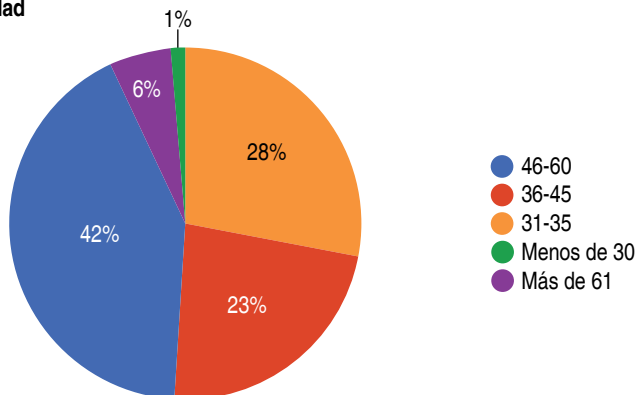
La encuesta fue dirigida a las cirujanas miembros de la Asociación Mexicana de Cirugía General a través de una convocatoria y remitida a todos sus correos.

Está integrada de 51 ítems: tres de datos personales y 48 que exploran diversos aspectos de la práctica de la cirujana general. Las preguntas fueron validadas por tres cirujanas y se utilizó la herramienta digital Survey Monkey.

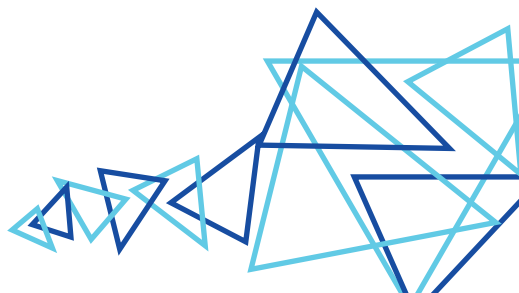
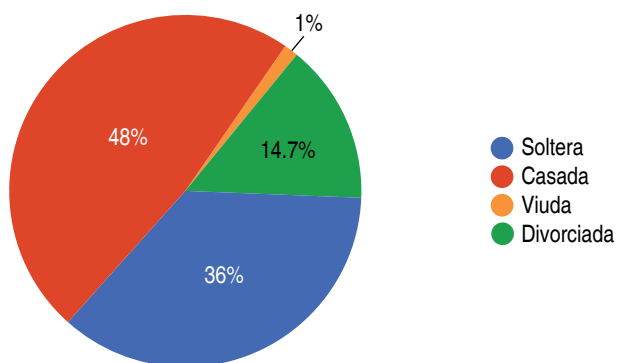
Contestaron 75 personas de las cuales fue eliminada una por estar incompleta, de esta manera el universo estuvo integrado por 74 cirujanas, el 20% del total de cirujanas registradas.

Los resultados obtenidos están incluidos en las siguientes gráficas.

Edad



Estado civil

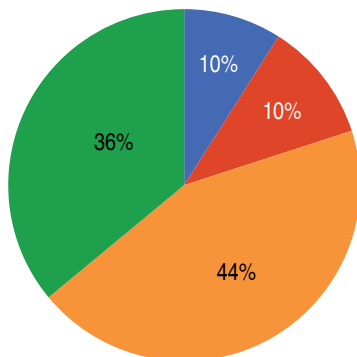


Entidad donde radican las cirujanas que participaron en la encuesta



Baja California	2
Baja California Sur.....	1
CDMX	29
Coahuila	1
Durango	1
Estado de México.....	2
Guanajuato	1
Guerrero	3
Hidalgo	1
Jalisco.....	4
Michoacán	3
Morelos.....	2
Nuevo León	5
Oaxaca	2
Puebla	4
Querétaro	2
San Luis Potosí	2
Sinaloa.....	2
Tabasco.....	3
Tamaulipas.....	2
Veracruz	2

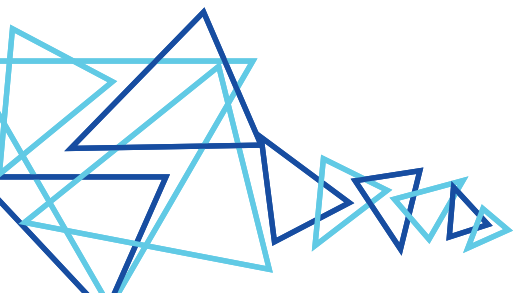
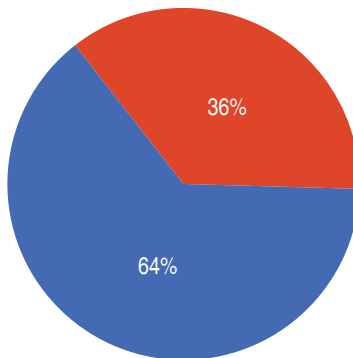
Profesión del esposo



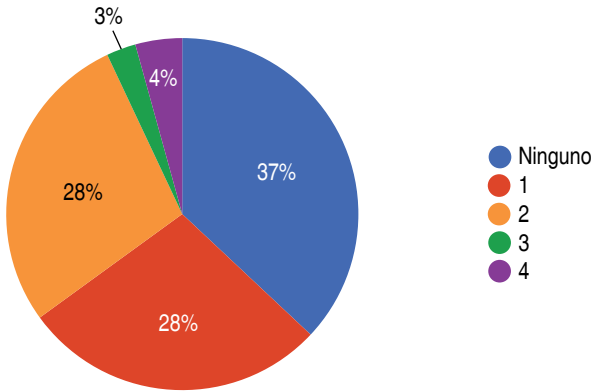
- Médicos Generales
- Médicos con especialidad clínica
- Médicos con especialidad quirúrgica
- Otras profesiones no médicas

¿Ha contado con el apoyo de su esposo para su desempeño profesional y familiar?

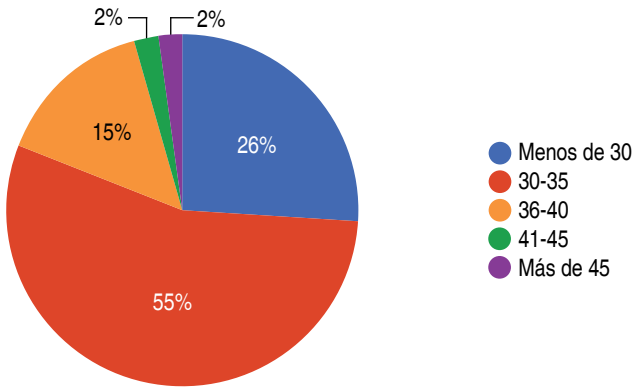
- Sí
- No



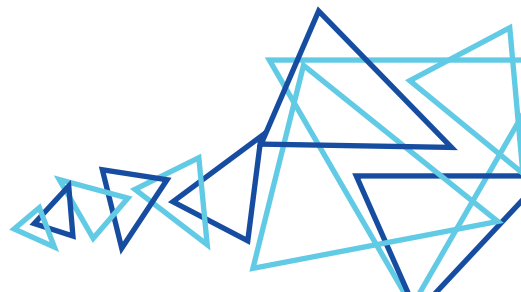
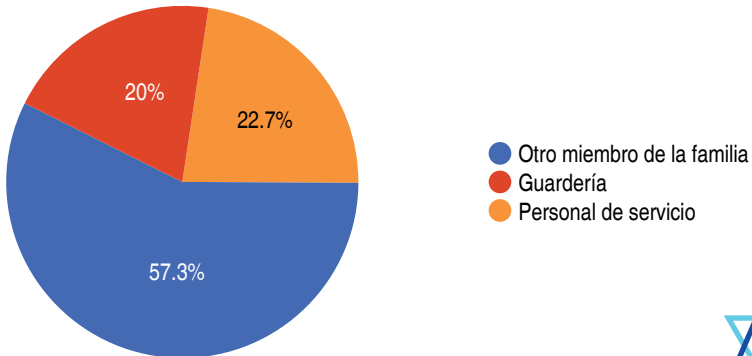
Número de hijos



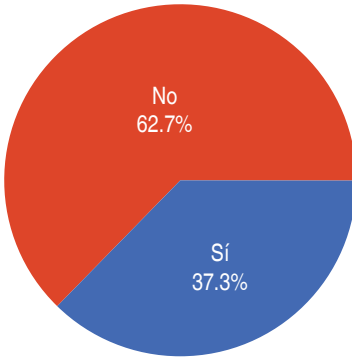
¿A qué edad tuvo su primer hijo?



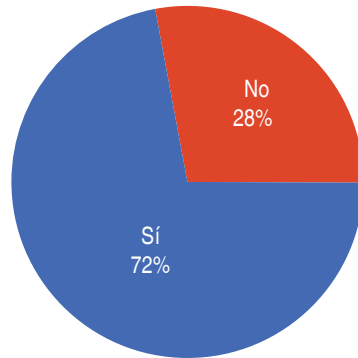
Para el cuidado de su(s) hijo(s) contó con el apoyo:



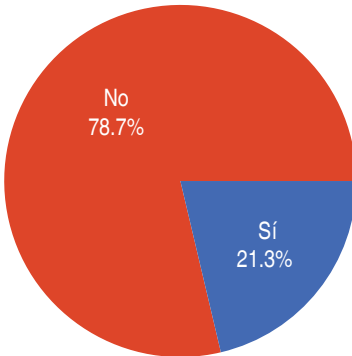
Subespecialidad



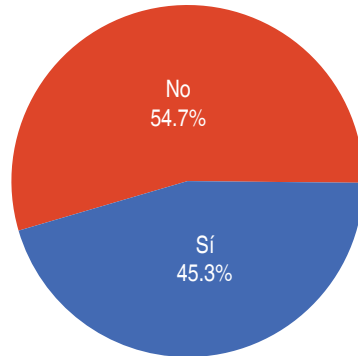
Certificación vigente



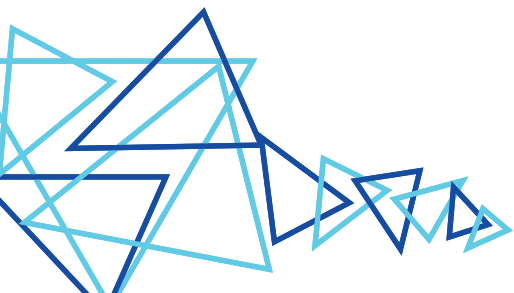
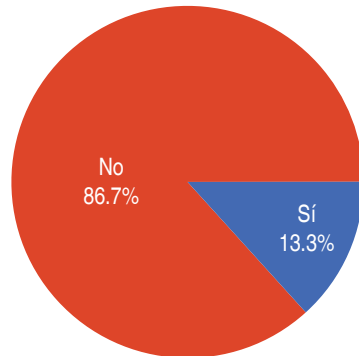
**Formación en el extranjero
(Estancia, Fellow, etcétera)**



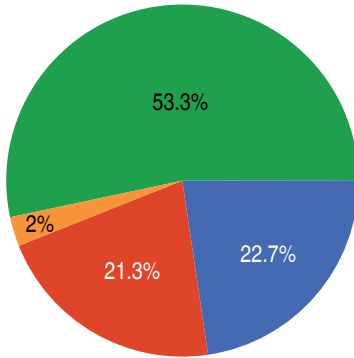
Reconocimiento Nacional



Reconocimiento Internacional

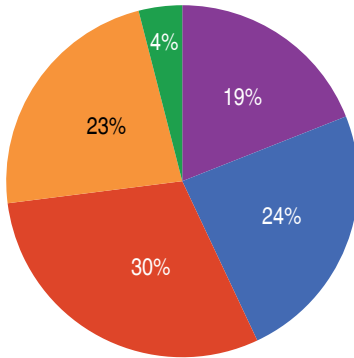


Práctica quirúrgica



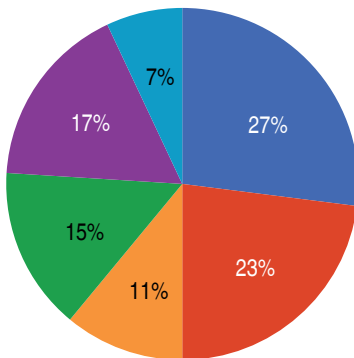
- Pública
- Privada
- No tengo práctica quirúrgica
- Las dos primeras opciones

Número de camas del hospital donde labora

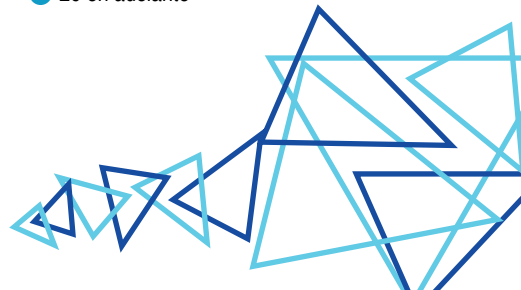


- 51-100
- 100-200
- 200-500
- 501-1,000
- Menos de 50

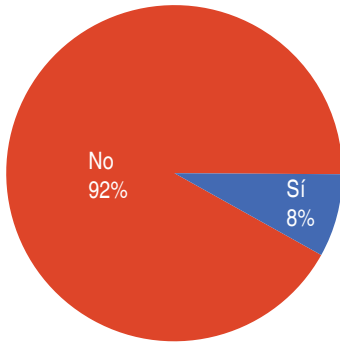
Antigüedad Laboral



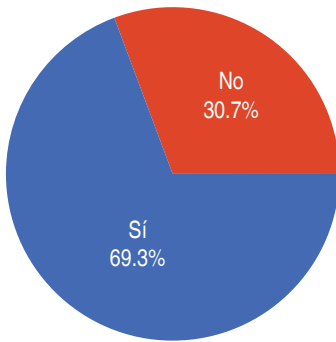
- Menos de 5 años
- 5 a 10
- 11 a 15
- 16 a 20
- 21 a 25
- 26 en adelante



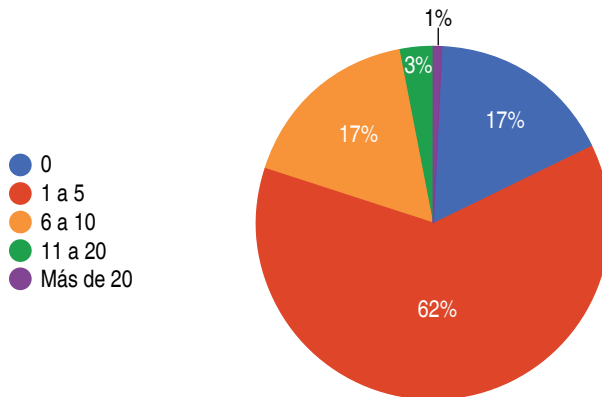
Jubilada



Actividad Docente

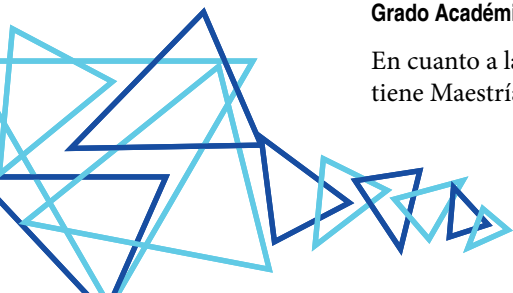


No. de Artículos publicados

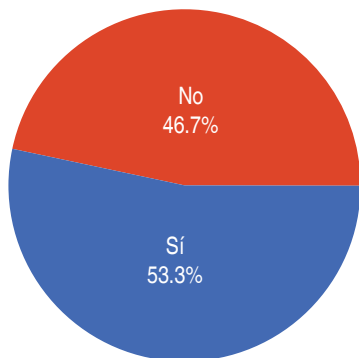


Grado Académico

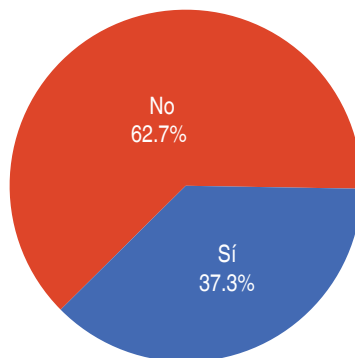
En cuanto a la preparación académica el 46% de las cirujanas tiene Maestría, el 8% Doctorado y el 1% Postdoctorado.



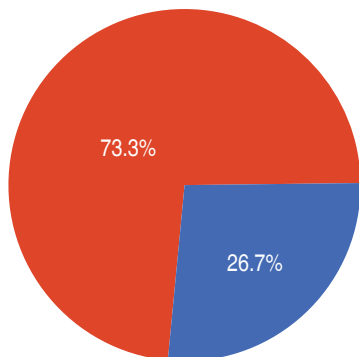
Revista Indexada



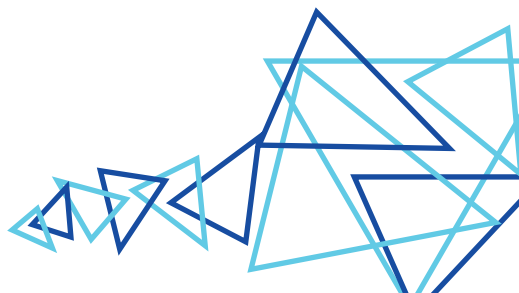
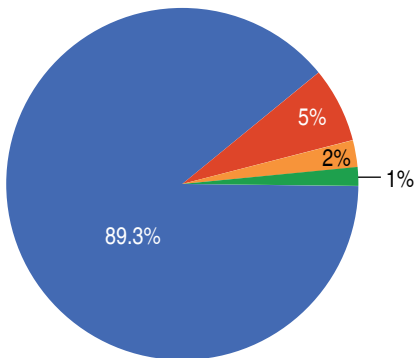
Revista no Indexada



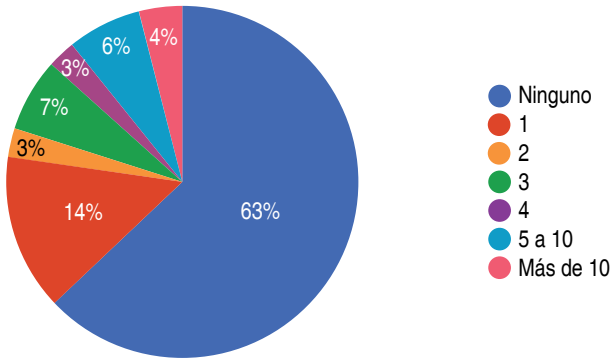
Revista Internacional



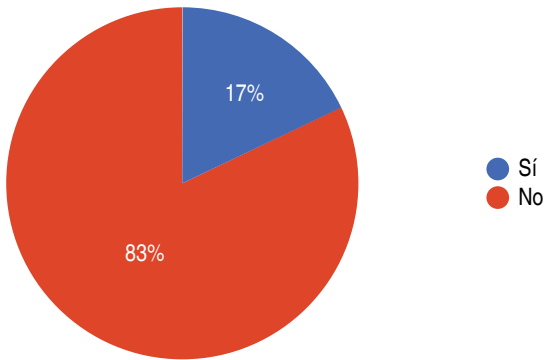
¿Cuántos libros ha escrito?



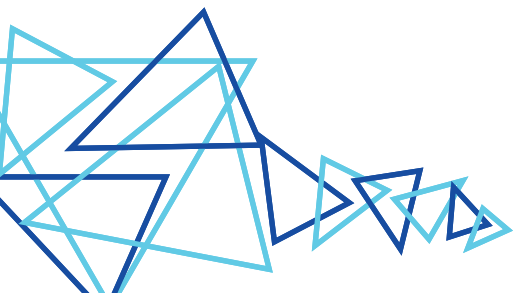
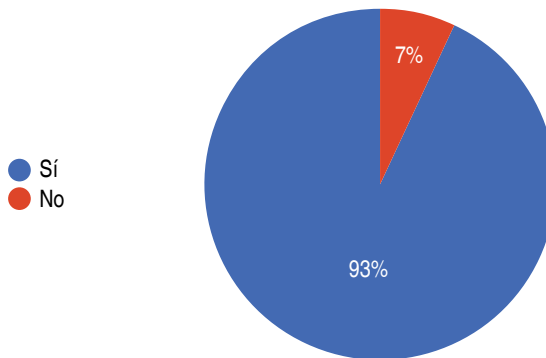
¿Cuántos capítulos de libros ha escrito?



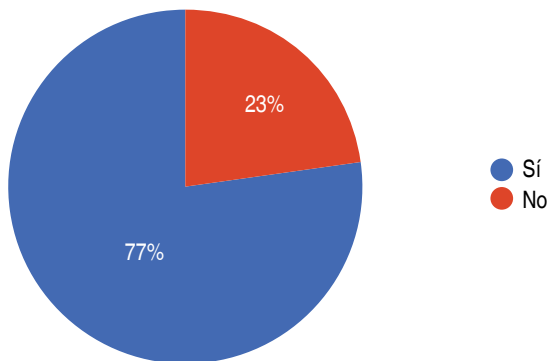
¿Ha participado en la Mesas Directivas AMCG?



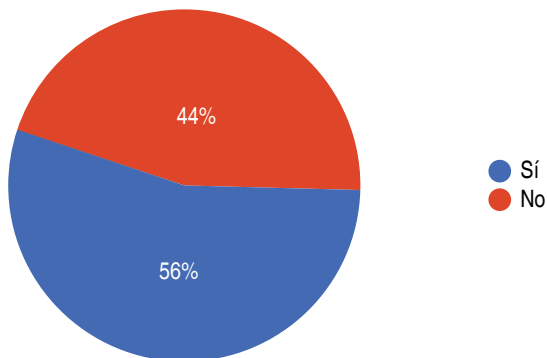
¿Ha participado en la Mesa Directiva del Consejo Mexicano de Cirugía General?



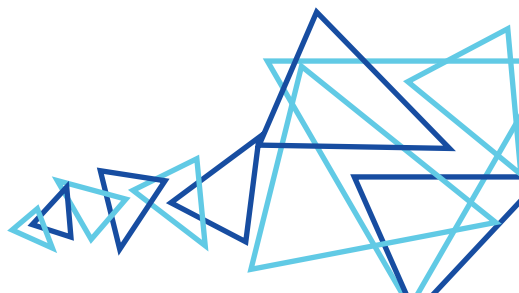
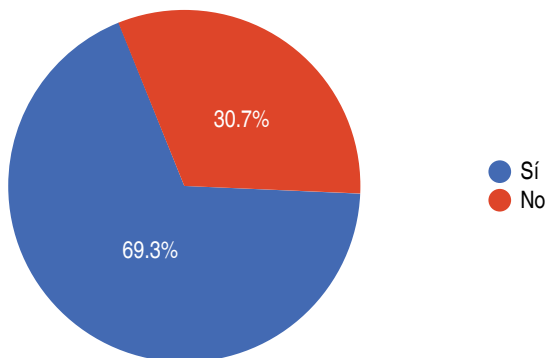
¿Pertenece a otras asociaciones afines a la Asociación Mexicana de Cirugía General?



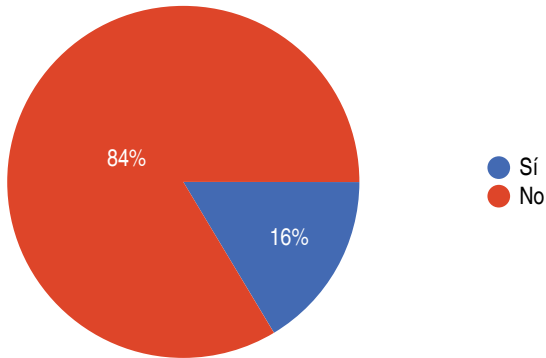
¿Durante su residencia tuvo las mismas oportunidades que sus compañeros (varones)?



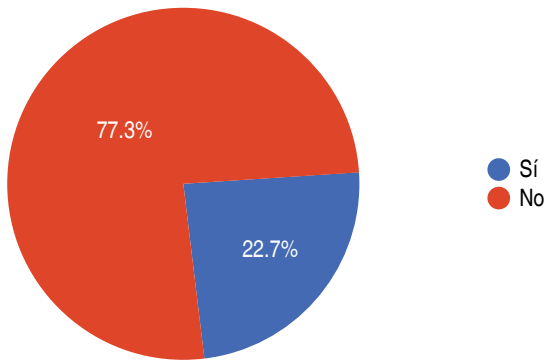
¿Considera que ha sufrido discriminación laboral por cuestiones de género?



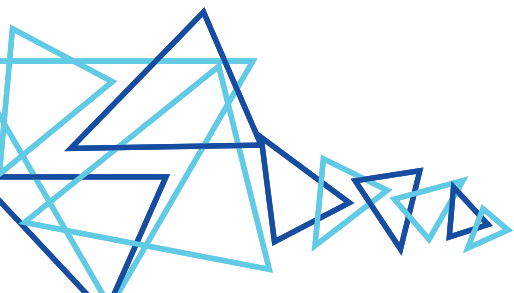
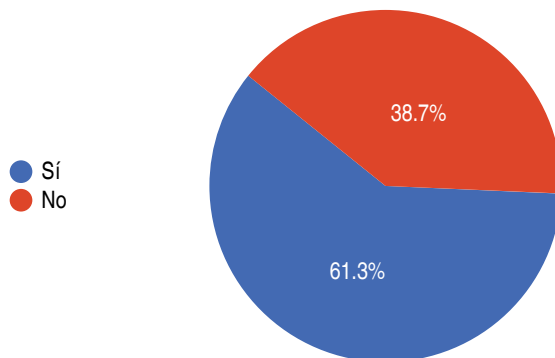
¿Ha dudado de sus competencias y potencial para el buen desempeño en su actividad quirúrgica?



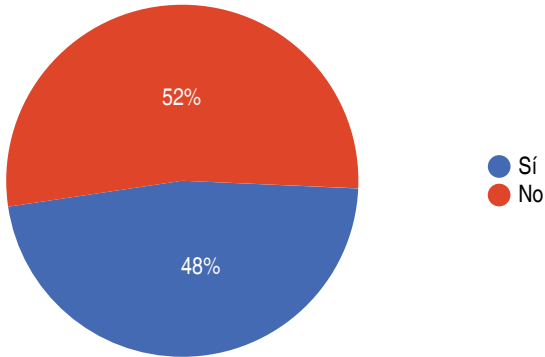
¿Considera que existe equidad laboral en cuestiones de género?



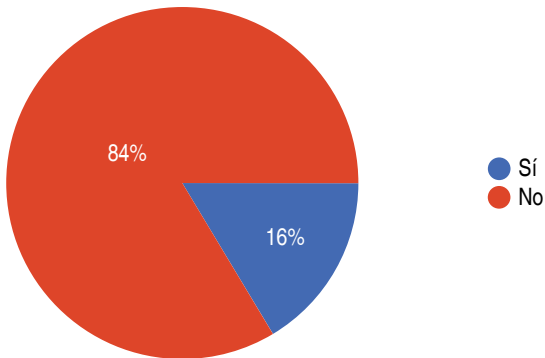
¿Ha sufrido de acoso laboral (*Mobbing*)?



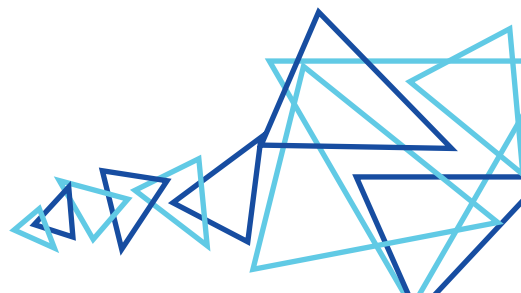
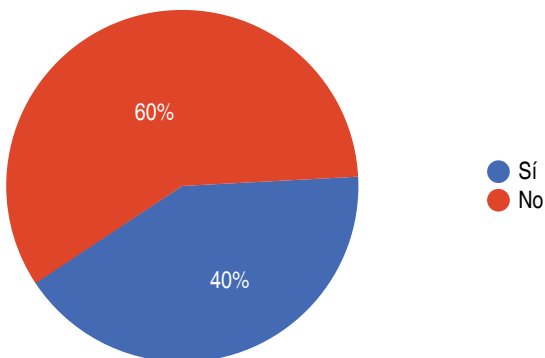
¿Ha sufrido por acoso sexual?



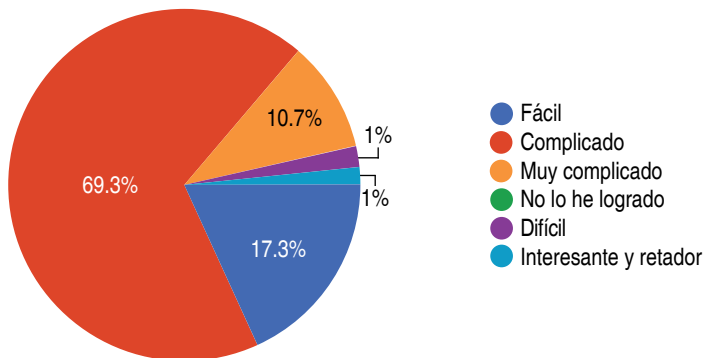
¿La familia ha sido limitante para su desempeño como cirujana?



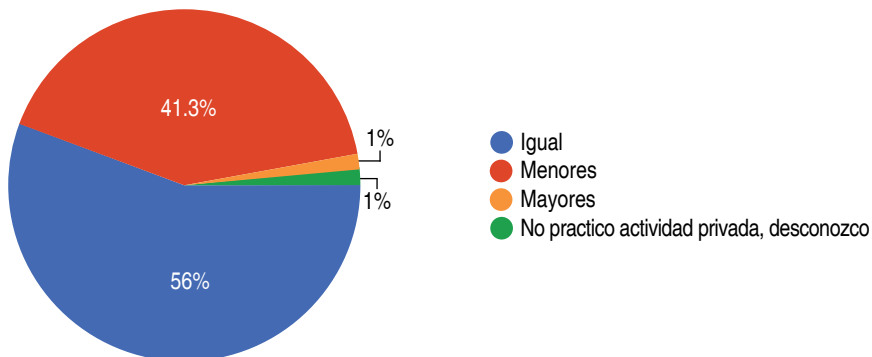
¿La profesión ha limitado su vida familiar?



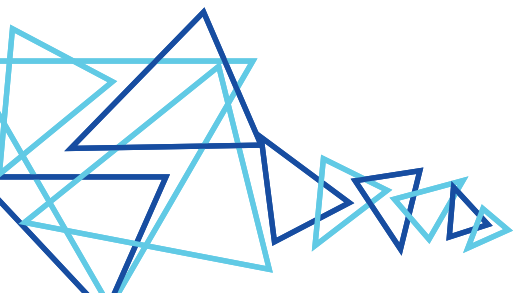
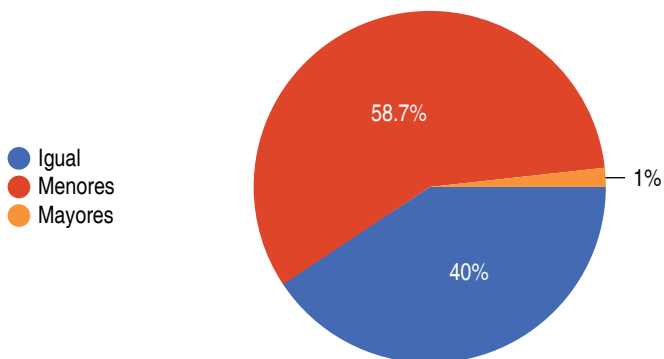
Para lograr un balance entre la vida laboral y familiar, le ha sido:



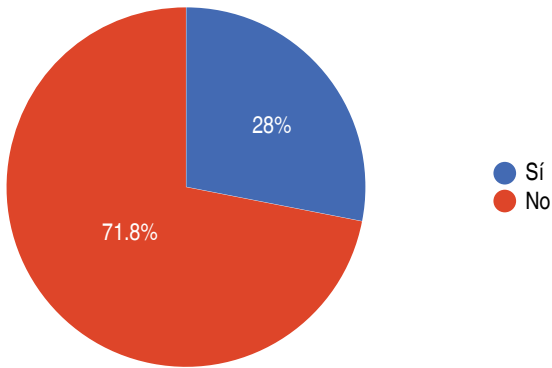
Comparativamente con el cirujano varón, en igualdad de circunstancias, ¿cómo considera los honorarios (actividad privada)?



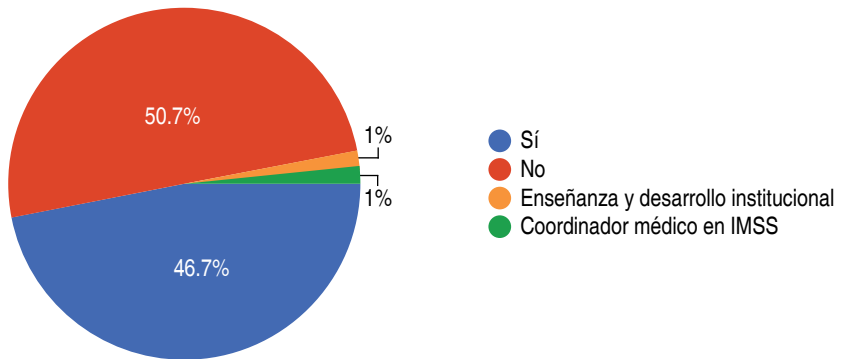
En relación a los cirujanos varones como considera la disponibilidad de oportunidades para su crecimiento:



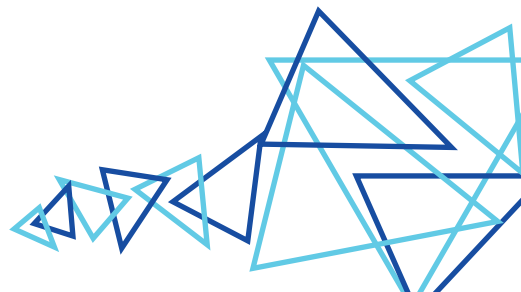
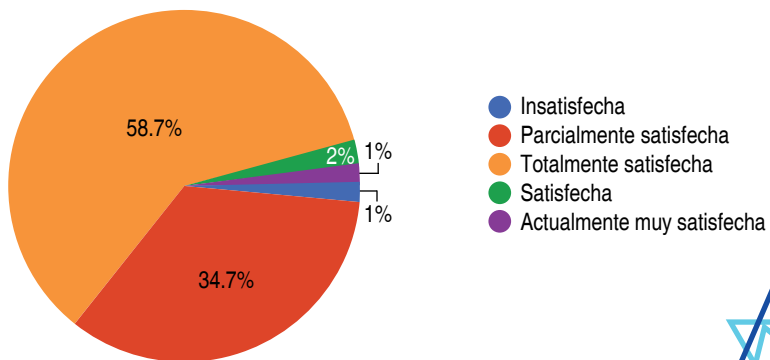
¿Ha sido Jefe de Cirugía?



¿Ha ocupado posiciones directivas?



¿Qué tan satisfecha se siente en relación con el desarrollo de su profesión?





Dra. Lilia Cote Estrada

Historias de éxito, la mujer en la Cirugía General es una obra que pretende transmitir al lector diversos aspectos de la participación de la mujer en la cirugía en sus diferentes campos, cuyo esfuerzo y tenacidad le han permitido tener una mayor presencia.

Desde la Reina Shubad de Ur de Mesopotamia hasta nuestros días, la mujer ha luchado por su inquebrantable deseo de lograr y ejercer una profesión retadora y apasionante. Es cierto que se encuentra en la búsqueda de una mayor equidad, pero el propósito central es que al conocerse a profundidad y darse a conocer con los demás a través de sus acciones, sea posible un mayor logro y la verdadera equidad: el trabajo conjunto y la complementariedad sin distinción de género.



-Desde 1973-

