PUBLICACIONES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

CONFERENCIA

DRA. ROSARIO BARROSO MOGUEL:

AGENDA DE GÉNERO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO. "MUJERES COMO PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA MEDICINA: TENSIONES, RETOS Y DESAFÍOS"

Dra. María del Carmen García Peña

26 de noviembre, 2025

Foto: Diego Bonilla

CONFERENCIA

DRA. ROSARIO BARROSO MOGUEL:

AGENDA DE GÉNERO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

"MUJERES COMO PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA MEDICINA: TENSIONES, RETOS Y DESAFÍOS"

Dra. María del Carmen García Peña

Para la preparación de esta presentación se contó con la asistencia de Ofelia Osorio Ramírez, pasante de Antropología

Como primera instancia, se considera pertinente dar un breviario biográfico de la Dra. Rosario Barroso Moguel, debido al papel crucial de la Doctora Barroso en la medicina mexicana. Rosario Barroso Moguel nació en Zimatlán, Oaxaca el 5 de octubre de 1921, y falleció el 21 de enero de 2006, a los 84 años. (Sanfilippo, 2001).

En 1939 ingresó a la Escuela Nacional de Medicina, en la Universidad Autónoma de México (UNAM), en 1944 egreso de la carrera y en 1945 obtuvo el título de medicina cirujana con la tesis "Estructura histológica de endocardio vascular", obteniendo mención honorífica y la publicación de su investigación en los Archivos del Instituto de Cardiología, y es en este mismo año donde fue comisionada al Hospital de Enfermedades de la Nutrición, donde fundó y organizó el Departamento de Anatomía Patológica.

En 1948, el Instituto Nacional de Cardiología, le ofreció una beca de dos años para la especialidad de Anatomía Patológica en distintas ciudades de Estados Unidos. A su regreso, dedicó más de tres décadas al Nacional de Cardiología y 33 años a la docencia en la Facultad de Medicina. En 1962 obtuvo la plaza de profesora en Anatomopatología y, en ese mismo año, alcanzó el grado de maestra en Ciencias Médicas. Cuatro años después, en 1968, obtuvo el grado de doctora en Ciencias Médicas con la misma especialidad, con la tesis de "Tumores tiro-tópicos".

La Dra. Rosario Barroso Moguel fue protagonista de uno de los acontecimientos más relevantes para la Academia Nacional de Medicina, pues en septiembre de 1957 ingresó al sitial de Anatomía Patológica de la sección de Biología médica, y años más tarde, en 1973, se volvería titular de esta sección. Con ello, se convirtió en la primera mujer médica en formar parte de la Academia después de 100 años de ser fundada, rompiendo así un siglo de exclusión femenina. (AMC, 2020; Sanfilippo, 2001; Sotelo, 2006).

Continuo ahora con un recordatorio histórico, por su debida importancia cuando se trata de cuestiones de género. La Convención de la Organización de las Naciones unidad (ONU) sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), fue aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979 y firmada por México en 1980, para ser ratificada por nuestro país el 23 de marzo de 1981. Esta Convención se puede entender como el instrumento vinculante mediante el cual se protegen los derechos de

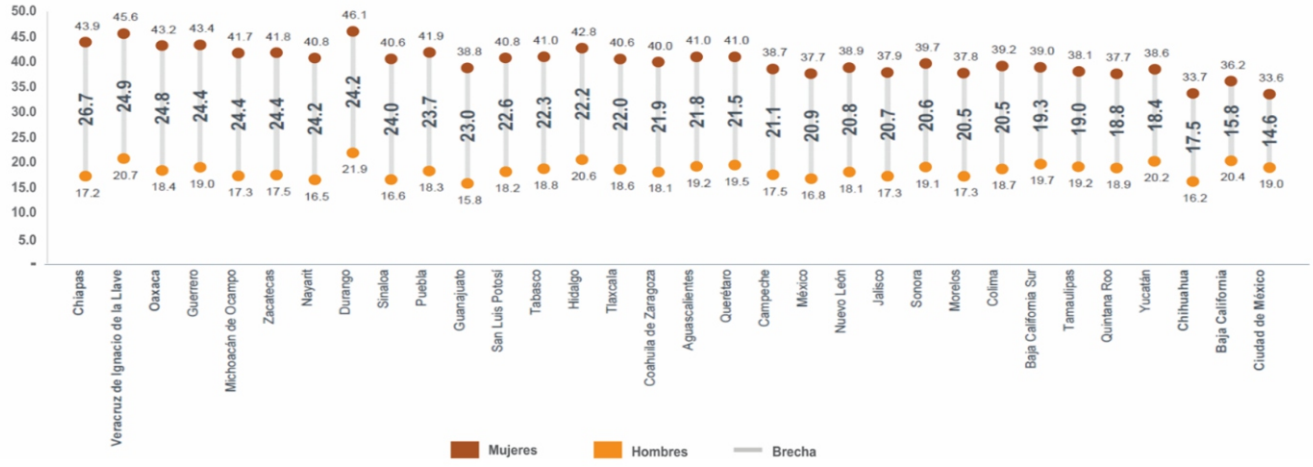
las niñas y mujeres, permitiéndoles luchar en contra de la discriminación por género, con el objetivo de preservar su bienestar y dignidad, además de incentivar a las políticas publicas a favor de la igualdad. Así pues, el artículo 5 de la CEDAW, establece que los Estados que forman parte de la Convención deberán de modificar los patrones socioculturales, tanto de hombres y mujeres, para poder eliminar prejuicios, estereotipos y prácticas basadas en la idea de superioridad/inferioridad de cualquiera de los dos sexos mencionados; con el objetivo de asegurar que la educación familiar mantenga como prioridad el interés de los niños y niñas, y que promueva una comprensión adecuada de la maternidad como una función social reconociendo que, tanto hombre como mujeres, comparten la responsabilidad en la educación de los hijos. (OHCHR, s.f.-a; Suprema Corte de la Nación, s.f.).

Conviene subrayar el concepto de género, entendido como una construcción social y simbólica que toma sentido a partir del sexo biológico asignado al nacer y que se aprende, reproduce y legitima mediante valores, normas, comportamiento y roles específicos que influyen la manera en la que las personas se desenvuelven y ocupan un lugar en el mundo. (Hernández Tezoquipa et al., 2012) Los estereotipos de género impactan de manera negativa y desproporcionada en las mujeres, específicamente en grupos indígenas o minoritarios, ya que no solo se ven atravesados por discriminación en cuestión de género, sino también por otros tipos de discriminación, como colorismo, clasismo, capacitismo, entre otros. En este sentido, los estereotipos de género se entienden como:

> "una visión generalizada o una idea preconcebida sobre los atributos o las características, o los papeles que poseen o deberían poseer o desempeñar las mujeres y los hombres. Un estereotipo de género es perjudicial cuando limita la capacidad de las mujeres y los hombres para desarrollar sus capacidades personales, seguir sus carreras profesionales y/o tomar decisiones sobre sus vidas." (OHCHR, s.f.-b).

Para entender mejor el impacto de los estereotipos de género en México, hablaré de las mujeres como personas y, de manera más específica, de mujeres como pacientes, resulta necesario aterrizar estas dinámicas de discriminación en contextos concretos, como la brecha de trabajo no remunerado entre hombres y mujeres. Para ejemplificar y poder visualizar lo anterior, de la Encuesta Nacional del uso del tiempo, se analizó el promedio del tiempo semanal en horas de trabajo no remunerado de hombres y mujeres por entidad federativa para el año 2024. Se puede observar que en general hay una gran brecha entre el promedio del tiempo semanal en hombres y mujeres en cuanto a trabajo no remunerado, siendo Chiapas el estado con la mayor diferencia en el tiempo dedicado en cuidado y a labores del hogar, con un promedio de 26.7 horas en promedio por semana; siguiendo Veracruz, con un promedio de 24.9 horas semanales; y, en tercer lugar, se encuentra el estado de Oaxaca, con un promedio semanal de 24.8 horas. Mientras que el estado con la menor cantidad de horas es la Ciudad de México, con un promedio semanal de 14.6 horas.

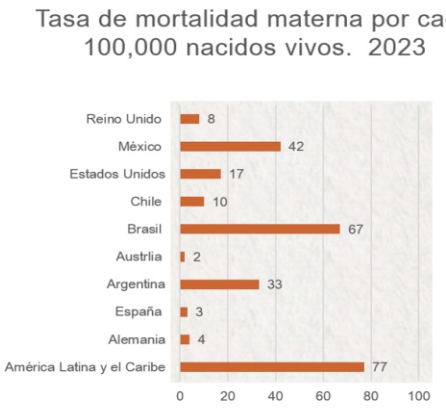
Brecha de género del promedio del tiempo semanal de trabajo no remunerado, por entidad federativa según sexo. 2024 (horas)

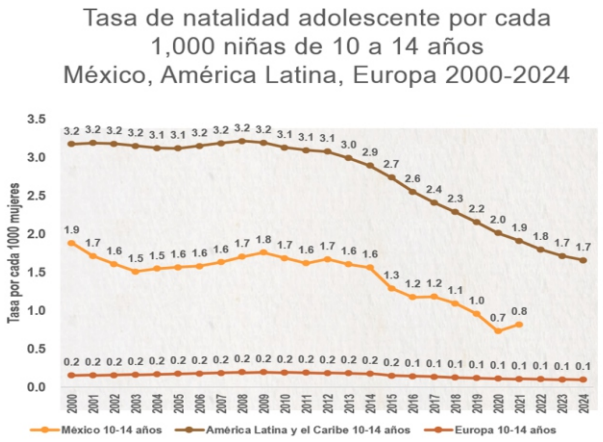


Fuente: INEGI. Encuesta Nacional del uso del tiempo (ENUT), 2024

Otra esfera que es importante analizar es la salud reproductiva, se puede observar un decrecimiento en cuanto a la fecundidad en general, siendo la cantidad de nacimientos cada vez menor en comparación a la tasa de reemplazo, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Sin embargo, referente a las tasas de fecundidad adolescente, a pesar de que en México las cifras han disminuido, pero no han alcanzado las cifras que tienen algunos países de Europa.

Este fenómeno sigue siendo un problema vigente y relevante para la calidad de vida de niñas y adolescentes que forman parte de estas estadísticas. Además, si bien en México las tasas son menores en comparación con el promedio de América Latina, se observa que en el año 2021 hubo un ligero incremento, el cual pudo estar asociado a los efectos de la a la pandemia por Covid-19. Asimismo, otro aspecto que sigue generando preocupación es la tasa de mortalidad materna, la cual continúa siendo una de las tasas más



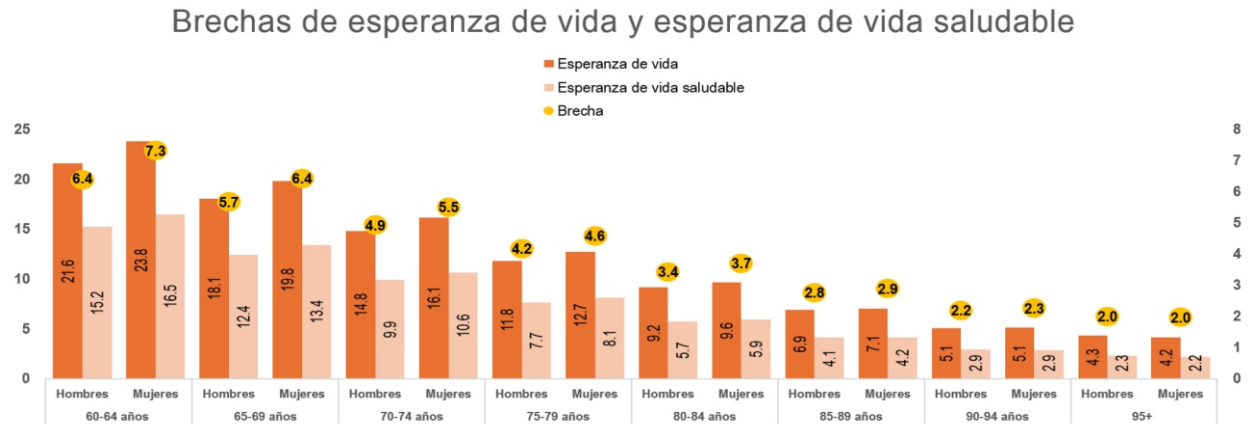


Fuente: UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2025). Estado de la Población Mundial 2025. Nueva York: UNFPA. ISBN: 978921592856 OMS. Estadísticas mundiales en salud 2022. https://data.who.int/es/indicators/i/24C65FE/27D371A

altas en comparación con otros países, al registrarse en 2023, un total de 42 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.

Por otra parte, en cuanto a las personas mayores de 60 años, en concreto el caso de las mujeres, es notorio que las mujeres cuentan con un mayor promedio de esperanza de vida que los hombres, aunque a partir de los 85 años y más, esta brecha entre sexos se equilibra.

Sin embargo las mujeres cuentan con menos años de esperanza de vida saludable. Esto también nos dice que las mujeres suelen tener un promedio mayor en años vividos con discapacidades respecto a los hombres a partir de los 60 años, es decir, existe una tendencia en donde se observa que las mujeres viven más cantidad de años, pero también se tiende a vivir con menor calidad de vida en cuanto a la salud, o de otra forma, las mujeres tienden a vivir más años enfermas.



Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2024. Available from https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/.

Respecto a las principales causas de mortalidad por sexo y por grupos de edad en México medidas por cada 100 000 habitantes (de acuerdo con los datos de registro de defunciones del INEGI, 2024), se puede observar que, para ambos sexos, en el grupo de 20 a 29 años, la principal causa de muerte corresponde a agresiones/homicidios, aunque estos difieren en causas o motivaciones según el sexo. En el caso de las mujeres, los homicidios son, en parte, consecuencia de la violencia de género (feminicidios), y por otro parte, la violencia criminal. No obstante, estas causales no son independientes entre sí, ya que se señala que la violencia delincuencial tiende a incrementar la violencia por razones de género. En este sentido, puede inferirse que la violencia de género se intensifica debido a la vulnerabilidad de las mujeres en contextos de crimen organizado y/o de alta militarización. (Vargas, 2023).

En cuanto al grupo de edad de 30 a 39 años, los hombres continúan mostrando una tendencia de mortalidad principalmente asociada a homicidios, mientras que, en las mujeres, la principal causa de muerte es debido a tumores malignos (cáncer). Esta tendencia en mujeres se mantiene en los grupos etarios posteriores, hasta el grupo de edad de mujeres de 50 a 59 años. Después de eso, en el grupo de 60 a 69 y de 70 a79 años, la diabetes se posiciona como la principal causa de muerte entre las mujeres. Finalmente, en los grupos de edad de 80 años en adelante, tanto hombres como mujeres presentan como principal causa de mortalidad enfermedades isquémicas del corazón. Cabe resaltar que, conforme la edad va en aumento, la cantidad defunciones masculinas por causa especifica disminuye en comparación con su contraparte femenina, las cuales muestran un incremento progresivo.

Estas tasas de mortalidad no solo proporcionan información estadística las causas de muerte de las personas de cierta edad y/o condición (como en el caso de la salud reproductiva), sino que también nos permite ahondar en el análisis del tratamiento de estas enfermedades con una perspectiva de género. Así pues, es pertinente hacer la pregunta, ¿existe un tratamiento igualitario de parte del personal médico en ambos sexos?

De acuerdo con literatura relacionada con el tema, en el caso de las mujeres como pacientes, podría responderse que no existe un tratamiento plenamente igualitario entre hombres y mujeres, pues se presentan diversos sesgos que influyen en la toma de decisiones a la hora del diagnóstico y tratamiento de enfermedades. En este contexto, hay un término retomado del uso popular y posteriormente de la psicología, cuyo origen surge de una obra de teatro inglesa llamada “Gas Light” y que posteriormente se traslada a los procesos de atención a la salud bajo el nombre de “gaslighting médico”. Este concepto hace referencia a las prácticas mediante las cuales se invalidan las preocupaciones y padecimientos del paciente sin una evaluación médica adecuada, como resultado de sesgos por nociones preconcebidas, ignorancia, arrogancia o paternalismo médico. En estos casos, el personal de salud toma decisiones por el paciente sin tomar en cuenta la voluntad o autonomía del paciente, presumiendo superioridad en conocimiento clínico y toma de decisiones. (Ng et al., 2024).

Estas conductas indeseables, se ven reforzadas por construcciones sistémicas y de sesgos estructurales, que derivan en un trato diferenciado y desproporcionado, afectando a pacientes marginalizados, como personas mayores, minorías étnicas, personas pertenecientes de la comunidad LGBTQ+, y en el contexto de esta conferencia, a mujeres. En el caso de estas últimas, los estereotipos de género contribuyen a la minimización de sus síntomas al ser percibidas como seres dramáticos y emocionales. Como consecuencia, un mismo síntoma puede ser diagnosticado y tratado de manera distinta en función del género, afectando de manera directa sus condiciones de vida y retrasando su diagnóstico y tratamiento. En este sentido, las pacientes notan que son tratadas con menos empatía y comprensión, impactando negativamente en la relación médico-paciente, especialmente cuando son atendidas por médicos masculinos. (INSP, 2024; Ng et al., 2024).

Un ejemplo claro de esta problemática es la endometriosis, una enfermedad que suele ser marcado por el subdiagnóstico que deriva en un diagnóstico tardío, como resultado de la minimización y normalización de síntomas como el dolor menstrual. En promedio, las mujeres pueden enfrentar hasta 10 años desde la aparición de sus síntomas hasta recibir un diagnóstico correcto, situación que se ve agravada por la falta de investigación existente en el tema, lo que contribuye a que las mujeres se sientan incomprendidas y no consideradas por los médicos a los que asisten. (Amezcua, 2025).

En resumen, a pesar de que la mayoría de los estudios sobre la salud de las mujeres se ha centrado principalmente en la etapa reproductiva, las mujeres como pacientes suelen experimentar la invalidación de síntomas en distintas etapas de la vida y en diversos contextos de la salud. Esto ocurre, por ejemplo, en padecimiento como la dismenorrea y la amenorrea, durante el embarazo, en el posparto en general o después de un parto traumático, en la menopausia particularmente y también en enfermedades crónicas que pueden afectar a cualquier sexo. Así pues, las mujeres tienden a enfrentar mayores tiempos de espera en los servicios de urgencias, ya que el personal médico puede minimizar la gravedad durante la urgencia médica, restringir la comunicación o desestimar la necesidad de tratamiento. Asimismo, suelen experimentar periodos más prolongado de tiempo para recibir un diagnóstico adecuado para la sintomatología existente. (Fielding-Singh & Dmowska, 2022; Hernández Tezoquipa et al., 2012; Westergaard et al., 2019).

Para poder disminuir y eventualmente eliminar esta problemática de salud atravesada por sesgos de género, resulta indispensable abordar las influencias del género en la salud con rigor científico, pues es crítico para avanzar en temas de salud, garantizando la equidad y el correcto ejercicio de los derechos humanos y en particular, los derechos de las mujeres.

Me referiré ahora a las **mujeres en su calidad de médicas e investigadoras** dentro del sector salud. Los estereotipos de género, como se ha mencionado a lo largo de este escrito, son una construcción sociocultural aprendida y reproducida a través de distintos mecanismos que facilitan su comprensión y naturalización. Esta construcción comienza a aprenderse en la primera etapa de la infancia, particularmente entre los 2 y 3 años, y se mantiene y refuerza a lo largo de las etapas posteriores (Fernández, 2022).

Se ha mostrado que, cuando se realizan preguntas a las infancias si se consideran inteligentes o capaces en áreas como la ciencia, tecnología, matemáticas o ciencias de la salud, así como si les gustaría desempeñarse académica y profesionalmente en estos ámbitos, la mayoría de los niños tienden a responder que sí son capaces y que deben ser capaces en estos ámbitos, mientras que las niñas dicen preferir otros ámbitos profesionales a esa edad, dejando de lado estas áreas profesionales, ya que estos campos requieren "brillantez intelectual" que solo los hombres lo tienen de manera inherente. (McGuire et al., 2020).

Para ejemplificar Bian et al en un estudio del 2017, compara dos investigaciones en donde se hacen encuestas a niños de 5 a 7 años, y en donde podemos observar la asociación de infantes de la capacidad intelectual con personas de su mismo género, tomando en cuenta características como brillantez y amabilidad (estereotipos comunes ligados al género). Los infantes menores 5 años no suelen ligar una característica u otra, como son la brillantez y la amabilidad, con un género en específico. Pero es a partir de los 6 años los niños comienzan a asumir a las personas de su mismo género como individuos más brillantes y menos amables; al contrario de las niñas, que comienzan a asumirse más amables y menos inteligentes. Y es a partir de los 7 años cuando estas diferencias se marcan aún más siguiendo la misma tendencia. (Bian et al., 2017).

Los estereotipos afectan a temprana edad e impactan en las decisiones personales, académicas y profesionales y se ven reforzados por un sistema en donde las mujeres son percibidas como no tan capaces o poco profesionales en el ámbito de la investigación. A manera de ejemplo los datos del Sistema Nacional de Investigadores SECIHTI 2025 que hay un poco más de mujeres que de hombres a nivel de Candidatos aunque las diferencias son mínimas. Sin embargo, a partir del Nivel I de investigadores, se puede observar que hay una mayor cantidad de hombres (14,133) que de mujeres (9,355). Para el nivel II (4,395 hombres vs. 2431 mujeres, y para el nivel III (1,902 hombres vs. 731 mujeres) las diferencias se incrementan de manera importante. En cuanto al área III de Medicina y Salud, para el nivel III de SIN, se puede observar que hay una brecha casi del doble de diferencia entre hombres y mujeres, teniendo 214 hombres SIN III y tan solo 119 mujeres.

Asimismo, sucede de manera similar con los investigadores eméritos, en donde existe una diferencia importante entre hombres y mujeres, siendo la diferencia de 231 personas a favor de los hombres. Estas diferencias tienen la misma tendencia desde hace varios años. Se infiere que uno de los motivos por los que estas brechas son tan amplias en los distintos niveles, es debido a que las mujeres no aplican, y por lo tanto no ingresan, lo que es parcialmente cierto pero continua con el hilo

conceptual en donde las mujeres no se creen capaces de acceder a este tipo de campos por falta de capacidad, e incluso por falta de tiempo debido a la gran carga que las mujeres tienen en sus hogares con el trabajo no remunerado.

Lo mismo pasa con la Academia Mexicana de Ciencias, pues para el 2025, continúa existiendo una gran brecha de género, de 3,100 miembros, el 72.5% corresponde a hombres y el 27.5% a mujeres.

La brecha de género presente en la academia científica, en general y en el ámbito de la medicina, genera disparidades importantes en la producción, reconocimiento y difusión de material de investigación científica. En este sentido, las mujeres tienen menores probabilidades de recibir crédito de autoría en publicaciones científicas, y al mismo tiempo, una mayor probabilidad de enfrentar procesos de revisión por pares más severos. Esto último se explica en parte, por la composición de los comités editoriales y equipos de revisión, que, en la mayoría de las ocasiones, están conformados mayormente por hombres, aumentando las probabilidades de que los artículos escritos por mujeres sean rechazados. Además de lo anteriormente mencionado, los manuscritos en los que las mujeres figuran como primera o ultima autora, tienden a recibir un menor número de citas en comparación con su contraparte masculina. (Bendels et al., 2018; Murray et al., 2018; Singh Chawla, 2018).

Asimismo, las mujeres suelen publicar menos artículos que los hombres, aunque representan aproximadamente el 39.0% de las autoras, son responsables del 29.8% de todas las autorías y están subrepresentadas en los niveles de productividad académica de más de 2 artículos por autor. Estas disparidades se acentúan en el caso de las revistas de alto impacto, en donde los artículos escritos por mujeres cuentan con menor cantidad de citados que aquellos escritos principalmente por hombres, especialmente cuando dichos artículos fueron escritos por grupos de mujeres como autoras principales. Paralelo a esto, en el ámbito de la investigación biomédica, las mujeres presentan tasas de solicitud más bajas y obtención de financiamiento para proyectos de investigación. Si bien, esto se debe en parte a que hay menor cantidad de mujeres entre profesores de investigación biomédica, también responde a una menor probabilidad de renovación de fondos otorgados en un principio, dificultando y limitando la continuidad de la investigación y de la consolidación de sus carreras científicas. (Bendels et al., 2018; Burstin & Arora, 2021; Murray et al., 2018; Pohlhaus et al., 2011; Singh Chawla, 2018; West et al., 2013).

En el caso especifico de la medicina, según datos estadísticos de Anuarios de ANUIES (a partir de los cuales se realizó una gráfica), acerca de estudiantes de nuevo ingreso a la licenciatura de medicina general comprendidas del año 2016 a 2025 en la Republica Mexicana, podemos ver una tendencia en donde cada ciclo escolar, hay un mayor ingreso de mujeres en comparación de los hombres. En general, el ingreso a la licenciatura de medicina general aumenta cada año, y parece interesante observar cómo hay una mayor cantidad de mujeres ingresando a la carrera cada año. Esto podría deberse a una “feminización” que está en tendencia creciente desde hace algunos años en el país en el ámbito de la ciencia, en este caso en la medicina, tecnología y la cultura. Sin embargo, el hecho de que hay mayor presencia de mujeres estudiando medicina, no es indicador suficiente de la disminución de la problemática en función de genero revisada, pues incluso, en algunas especialidades médicas, hay una menor presencia de mujeres cursándolas.(Báez-Saldaña, 2024).

Al mismo tiempo, esta situación es resultado de dinámicas y actitudes sexistas y precisamente de violencia sexual. Si bien actualmente, a nivel nacional y gubernamental, no se cuenta con un reporte que concentre estadísticas y prevalencia acerca de esta problemática, la Asociación Médica Britanica (BMA), acaba de publicar en el año en curso (2025) un reporte con datos aplicables a su país de origen. Aunque estos resultados pueden interferir en el análisis del contexto nacional, continúan siendo útil con fines explicativo. En este sentido, se realizó una encuesta a estudiantes de medicina sobre experiencias relacionadas con el sexismo, acoso o agresión sexual. Los resultados identificaron que las instituciones del país suelen fallar al momento de responder adecuadamente a los incidentes de acoso y agresión sexual, percibido por el 60% de los estudiantes de las universidades, lo que genera una ruptura en la confianza entre el estudiantado, las instituciones y el personal responsable. (BMA, 2025).

Además, se encontró que el 84% de las personas encuestadas considera que el sexismo es un problema en la educación médica. El 41% de las mujeres estudian-

tes de las universidades, reportan haber sido víctimas de acoso o agresión sexual, usualmente por parte de sus compañeros de carrera, entre otros datos. (BMA, 2025) En el ámbito de la medicina clínica, a pesar de que la Academia Nacional de Medicina de México cuenta con una agenda de género que busca promover la inclusión, justicia y la eliminación de la violencia en los distintos ámbitos académicos, como en la investigación, la educación, y claramente en la práctica médica, la brecha de género entre sus integrantes continúa siendo considerable. De manera general, la Academia esta conformada por 478 hombres frente a 158 mujeres, cuestión que hace evidente una desigualdad latente. Esta disparidad se acentúa particularmente en el área de cirugía en donde se registra la menor cantidad de miembros femeninas, con apenas 5 mujeres frente a 101 hombres. (López Suárez, 2025). En el mismo sentido, en Consejos de Certificación, para el 2025 cuenta con 13 (27.7%) mujeres presidentas frente a 34 (72.3) hombres de 47 consejos en total, marcando de igual forma una disparidad considerable.

Por otro lado se ha identificado una relación estrecha entre el género y los resultados obtenidos, es decir, se ha encontrado que las mujeres suelen alcanzar mejores resultados que sus contrapartes masculinas. Diversos estudios en el ámbito clínico-quirúrgico sugieren que estos resultados que se inclinan de manera más positiva hacia las mujeres, no se deben únicamente al género individual de cada médico, sino que es resultado de equipos con mayor diversidad de género; aunque, de igual forma, se sugiere que hay una mayor probabilidad de que estos resultados sean más favorables de parte de las mujeres debido al uso de herramientas comunicativas más eficientes ocupadas con los pacientes en consulta. Asimismo, se ha observado que, cuando los equipos médicos cumplen con esta característica de diversidad, la mortalidad anual disminuye, y además, cuando la operación quirúrgica es realizada por una mujer, esta tasa de mortalidad suele disminuir aún más. En este sentido, se ha demostrado que las medicas cirujanas suelen obtener resultados más favorables en procedimientos quirúrgicos a pesar de tener tiempos más prolongados en dichos procedimientos en comparación con los hombres cirujanos. Así pues, en el metaanálisis más reciente, publicado en el año en curso, en donde se incluyeron 15 estudios diferentes sobre este tema, se ha encontrado que las mujeres cirujanas poseen una menor mortalidad posoperatoria en comparación con los médicos cirujanos, aunque esta diferencia es muy ligera, si es significativamente estadística, por lo que es un dato importante para reconocer y tal vez, posteriormente explorar más a fondo. En conjunto, todos estos hallazgos sugieren que la diversidad de género como una característica importante en los equipos médicos, quirúrgicos y de anestesia, contribuye y refleja mejores resultados clínicos para los pacientes, por lo que se considera pertinente reconocer la inclusión equitativa como un elemento clave para la calidad y seguridad médica del paciente. (Blohm et al., 2023; Etherington et al., 2024; Lorello & Flexman, 2024; Saka et al., 2024).

En el sector sanitario también se pueden observar estereotipos de género que marginaliza a las mujeres en el ámbito y que marcan los trabajos relacionados con el cuidado como “más adecuados para mujeres”. Primeramente, se puede observar una segregación horizontal, en el sentido de que el personal sanitario femenino se ve agrupado en cargos y funciones de menor categoría y, además, con peor remuneración. Del mismo modo, hay presencia de una segregación vertical, en donde es notorio que las mujeres experimentan mayor dificultad para acceder y desarrollarse profesionalmente en puestos con mayor poder de decisión y con una mayor remuneración. El informe de “Women in Global Health”, publicado en 2023, reporta que conforme va aumentando el puesto de rango en sentido de decisiones y poder, el número de mujeres presentes va disminuyendo, y viceversa, hay más cantidad de hombres en puestos directivos y de mayor poder en el sector salud. (WIGH, 2023).

Retos y Desafíos

En la práctica clínica

- **Minimizar los sesgos clínicos:** Fomentar el uso de protocolos estandarizados y basados en la evidencia para el diagnóstico y el manejo del dolor, con el fin de reducir el riesgo de sesgo médico que podría llevar a que los síntomas de las mujeres sean desestimados o mal diagnosticados.
- **Abordar los sesgos inconscientes y promover la equidad en la atención:** Los sesgos implícitos a menudo influyen involuntariamente en la toma de decisiones clínicas.
- **Abogar por un cambio sistémico:** Políticas y procedimientos que promuevan la defensa de los derechos del paciente, incluye abogar por la

capacitación obligatoria en sensibilización sobre prejuicios, desarrollo de la empatía y la creación de equipos de defensa del paciente (Velasco Arias, S. 2009).

En la investigación médica

- **Investigación inclusiva obligatoria:** Exigir la inclusión de poblaciones diversas (mujeres, minorías, personas de género diverso, personas mayores) en ensayos clínicos y estudios para comprender las diferencias de sexo, género y edad en enfermedades, síntomas y respuestas a medicamentos.
- **Educación con perspectiva de género:** Reformar los planes de estudio de las facultades de medicina y el desarrollo profesional continuo para incluir capacitación específica sobre la salud de la mujer y cómo los síntomas de diversas afecciones (p. ej., dolor por infarto) pueden variar según el género.
- **Mejorar la recopilación y el análisis de datos:** Estandarizar la recopilación y el análisis de datos de salud desagregados por sexo, identidad de género y otros determinantes sociales para identificar y abordar disparidades específicas.
- **Financiar la investigación sobre la salud de la mujer:** Aumentar la financiación específica para la investigación de afecciones que afectan de manera desproporcionada a las mujeres o a las minorías de género, como la endometriosis y las enfermedades autoinmunes.

En el ámbito médico y de liderazgo

- **Implementar políticas con perspectiva de género:** Establecer y aplicar políticas que garanticen la equidad de género en salarios, ascensos y asignación de recursos. Esto incluye la obligatoriedad de informar sobre la brecha salarial y el uso de un lenguaje inclusivo en las descripciones y evaluaciones de puestos.
- **Promover el liderazgo diverso:** Incrementar la representación de mujeres y minorías de género en puestos de liderazgo, comités de selección, paneles y grupos de trabajo influyentes.
- **Ofrecer mentoría y patrocinio:** Crear programas formales de mentoría y patrocinio que conecten a médicas con líderes influyentes, tanto hombres como mujeres, para ayudarlas a avanzar en su carrera y construir redes profesionales.
- **Fomentar el equilibrio entre la vida laboral y personal:** Promover políticas que apoyen a las familias, como la licencia parental remunerada, horarios flexibles y servicios de cuidado infantil accesibles, para apoyar a todo el personal con responsabilidades de cuidado.
- **Cultivar un entorno respetuoso:** Aplicar una política de tolerancia cero ante el acoso sexual, la intimidación y la discriminación, con mecanismos de denuncia claros y sin represalias.
- **Capacitación sobre sesgos:** Implementar capacitación continua e integral para todos los profesionales médicos y líderes sobre sesgos inconscientes y microagresiones para fomentar una cultura laboral más inclusiva y equitativa.

Bibliografía:

AMC. (2020, marzo 8). Rosario Barroso Moguel. Mujeres en la Ciencia. https://mujeresenlaciencia.amc.mx/2020/03/08/rosario-barroso-moguel/

Amezcua, D. C. (2025, febrero 25). El sesgo de género en la salud. El Economista. https://www.eleconomista.com.mx/opinion/sesgo-genero-salud-20250225-747902.html

Báez-Saldaña, R. (2024). La feminización de la medicina en México. Nada nuevo en la medicina respiratoria. NCT Neumología y Cirugía de Tórax, 83(S1), s86-88. https://doi.org/10.35366/114816

Bendels, M. H. K., Müller, R., Brueggmann, D., & Groneberg, D. A. (2018). Gender disparities in high-quality research revealed by Nature Index journals. PLOS ONE, 13(1), e0189136. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189136

Bian, L., Leslie, S.-J., & Cimpian, A. (2017). Gender stereotypes about intellectual ability emerge early and influence children's interests. Science, 355(6323), 389-391. https://doi.org/10.1126/science.aah6524

Blohm, M., Sandblom, G., Enochsson, L., & Österberg, J. (2023). Differences in Cholecystectomy Outcomes and Operating Time Between Male and Female Surgeons in Sweden. JAMA Surgery, 158(11), 1168. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.3736

BMA. (2025). Sexism and sexual violence towards medical students. https://www.bma.org.uk/advice-

and-support/equality-and-diversity-guidance/gender-equality-in-medicine/sexism-and-sexual-violence-towards-medical-students

Burstin, H. R., & Arora, V. M. (2021). Gender Disparities in Journal Citations—Another Metric of Inequity in Academia. JAMA Network Open, 4(7), e2114787. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.14787

Etherington, C., Boet, S., Chen, I., Duffy, M., Mamas, M. A., Bader Eddeen, A., Bateman, B. T., & Sun, L. Y. (2024). Association Between Surgeon/Anesthesiologist Sex Discordance and 1-year Mortality Among Adults Undergoing Noncardiac Surgery: A Population-based Retrospective Cohort Study. Annals of Surgery, 279(4), 563-568. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000006111

Fernández, M. A. (2022). Estereotipos de género en primera infancia en situaciones lúdicas. http://repositorio.cfe.edu.uy/handle/123456789/2563

Fielding-Singh, P., & Dmowska, A. (2022). Obstetric gaslighting and the denial of mothers' realities. Social Science & Medicine, 301, 114938. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114938

Granados Cosme, J. A., Aguilar Sandoval, L. R., Muñoz Carpio, E. D., Santos Rivera, D. E., Granados Cosme, J. A., Aguilar Sandoval, L. R., Muñoz Carpio, E. D., & Santos Rivera, D. E. (2024). Prevalencia de acoso sexual durante el internado médico de pregrado en Ciudad de México. Investigación en educación médica, 13(49), 18-29. https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.49.23509

Hernández Tezoquipa, I., Arenas Monreal, M. de la L., & Váldez Santiago, R. (2012). Sentirse mal «así le tocó vivir»: Las mujeres y su percepción de salud en México. Cultura de Los Cuidados, 16, 37-40. https://doi.org/10.14198/cuid.2004.16.07

INSP. (2024, marzo 9). 8 de marzo: Reflexiones sobre los desafíos para la salud de las mujeres. Portal-Instituto Nacional de Salud Pública. https://www.insp.mx/informacion-relevante/8-de-marzo-reflexiones-sobre-los-desafios-para-la-salud-de-las-mujeres

López Suárez, P. (2025, marzo 10). Agenda 8M entre la Facultad de Medicina la Academia Nacional de Medicina y el Instituto Mexicano del Seguro Social. Gaceta UNAM.

https://www.gaceta.unam.mx/tag/agenda-8m-entre-la-facultad-de-medicina-la-academia-nacional-de-medicina-y-el-instituto-mexicano-del-seguro-social/

Lorello, G. R., & Flexman, A. M. (2024). A matter of life and death: Physician gender and patient outcomes after surgery. British Journal of Anaesthesia, 133(3), 479-482. https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.06.002

McGuire, L., Mulvey, K. L., Goff, E., Irvin, M. J., Winterbottom, M., Fields, G. E., Hartstone-Rose, A., & Rutland, A. (2020). STEM gender stereotypes from early childhood through adolescence at informal science centers. Journal of Applied Developmental Psychology, 67, 101109. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2020.101109

Murray, D., Siler, K., Larivière, V., Chan, W. M., Collings, A. M., Raymond, J., & Sugimoto, C. R. (2018). Gender and international diversity improves equity in peer review (p. 400515). bioRxiv. https://doi.org/10.1101/400515

Ng, I. K., Tham, S. Z., Singh, G. D., Thong, C., & Teo, D. B. (2024). Medical Gaslighting: A New Colloquialism. The American Journal of Medicine, 137(10), 920-922. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2024.06.022

OHCHR. (s.f.-a). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

OHCHR. (s.f.-b). Estereotipos de género. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. https://www.ohchr.org/es/women/gender-stereotyping

Pohlhaus, J. R., Jiang, H., Wagner, R. M., Schaffer, W. T.,

& Pinn, V. W. (2011). Sex Differences in Application, Success, and Funding Rates for NIH Extramural Programs: Academic Medicine, 86(6), 759-767. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31821836ff

Saka, N., Yamamoto, N., Watanabe, J., Wallis, C., Jerath, A., Someko, H., Hayashi, M., Kamijo, K., Ariie, T., Kuno, T., Kato, H., Mohamud, H., Chang, A., Satkunasivam, R., & Tsugawa, Y. (2024). Comparison of Postoperative Outcomes Among Patients Treated by Male Versus Female Surgeons. Annals of Surgery, 280(6), 945-953. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000006339

Sanfilippo, J. (2001). Rosario Barroso Moguel, primera mujer que ingresó a la Academia Nacional de Medicina. Facultad de Medicina, UNAM. https://www.facmed.unam.mx/_gaceta/gaceta/sep102k1/barroso.html

Singh Chawla, D. (2018). Huge peer-review study reveals lack of women and non-Westerners. Nature, 561(7723), 295-296. https://doi.org/10.1038/d41586-018-06678-6

Sotelo, J. (2006). Doctora Rosario Barroso Moguel. Gaceta médica de México, 142(3), 271-272.

Suprema Corte de la Nación. (s.f.). Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer | Dirección General de Prevención, Atención y Seguimiento a Casos de Violencia de Género. http://www.scjn.gob.mx/igualdad-de-genero/cedaw

UNFPA. (2025). Estado de la Población Mundial 2025: La verdadera crisis de fecundidad—Alcanzar la libertad reproductiva en un mundo de cambios. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNFPA-México. (2025). Prevención del embarazo en adolescentes. Fondo de Población de las Naciones Unidas-Mexico. https://mexico.unfpa.org/es/topics/prevenci%C3%B3n-del-embarazo-en-adolescentes

Vargas, R. J. (2023). Descenso en la esperanza de vida debido a los homicidios múltiples en México: Homicidios de mujeres adyacentes al homicidio de uno o más hombres. Salud Colectiva, 19, e4247. https://doi.org/10.18294/sc.2023.4247

Velasco Arias, S. (2009). Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Ministerio de Sanidad y Política Social. Depósito Legal.

West, J. D., Jacquet, J., King, M. M., Correll, S. J., & Bergstrom, C. T. (2013). The Role of Gender in Scholarly Authorship. PLOS ONE, 8(7), e66212. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066212

Westergaard, D., Moseley, P., Sørup, F. K. H., Baldi, P., & Brunak, S. (2019). Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. Nature Communications, 10(1), 666. https://doi.org/10.1038/s41467-019-08475-9

WIGH. (2023). La situación de la mujer y el liderazgo en la sanidad mundial (No. Women in Global Health). https://womeningh.org/wp-content/uploads/2023/04/LA-SITUACION-DE-LA-MUJER-Y-EL-LIDERAZGO-EN-LA-SANIDAD-MUNDIAL.pdf