

TRABAJO DE INCORPORACIÓN

Sesión Extraordinaria: 11 de setiembre de 2007

Una visión histórica de la participación femenina en la profesión médica

AN. Dr. Oscar Pamo Reyna:

Médico Internista del Hospital Loayza de Lima, Doctor en Medicina y Profesor Principal de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

RESUMEN

Se presenta la evolución histórica de cómo las mujeres intervinieron activamente en el cuidado de los enfermos a través del tiempo y de cómo gradualmente se han impuesto a la postergación social y cultural. En el momento actual, las mujeres están conformando una proporción mayoritaria entre los estudiantes de medicina y los médicos que se gradúan.

Palabras clave: historia de la medicina, mujer, género, educación médica.

SUMMARY

It is presented the historical evolution of the way in which the women had an actively participation in the patients care through times and how they gradually have overridden to the social and cultural postponement. Currently, the women are becoming a majority proportion among the medical students and graduating doctors.

Key words: history of medicine, woman, gender, medical education.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende responder a una interrogante y a la vez comentar una observación. La interrogante surgió de mis alumnas, en más de una ocasión, casi al finalizar los cursos de historia de la medicina que dicto para el pregrado y postgrado de medicina. Efectivamente, luego de presentar los hechos y los actores de la medicina nacional y universal era de esperar, en algún momento, la interrogante hecha por una mujer de “¿Cuál ha sido la contribución femenina en el desarrollo de la medicina?”. En aquellas situaciones mi respuesta fue corta, probablemente más por desconocimiento que por desmerecer el aporte femenino.

Por otro lado, la observación es que, al igual de lo que está sucediendo en otras latitudes, en las últimas décadas estamos asistiendo a una mayor participación femenina en la carrera médica. En realidad ha venido ocurriendo una mayor incursión de las mujeres en las actividades científicas, en general, antaño consideradas patrimonio exclusivo de los varones. En lo que respecta a medicina,

esta mayor ingerencia femenina es una realidad que debemos afrontar, estudiar y entender. Por eso, más que dar soluciones o responder interrogantes tan solo pretendo exponer el problema, por llamarlo de alguna manera.

ENTRE LA LEYENDA Y LOS HECHOS.

Con el desarrollo de las sociedades o agrupaciones humanas, desde los tiempos remotos, por lo general la mujer ocupó un lugar relativamente secundario en la mayoría de las actividades .

Así, en la caza, la pesca, la guerra, la construcción de edificaciones, los deportes, etc., los protagonistas fueron los varones. Para la mujer se dejó actividades como la crianza de los hijos, la preparación de los alimentos, los tejidos, el cuidado de los enfermos, la preparación de pócimas y el arte de partear, entre otras.

Dado que la mujer quedaba en la casa, del cuidado de los hijos al cuidado de los enfermos no hubo sino un paso. Del mismo modo ocurrió la transición de la cocina a la preparación de pócimas y emplastos. Esto hizo que la mujer tuviera un conocimiento del efecto benéfico de las hierbas empleadas en el alivio de los males y padecimientos. Precisamente, este conocimiento hizo que también se reconociera el efecto dañino de ciertas hierbas. De allí que, la curandería y la maleficia -que más tarde se le reconocería como brujería- estuvieron muy ligadas en su ancestral nacimiento.

Pero, la actividad por excelencia desarrollada por la mujer del pasado fue el arte de partear, de ayudar a otra en ese natural y difícil trance de dar a luz a un nuevo ser. Pero muchas de estas parteras o comadronas –por lo menos en el español se recogen estos términos- también cultivaron el arte curanderil. Así, no hubo sociedad en el pasado que no tuviera también sus parteras o curanderas, según las necesidades.

La mujer no solo tuvo una participación activa dentro de la concepción empírica de la medicina sino también cuando esta tuvo una concepción mágico-religiosa. En este caso, por un lado se tuvo a la sacerdotisa curandera y por otro a la imagen femenina como diosa que fue motivo de culto por sus cualidades sanadoras.

En la mitología de antigua Grecia y Roma, junto con el culto al dios Asclepios (o Esculapio, en latín), que tuvo gran vigencia desde los años 1 500 a.C. hasta los años 500 d.C., surgió el culto a sus dos hijas que lo asistían durante el sueño terapéutico. Precisamente, en el juramento hipocrático se invoca a ellas: “Juro por Apolo médico, Asclepios, Hygiea y Panacea, y por todos los dioses y diosas...”. Hygiea, la diosa de los cuidados preventivos para mantener la salud, y Panacea, la diosa que provee de las hierbas curativas, darían origen a los vocablos higiene y panacea.

En la Grecia clásica se tiene referencias de un personaje femenino que destacó en el ejercicio de la profesión médica. Hay que destacar que su vida y obra se mezclan con la leyenda y lo que se conoce se debió a Higinius, escritor latino del siglo I de nuestra era. En el siglo III a.C., Agnódice fue a Alejandría a estudiar medicina y obstetricia, llegando a ser discípula de Herófilo. En aquel entonces era prohibido que las mujeres ejercieran la medicina por lo que tuvo que disfrazarse de varón. Agnódice regresó a Atenas y ejerció especialmente la medicina relacionada con la ginecología. Ante la acusación de conducta inmoral de parte de sus envidiosos colegas, Agnódice tuvo que mostrar sus genitales ante los jueces. Desbaratada la acusación, quedó ella como violadora de la prohibitiva ley. Fue aquí donde las mujeres atenienses acudieron en su defensa y amenazaron con inmolarse ellas también si se le aplicaba la pena de muerte a Agnódice. Fue así que se le permitió el ejercicio de la profesión a Agnódice.

El relato de Agnódice parece ser una leyenda popular desde mucho antes del siglo III a.C. pues en todo el Mediterráneo se han encontrado figurines de terracota de la diosa Baubo que, según la mitología, danzó ante la diosa Démeter, levantándose el vestido, mostrando un rostro dibujado en su vientre y exponiendo los genitales. Estos figurines tienen una antigüedad que va de los siglos V a III a.C. y la leyenda de la diosa Baubo se fusiona con la historia de Agnódice.

En la antigua Roma, en el Quirinal se tenía el templo a Dea Salus, la deidad que reinaba sobre todas las otras relacionadas con la enfermedad, entre las que estaban Febris, la diosa de la fiebre; Uterina, que cuidaba la matriz; Lucina, encargada de los partos; Fessonia, señora de la debilidad y de la astenia, etc. En el mundo antiguo, y en diversas culturas, fue muy común tener a diosas y sacerdotisas relacionadas con el arte y la práctica de aliviar los males.

En la Edad Antigua y la Alta Edad Media, con la propagación del Cristianismo -y con la piedad, la misericordia y la caridad como prácticas- la atención de los enfermos se tornó casi como una obligación y, de esta manera, obtener gracias para llegar al Señor. Dentro de la medicina monacal, la mujer también ocupó un lugar en el arte de aliviar el dolor y paliar las molestias de los enfermos. De los hospicios se pasó a los hospitales y la mujer tomó nuevamente el papel de asistente en las atenciones y curaciones y también de curandera.

En la Edad Media, para el médico fue difícil acceder a los cuerpos femeninos toda vez que estas padecían enfermedades relacionadas con su sexo. Esto hizo que las curanderas asumieran un lugar importante en la atención de las enfermas y, en general, de los enfermos. Estas curanderas guardaban recetas que eran empleados como manuales y que pasaban de generación en generación a través de las hijas.

Hacia el siglo XI, se tiene la historia de Trota di Ruggiero, o Trota de Salerno, más conocida con el diminutivo Trotula, la dama que enseñó medicina en la famosa Escuela de Salerno, considerada como la primera institución de carácter universitario en Europa fundada en el siglo IX. Se le atribuyen dos obras. Un tratado de ginecología y obstetricia, *Trotulae curandarum aegritudinum mulierorum ante et post partum*, conocido como *Passionibus Mulierum Curandorum* (Las Dolencias de las Mujeres), que es un compendio de varios escritos, en el que se trata la menstruación, la concepción, el embarazo, el parto, el control de la natalidad, además de diversas enfermedades ginecológicas y de otro tipo, así como de sus remedios. También se conoce a este tratado como *Trotula Major* o simplemente como el *Trotula* y se usó como texto de ginecología y obstetricia hasta el siglo XVI, habiendo sufrido multitud de plagios a lo largo de los siglos posteriores a su publicación. La otra obra, llamada *Ornatu Mulierum* o *Trotula minor*, es un tratado sobre la cosmética, así como del cuidado de la piel y la higiene como prevención de enfermedades.

No se conoce sobre su nacimiento ni otros detalles de su vida y nada de su muerte. Algunos estudiosos han dudado de que fuese una mujer y otros son de la opinión de que se trató de un personaje ficticio por lo que sus escritos fueron atribuidos a otros autores en las reimpresiones posteriores al siglo XIII.

En el siglo XII se encuentra un personaje femenino del cual sí se tiene adecuada información sobre su vida y

obra relacionada con la medicina. Se trata de la germana Hildegard (1098-1179), monja benedictina y mística que llegó a ser abadesa de Bingen, y fue ampliamente conocida por su obra cristiana durante los siglos XII y XIII y durante la temprana Edad Moderna. Autora de tres grandes libros visionarios: el *Scivias*, el *Liber vite meritorum* y el *Liber divinorum operum*. También escribió varias obras breves, como hagiografías y tratados doctrinales; una *Physica*; un ciclo de canciones al que denominó *Symphonia armonie celestium revelationum*; el drama litúrgico *Ordo Virtutum*; numerosas cartas con las autoridades y notables de la época; y, se le atribuye *Cause et cure*, un libro sobre las enfermedades y sus medicamentos que es un compendio del saber científico y cosmológico que se encuentra, en distintas versiones, en el resto de su obra, especialmente en el *Liber divinorum operum*.

En la medicina propiciada por Hildegard lo más importante es que cada individuo tome la responsabilidad de su propia salud; que disfrute de la vida natural y que haga buen uso de los cinco sentidos; que disfrute caminando, escalando, remando, nadando, navegando, corriendo, pescando, cuidando los animales, en la jardinería, con la música, con la pintura, etc., y creer en Dios, la esencia de todas las cosas. Hizo numerosas recomendaciones en el tratamiento de las enfermedades de la piel.

El caso de Hildegard de Bingen fue aislado. En las nacientes universidades europeas las mujeres no tenían cabida. Menos aún se les permitía el acceso a la educación en las facultades de medicina para ser un médico togado. Lo usual era que no se les permitiera a las mujeres a ejercer el arte y la práctica curanderil, por lo menos abiertamente. Los cirujanos barberos eran únicamente varones. En Francia e Inglaterra, en el siglo XIII, las leyes prohibieron a las mujeres el ejercicio de la medicina. Las juntas de médicos y cirujanos se preocuparon de no admitir mujeres entre sus miembros. Tal fue el caso de Jacoba Felicie, quien había aprendido el arte de la medicina, y que en 1322 fue denunciada por la Facultad de Medicina de París por el ejercicio ilegal de la profesión y que, a pesar de demostrarse su competencia, se le prohibió tal ejercicio.

Las mujeres se replegaron a cuidar a los enfermos en sus casas y a asistir a las parturientas, y muy pocas a ser curanderas. Ya en la Baja Edad Media, la práctica del curanderismo se tornó ser muy peligrosa para las mujeres. Como consecuencia del misticismo medieval surgió toda una concepción de gran arraigo popular sobre la existencia de gente que pactaba con el demonio, que le rendía culto, que se acostaba con incubos o

súcubos, que ejercían poderes maléficos, etc. Y, quien mejor que la Iglesia para que se encargue de erradicar esas nocivas influencias. El tener conocimiento de las plantas medicinales lo convertía fácilmente a uno de curandero en brujo, especialmente si era mujer.

La denominada cacería de brujas, que empezó en la Baja Edad Media, se llevó a cabo entre los siglos XIII y XVIII. La Iglesia Católica y la Inquisición pusieron un excesivo énfasis en la persecución de las supuestas brujas durante el siglo XV. Muchas mujeres, conocedoras de las propiedades curativas de las hierbas y que practicaban el curanderismo fueron acusadas de brujas. El perfil de la bruja recaía sobre mujeres entradas en años, que vivían solas (viudas o abandonadas), que eran desconfiadas y hurañas ante los extraños, que se acompañaban de mascotas y que, empíricamente, conocían las propiedades curativas de la hierbas. Bajo el cargo de brujería, miles de personas -mujeres en su gran mayoría- fueron juzgadas, torturadas y sacrificadas en la hoguera. El *Martillo de las Brujas*, libro publicado en 1486, y del cual se hicieron numerosas ediciones posteriores, se convirtió en la Biblia Negra de los inquisidores y que llevó a la muerte a miles de inocentes sobre los cuales había caído la acusación de practicar la brujería. La última bruja fue quemada en Alemania en 1775.

Hacia el siglo XVII, los médicos comenzaron a tener ingerencia en la atención de las parturientas y las comadronas o parteras comenzaron a ser desplazadas gradualmente de la atención ginecológica y obstétrica. Los hospitales todavía estuvieron controlados por la Iglesia y la administración estuvo bajo el cuidado de las congregaciones, una situación que ha durado hasta no hace mucho. De esta manera se hizo evidente una separación de géneros en los cuidados de salud de los hospitales. Los médicos diagnosticaban y prescribían, los cirujanos barberos intervenían manualmente (sangrías, desbridamiento de abscesos, extracción de muelas, amputaciones, etc.) y las monjas asistían a los pacientes. La gran mayoría que enfermaba y quedaba en su casa era atendida por los familiares más cercanos que eran, precisamente, las mujeres que residían en casa.

LAS PIONERAS EN MEDICINA

La profesión médica, tanto en la formación como en el ejercicio, se fue organizando e institucionalizando de tal manera que hacia fines del siglo XVIII tenía una estructura bien jerarquizada. En medicina y en las demás actividades –comerciales, económicas, militares, náuticas, empresariales, artesanales, etc.- se hizo evidente la

predominancia masculina en el rol ejecutor. En cambio, a la mujer se le reservó o restringió el accionar a actividades ligadas directamente con las actividades caseras y el cuidado de los hijos. Si realizaron alguna actividad comercial, esta estuvo relacionada con las labores domésticas: lavanderas, hilanderas, bordadoras, tejedoras, cocineras, amas de llaves, amas de niños, floristas, etc.

La Iglesia Católica contribuyó de manera determinante al darle un rol secundario o ninguno en la administración de los servicios religiosos. La educación era exclusiva para los varones. Por ende, las universidades no admitían mujeres. Bajo este panorama, las comadronas o parteras tuvieron que enfrentar una mayor ingerencia de los varones en el arte de parrear. Esta había sido una ancestral y exclusiva práctica pero el desarrollo de la anatomía, de la experimentación, de las otras ramas de las incipientes ciencias físicas y matemáticas, llevó a que los médicos togados o facultativos se interesaran en los problemas ginecológicos y obstétricos. Precisamente, la invención del fórceps, herramienta útil en los partos distócicos, hizo que los médicos monopolizaran el uso de ella y no se lo permitieran a las parteras.

Un caso especial fue el de Dorothea Christiane Erxleben, (1715-1762), de Quedlinburg, quien gracias a su posición social y económica fue admitida para estudiar medicina en la Universidad de Halle. Ella había aprendido medicina por las enseñanzas de su padre, el Dr. Christian Leporin, pero no podía tener certificación alguna porque las universidades no admitían mujeres. En 1742, ella publicó "Gründliche Untersuchung der Ursachen, die das weibliche Geschlecht vom Studieren abhalten", un manifiesto en el cual argumentaba que las mujeres deberían ser admitidas en las universidades. Obtuvo el permiso de Federico, El Grande, rey de Prusia, en 1741, pero no fue necesario hacer valer dicho permiso porque al casarse con el diácono Johann Christian Erxleben le fue permitido realizar los estudios de medicina. En 1754, Dorothea Erxleben fue la primera mujer en obtener el grado de doctor en medicina. Posteriormente, otras mujeres germanas trataron de graduarse en medicina pero no lo consiguieron, permitiéndoseles solo el certificado de parteras. No volvería a graduarse otra mujer como doctor en medicina en Alemania hasta 1906.

La gran dificultad que tenían las mujeres para acceder a los estudios y ejercicio de la medicina queda muy bien ilustrado con el extraordinario caso del Dr. James Barry. Este había nacido en Londres hacia 1795 y se graduó como médico en 1812. Se incorporó a la Armada británica a la cual serviría durante 46 años en diversas partes del

mundo. De aspecto grácil, de buenos modales y voz aguda, Barry se desempeñó como médico cirujano sin tener contratiempos. Cuando murió en Malta en 1865, se dieron cuenta de que Barry había sido una mujer. Se asume que fueron las dificultades que tenían las féminas para acceder a los estudios universitarios lo que impulsó a Barry a adoptar una vestimenta y comportamiento no acorde con su sexo –un genuino caso de travestismo– para conseguir graduarse y ejercer como médico.

LA ENFERMERÍA ORGANIZADA

La actividad de asistir a los enfermos sí les era permitir a las mujeres, especialmente en los hogares. Muchas de aquellas que seguían a los ejércitos y después asistían a los heridos se habían ganado una mala reputación. En efecto, muchas de estas "enfermeras" tenían una bien ganada fama de prostitutas y borrachas.

Debemos reconocer que una de las contribuciones más importantes en la medicina moderna ha sido el desarrollo paralelo de la enfermería y que las mujeres tuvieron que ver con ello. Y, aquello sucedió a mediados del siglo XIX cuando Florence Nightingale (1820-1910) arribó al hospital barraca de las tropas británicas de Scutari, en el lado asiático de Constantinopla –ahora Estambul–, junto con 38 enfermeras para hacerse cargo del cuidado y de la atención de los soldados británicos heridos en las batallas de la Guerra de Crimea.

La prensa había denunciado que morían más soldados en el hospital que en las batallas. Nightingale había estudiado enfermería cuando esta disciplina no era bien considerada socialmente. Ella había respondido al llamado de su vocación antes que a las exigencias de su alcurnia. Precisamente, por este inusitado interés, el Ministro de Guerra, Sydney Herbert, que la conocía socialmente, la envió en auxilio de los soldados heridos. De esta manera, por primera vez se contaba con enfermeras calificadas para la atención de los heridos en los hospitales militares. La cosa no fue fácil pues fueron rechazadas. Sin embargo, la llegada de nuevos heridos hizo que se recurriera a sus servicios y fue allí donde entró a tallar la gran labor organizativa de Nightingale. Se aseguró a los heridos que tuvieran alimentación, aseo corporal, cuidado de las heridas, cobijas adecuadas, recreación y ayuda para la rehabilitación.

Nightingale también desarrolló lo que más tarde serían las estadísticas hospitalarias. Ella llevaba un control riguroso de todos los bienes muebles, inmuebles, personal, enfermos, fallecidos, dados de alta, etc. En 1858, ella publicó *Notes on Matters affecting the*

Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army y por su contribución a las estadísticas de la Armada y de la estadística comparativa de los hospitales fue nombrada miembro de la Sociedad de Estadística del Reino Unido en 1860.

Ese mismo año, gracias a la contribución pública, pudo establecer la Escuela Nightingale para el entrenamiento de enfermeras en el Hospital de Santo Tomás en Londres, ahora museo. Este sistema sería rápidamente copiado por los otros países asegurando una enfermería organizada y académica. Como el nacimiento de la enfermería -prácticamente una especialidad femenina- coincidió con los grandes avances en el campo de la medicina -la asepsia, la antisepsia, la anestesia, la cirugía mayor, la teoría microbiana, etc.- podemos afirmar que contribuyó cercanamente con el desarrollo ulterior de la medicina moderna.

LAS PRIMERAS MÉDICAS EN LA MEDICINA MODERNA

Cuando Harriot Hunt (1805-1875), que había mostrado interés y dedicación en la atención de los enfermos desde 1835, decidió estudiar medicina y se presentó a la Escuela de Medicina de Harvard en 1847, el ingreso le fue negado. Ante su insistencia, en 1850 se le permitió escuchar las clases pero los estudiantes varones se opusieron a que asistiera por lo cual tuvo que retirarse. Hunt se desempeñó como enfermera partera, boticaria y ejerció la medicina homeopática. Después, ya bajo los vientos feministas de Norteamérica, en 1853 le fue conferido el grado de Doctor Honorario del recientemente fundado Colegio Médico de Mujeres de Pennsylvania. Hunt, que también destacó como una luchadora por los derechos de la mujer, emigró a Inglaterra para dedicarse a la frenología.

Elizabeth Blackwell fue la primera mujer que se graduó como médica en los Estados Unidos. Nació en Inglaterra en 1821 y, trasladada a los Estados Unidos a los 11 años, contó con la ciudadanía norteamericana desde los 28 años de edad. Blackwell se interesó por la medicina luego de la muerte de una amiga debido al cáncer uterino avanzado y que había concurrido tarde donde el médico. En ese entonces, a las mujeres les costaba ventilar sus intimidades ante un médico y ellas preferían ser atendidas por una médica, condición que no existía.

Luego de infructuosos intentos, pues fue rechazada por las más importantes escuelas médicas, fue admitida en la pequeña y joven escuela, la Geneva School of Medicine, del Estado de Nueva York en 1847.

Blackwell desarrolló tres inquietudes: 1) su creencia en la necesidad de una solidaridad femenina y en la superioridad moral de la mujer; 2), su preocupación por dotar de una sólida formación a las mujeres, doctoras y enfermeras, dedicadas al cuidado de los enfermos; y 3) su interés por el desarrollo de la medicina preventiva, para enseñar a los pacientes cómo vivir de forma higiénica y saludable y cómo cuidar de sí mismos y sus familiares.

Blackwell se graduó con excelentes calificaciones en 1849 convirtiéndose en la primera mujer en obtener el título de médico en la medicina moderna. Para otras que lo intentaron no fue fácil: no fueran admitidas o sus cursos fueron suspendidos. Luego de graduada, Blackwell confirmó que las dificultades eran mayores para ejercer como médica pues no fue aceptada en ningún hospital norteamericano. Blackwell viajó a Europa. En Inglaterra tampoco fue bien recibida pero llegó a establecer amistad con Florence Nightingale. En Francia se repitieron las adversidades y la confinaron al Hospital de La Maternité para ejercer como comadrona. Aquí contrajo una infección ocular que le hizo perder un ojo anulando sus intenciones de dedicarse a la cirugía. Regresó a Inglaterra y esta vez fue mejor recibida en el Hospital de San Bartolomé de Londres.

Retornó a los Estados Unidos en 1852 y nuevamente no encontró un hospital donde trabajar. Fue entonces que decidió formar una escuela para formar médicas y un hospital donde ejerzan mujeres para atender a mujeres y niños. Con su hermana Emily, cinco años menor, recientemente graduada, en 1853 fundó una clínica, el New York Dispensary for Indigent Women and Children. En 1857, las Blackwell y Marie Zakrzewska incorporaron el dispensario al New York Infirmary for Women and Children.

En 1859 Elizabeth viajó a Inglaterra donde dio conferencias que inspiraron a otras mujeres a estudiar medicina, entre ellas a Elizabeth Garrett. Vuelta a los Estados Unidos, contribuyó a la formación de enfermeras que servirían en la Guerra Civil norteamericana. En 1868, junto con su hermana abrieron el Women's Medical College asociado al New York Infirmary. Regresó a Inglaterra donde ayudó a formar el London School of Medicine for Women. En 1875 se desempeñó como profesora de ginecología en el London School of Medicine for Children, que había sido fundado por Elizabeth Garrett Anderson. Blackwell se dedicó a los oficios religiosos presbiterianos y falleció en 1910.

En Europa, Elizabeth Garrett (1836-1917) había tenido un trajinar paralelo al de Elizabeth Blackwell en su afán de estudiar medicina. Precisamente, inspirada por Blackwell decidió estudiar medicina pero todas las

escuelas le cerraron las puertas. Entonces empezó a estudiar enfermería en la sala de cirugía en el Hospital de Middlessex y a asistir a las clases de disección pero los estudiantes de medicina se quejaron de su presencia por lo que le prohibieron el acceso a dichas clases. Garrett completó tres años de estudios, incluyendo clases privadas y uno de práctica en el hospital por lo cual solicitó ser examinada. Ninguna escuela aceptó examinarla tal que pudiera obtener su licencia de medicina. Entonces, Garrett se percató que la Sociedad de Boticarios, que detentaba la capacidad de examinar, no tenía ninguna prohibición explícita para tomar los exámenes a mujeres. En 1865, después de cumplir con los requisitos exigidos, incluyendo las prácticas de comadrona, Garrett rindió los exámenes en la Sociedad de Boticarios y obtuvo la certificación para ejercer medicina. Así, Garrett, logró graduarse como la primera mujer de Inglaterra y de Europa en conseguir tal certificación. Al año siguiente fue inscrita en el Registro Médico de Inglaterra. Por supuesto que la Sociedad de Boticarios dejó de tomar los exámenes a las nuevas aspirantes a médicas.

Posteriormente, Garrett y Blackwell juntaron esfuerzos y continuaron trabajando para fundar escuelas y hospitales para mujeres.

La azarosa vida de estas mujeres da una idea de las dificultades que tuvieron que vencer para lograr sus objetivos. Fueron muchas más las que tuvieron una decidida y destacada actuación pero el estudio de sus vidas escapa de los alcances de este estudio. Quizás habría que recordar a Ann Preston (1813-1872) que en 1850 ingresó a estudiar en The Female's Medical College of Pennsylvania. En 1851, Preston se graduó como médico y en 1866 llegó a ser la primera decana de una escuela médica, The Female's Medical College. Otro caso fue el de Clara Barton (1821-1912) que como enfermera tuvo una destacada participación asistiendo a los soldados heridos y perdidos en la Guerra Civil norteamericana (1861-1865) y que en 1881 fundó la Cruz Roja Norteamericana.

LAS MUJERES Y LA MEDICINA EN EL PERÚ.

Históricamente, el rol de la mujer en el Antiguo Perú también fue el de ayudar a los enfermos en la casa, el de partera y el de curandera. Ya en la Colonia, esta última función fue excepcional pues se corría el riesgo de ser acusada de bruja dado que se vivía bajo la mirada escrutadora de la Santa Inquisición. En todo caso, el curanderismo debió de ser más frecuente entre las mujeres indígenas, especialmente en los pueblos alejados de las grandes ciudades. El hecho concreto es que las mujeres siempre participaron como curanderas.

Se tiene la referencia de que, en 1551, una mujer llamada Catalina Castañeda, probablemente una indígena cristianizada que hacía panes y pasteles, fue denunciada ante el Cabildo de Lima por “curar el mal de bubas” – nombre con que se conocía a cualquier agrandamiento de los ganglios, abscesos o tumoraciones- administrando zarzaparrilla y emplastos por lo que se le prohibió tal práctica.

Durante la Colonia estuvo prohibido el ejercicio de la medicina por las mujeres debido a que desde 1412, cuando en Castilla se prohibió que “Judío o judía, nin moro nin mora, no sean especieros, nin boticarios, nin cirugianos, ni físicos”.

Hacia los inicios de la vida republicana se tiene el caso de Dorotea Salguero, natural de La Libertad, quien fue acusada por los médicos del Protomedicato de Lima de charlatanería quienes solicitaron se le expulse de la ciudad. Ella negó los cargos y dijo que había aprendido a curar con yerbas con un botánico y que a ella acudían enfermos que muchas veces habían sido desahuciados por los médicos. Ella fue liberada con el juramento de no volver a ejercer el curanderismo pero reincidió y en 1830 los médicos volvieron a acusarla. Dorotea se quejó ante el Congreso del acoso a que era sometida y que tendrían que enterrarla viva para que no socorra al necesitado, y que era derecho de cada persona de decidir con quien curarse. También se cita el caso de la curandera arequipeña, Justa Retamoso, que publicó un folleto en Lima, en 1864, afirmando curar la locura. Por supuesto que la medicina oficial la marginó tildándola de, simplemente, curandera.

Las mujeres también fueron desplazadas del ejercicio del arte de parrear. En 1826 se fundó la Maternidad de Lima y el Colegio de Partos –para la formación de matronas- gracias a la gestión de la obstetriz francesa Benita Cadeau de Fessel quien se había formado en la Escuela de Partos de París. Era cierto que las parteras o comadronas realizaban muchas veces prácticas reñidas con la anatomía y fisiología corporal de la gestante o, mejor aún, de las parturientas por lo que, gradualmente, la atención de los partos quedó en manos de las obstetrices formadas oficialmente y de los médicos. Pero, para la gran mayoría de partos domiciliarios, especialmente de las zonas populares o de las rurales, la atención quedaba en manos de las parteras.

La Maternidad y el Colegio continuaron juntos hasta después de que los Fessel retornaron a Francia en 1836. Los médicos tardaron en formalizar su ingerencia en el parto. En 1879 se creó la Cátedra de Clínica de Partos en la Facultad de Medicina de Lima y en 1898, empezó a funcionar la Cátedra de Clínica Ginecológica. Y, hacia fines de 1911, la Escuela de Partos pasó a formar parte de la Facultad de

Medicina como la Escuela de Obstetrices. Entonces, por definición, una obstetriz es una mujer. Si un varón desea estudiar obstetricia tiene que ser médico primero y luego especializarse en ginecología y obstetricia.

Hacia fines del siglo XIX, las mujeres no podían acceder a la educación secundaria y superior y se desarrolló una corriente feminista, paralela a la que se llevaba a cabo en el resto del mundo, que llevó a las mujeres a exigir igualdad de oportunidad y de trato para trabajar fuera del hogar, derecho a recibir educación secundaria y superior, derecho al sufragio y derecho a la participación en la vida social y política del país entre otros reclamos. Hasta entonces la mujer había sido confinada a los quehaceres del hogar, a la procreación y al cuidado de los hijos pero, legalmente, se encontraban en un status inferior al de los varones.

Mujeres como Clorinda Matto de Turner, Mercedes Cabello de Carbonera, María Jesús Alvarado, Zoila Aurora Cáceres, Elvira García y García, entre otras, desarrollaron una tesonera labor de organización de las mujeres y de presión ante las autoridades políticas y la opinión pública para lograr que se reconozcan los derechos de las mujeres.

Para poder ingresar a una universidad tenían que hacerlo con una resolución oficial y generalmente lo hacían en las profesiones de Obstetricia, Odontología y Farmacia. Pocas eran las mujeres que iniciaban estudios de Ciencias, Letras y Medicina. Recién a partir del 7 de noviembre de 1908, con la Ley No. 801, las peruanas pudieron matricularse sin observaciones en las universidades.

La primera matriculada y bachiller en Ciencias fue Margarita Práxedes Muñoz (1890). La primera doctora en Ciencias fue Laura Esther Rodríguez Dulanto (1898) y bachiller en Medicina (1900). La primera odontóloga, Ana S. viuda de Mac Sorley (1890). El Premio de Obstetricia fue para María Luisa Porras (1895). Esther Festín fue bachiller (1901) y doctora en Letras (1904). Leopoldina Gaviño Matías se doctoró en Ciencias Naturales (1911), etc.

El interés de las mujeres por la carrera médica ocurrió hacia fines del siglo XIX, al igual que en otras partes del mundo, cuando se imponía una corriente higienista como el *modus vivendi* de las personas alentado por los médicos quienes transmitían los avances en la microbiología. Era la época en que se consideraba que todas las enfermedades eran producidas por microbios y quien mejor que la mujer para que, además de mantener limpia la casa, vigilara por su cuerpo y el de los hijos para disminuir la alta mortalidad infantil y materna, evitar la propagación de las taras y contribuir al mejoramiento de la especie humana. En ese entonces, para los varones,

médicos especialmente, esta era una buena razón para que las mujeres se atengan a esos cuidados y que no pretendan incursionar en áreas destinadas para ellos.

Laura Esther Rodríguez Dulanto nació en Supe, provincia de Chancay, en 1875. Terminados los estudios primarios, continuó los estudios secundarios de forma privada, replicando los estudios de su hermano –quien llegaría a ser médico y ministro de Hacienda- a fin de rendir los exámenes para ingresar a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Beneficiada con una beca estatal, pudo terminar los estudios y optar el grado de bachiller en Ciencias en 1893. Con su tesis “Estudios geológicos de la provincia de Chancay” optó el grado de doctor en Ciencias el 18 de octubre de 1898. Continuó con los estudios de medicina y optó el grado de bachiller en Medicina en 1899 con su tesis “El empleo del ictiol en las inflamaciones pelvianas” y juramentó el 26 de setiembre de 1900. En ese año también optó el grado de doctor en Medicina. Rodríguez Dulanto tuvo una posición moderada dentro del movimiento feminista reinante en la época –movimiento, que dicho sea de paso, tenía varios matices-, tanto así que no confiaba en el sufragio femenino y de la participación femenina en la vida política.

Rodríguez Dulanto publicó en la Gaceta Médica un trabajo sobre “Enorme quiste del ovario acompañado de otro pequeño” (1898) y “Fibromioma uterino” (1900). Participó en el V Congreso Médico Latino Americano y VI Panamericano con una ponencia sobre “La necesidad de la declaración obligatoria de la tuberculosis en América y el establecimiento de sanatorios sostenidos por el Estado para los tuberculosos”. En 1910, durante el conflicto con el Ecuador, fundó la Unión Patriótica de Señoras y organizó la Escuela de Enfermeras. Fue médica de la Escuela Normal de Mujeres durante 18 años, del Liceo Fanning y de los Conventos de la Concepción, Jesús María y Nazarenas. Luego de una larga enfermedad, falleció el 6 de julio de 1919.

El ejercicio de la profesión no fue fácil para Laura Esther Rodríguez Dulanto. Se cita que la censura social y el hostigamiento velado de la época la confinaron a ejercer la profesión en un liceo de niñas o en conventos pero nunca en un hospital o consultorio privado.

Por otro lado, la enfermería se fue organizando. Así, en 1915, por gestión de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, empezó a funcionar la Escuela Mixta de Enfermeros. En 1917 egresó la primera promoción de siete enfermeros: cuatro mujeres y tres varones. Los estudios y la atención por los estudiantes se realizaban en el Hospital Dos de Mayo de Lima que era un hospital para varones. En 1922, la dirección de la escuela fue entregada a las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul. En 1924, la escuela dejó de ser mixta

para admitir exclusivamente a mujeres. Desde entonces, la enseñanza de la enfermería en el país, con excepción de las universidades, es casi exclusivamente para mujeres.

Probablemente por las grandes dificultades que tenían que enfrentar las mujeres, el interés de las peruanas por seguir la profesión médica disminuyó notablemente después de la osada decisión de la primera médica, la doctora Laura Esther Rodríguez Dulanto, graduada en 1900. A cuentagotas, le siguió la doctora María Mercedes Cisneros, graduada en 1928. Luego, la doctora Imelda Lindo de Soriano, graduada en 1943. Susi Roedenbeck, que estudió junto con Jesús Arroyo de Petrozzi, fue la cuarta mujer en graduarse de médica, miembro de la Promoción de 1945, en la UNMSM. En las primeras décadas del siglo XX, Cristina Patrón, Catalina González y Beatriz Carbajal llegaron a matricularse en la facultad de medicina siguiendo a Rodríguez Dulanto pero no se graduaron. Resumiendo, en los primeros cincuenta años de la incursión femenina en la carrera médica en el país, solo se tuvo a cuatro médicas.

LAS PRIMERAS MÉDICAS EN LATINOAMÉRICA

El interés de las mujeres por la carrera médica ocurrió hacia fines del siglo XIX, al igual que en otras partes del mundo, cuando se imponía una corriente higienista como el *modus vivendi* de las personas alentado por los médicos quienes transmitían los avances en la microbiología. Era la época en que se consideraba que todas las enfermedades eran

producidas por microbios y quien mejor que la mujer para que, además de mantener limpia la casa, vigilara por su cuerpo y el de los hijos para disminuir la alta mortalidad infantil y materna, evitar la propagación de las taras y contribuir al mejoramiento de la especie humana. En ese entonces, para los varones, médicos especialmente, esta era una buena razón para que las mujeres se atengan a esos cuidados y que no pretendan incursionar en áreas destinadas para ellos.

Se puede afirmar que fue un movimiento con repercusiones a nivel mundial el hecho de que las mujeres optaran por seguir estudios superiores e incursionar en estudios como los de medicina. Por supuesto que, tal como lo hemos visto líneas arriba, no fue fácil. Se tuvo que vencer las costumbres, especialmente el rol secundario que la mujer había asumido en la sociedad a lo largo de la historia.

Los movimientos feministas finiseculares del XIX clamaron por derechos como el del sufragio femenino, el acceso a la educación, la igualdad de condiciones en el trabajo, etc.

En Norteamérica se habían dado las condiciones para que las mujeres accedieran a estudiar medicina antes que en Sudamérica. Lo sucedido con Blackwell y sus seguidoras repercutió hondamente en aquellas mujeres que aspiraron adoptar nuevos roles. Así, tenemos la siguiente relación de mujeres que se graduaron como primeras médicas en sus países americanos en los años sucesivos hasta mediados del siglo XX (ver tabla 1.):

Tabla 1. Primeras médicas en América según el año de graduación.

Año	Nombre	País
1849	Elizabeth Blackwell	EEUU
1867	Emily Jennings Store	Canadá
1887	Eloísa Díaz Insunza	Chile
1887	Ernestina Pérez Barahona	Chile
1887	Matilde Montoya	México
1887	Rita Lobato Velho Lopez	Brasil
1889	Cecilia Grierson	Argentina
1889	Laura Martínez de Carvajales	Cuba
1900	Laura E. Rodríguez Dulanto	Perú
1908	Paulina Luisi	Uruguay
1918	Amelia Chopitea Villa	Bolivia
1919	Matilde Hidalgo	Ecuador
1936	Lya Imber de Coronil	Venezuela
1945	Inés Ochoa Pérez	Colombia

MUJERES DESTACADAS EN EL CAMPO DE LA MEDICINA: DOS EJEMPLOS.

Las mujeres también han contribuido de manera importante en el desarrollo de la ciencia y la tecnología médicas. Podemos citar algunos ejemplos notables. Para dar fe de este aserto vamos a presentar de manera sintetizada la obra de dos médicas norteamericanas. Las dificultades que tuvieron que pasar reflejan lo que fue casi una costumbre en la mayoría de las escuelas y hospitales en todo el mundo.

Helen Brooke Taussig (1898-1986), quien no pudo ingresar a estudiar medicina en la escuela de Harvard porque no admitían mujeres. Ingresó a la escuela de Johns Hopkins y se graduó en 1927. A pesar de su sordera, se interesó por las cardiopatías congénitas cianóticas. Contribuyó en el desarrollo de la técnica conocida como de Blalock-Taussig que consistía en una derivación término lateral de la arteria subclavia con la arteria pulmonar en los niños con Tetralogía de Fallot. En 1947, Taussig publicó el libro *Congenital Malformations of the Heart*, que fue el referente teórico de la cardiología pediátrica. Describió también lo que se conoce como “síndrome de Taussig” que es una cardiopatía congénita rara caracterizada por la asociación de estenosis ístmica de la aorta o estenosis del infundíbulo aórtico con insuficiencia aórtica. El síndrome que recibe el nombre de Taussig-Bing ese refiere a otra cardiopatía congénita caracterizada por la transposición de la aorta -que nace del ventrículo derecho-, dilatación y desviación de la arteria pulmonar que nace cabalgada sobre una comunicación interventricular; cianosis intensa y precoz con soplo sistólico y agrandamiento radiológico de las cavidades derechas y de la arteria pulmonar. Por su condición de mujer, Taussig fue relegada en su carrera profesional pero después fue reconocida en vida y se le rindió diversos homenajes por sus importantes contribuciones.

Virginia Apgar (1909-1974). Se graduó en medicina en el College of Physicians and Surgeons en 1929 en la Universidad de Columbia. Quiso ser cirujana pero el jefe de Cirugía, Alan Whipple, le negó tal posibilidad porque había tenido malas experiencias entrenando a mujeres en cirugía. Le aconsejó a Apgar que se dedicara a la incipiente especialidad de anestesiología que se estaba modernizando. Apgar siguió

este consejo y tuvo que asistir a entrenarse en varios centros ya que esta especialidad no existía de manera escolarizada. Apgar regresó a la Universidad de Columbia y durante varios años fue la única anestesista. Gracias a sus observaciones, Apgar ideó el sistema de evaluación del recién nacido – basado en cinco aspectos: frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta refleja y color- al minuto y a los cinco minutos como una guía para determinar si el neonato requería de maniobras de resucitación. Este sencillo método está vigente aún. Apgar haría otros estudios de gasometría y equilibrio ácido-básico sanguíneo para demostrar la correlación de estos parámetros con su sistema de evaluación. Apgar recibió muchos honores en vida y cuando se retiró se dedicó a una fundación para la prevención e investigación de la parálisis infantil.

LAS MUJERES Y LA INVESTIGACIÓN EN MEDICINA

Las mujeres también han tenido una menor participación en la investigación científica médica, tanto de las ciencias básicas como las clínicas. Esto es fácilmente demostrable si se contabiliza los protocolos de investigación donde las funciones de investigadores primarios y secundarios hayan sido encomendadas a mujeres; y, también, si se contabiliza las autorías de las publicaciones científicas médicas.

Como se dijo antes, las mujeres han hecho contribuciones importantes en el desarrollo de la medicina. Sin embargo, es notoria la desventaja en la cantidad de aportes notables comparativamente con la obtenida por los varones. Esto podría ser también una consecuencia del rezago femenino en su incursión en el mundo de la medicina.

Si escogemos un medidor de calidad como los Premios Nobel otorgados, encontramos lo siguiente: Entre 1901 y 2006 se entregaron 768 premios en las áreas de Física, Química, Medicina, Literatura, Paz y Economía. De ellos, sólo 31 (4 %) correspondieron a mujeres. Sólo una mujer, la francesa Marie S. Curie lo consiguió dos veces, el de Física en 1903 y el de Química en 1911. En Medicina y Fisiología, de 186 premios otorgados, 7 (3.8 %) correspondieron a mujeres: De estas, sólo dos fueron médicas, tal como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Mujeres que recibieron el Premio Nobel de Medicina y Fisiología.

Pais	Año	Graduada en
EEUU	1947	Gerty Theresa Radnitz Cori medicina
EEUU	1977	Rosalynn S. Yalow física nuclear
EEUU	1983	Barbara McClintock biología
EEUU	1986	Rita Levi-Montalcini medicina
EEUU	1988	Gertrude Belle Elion bioquímica y farmacología
Alemania.	1995	Christiane Nüsslein-Vollhard biología, física y bioquímica
EEUU	2004	Linda B. Black fisiología y microbiología; inmunología

Claro que lo mismo sucede con los varones. Muchos de los ganadores del Premio Nobel de Medicina y Fisiología no son médicos pero la proporción de varones médicos que ha ganado este premio es definitivamente mayor que el de las mujeres.

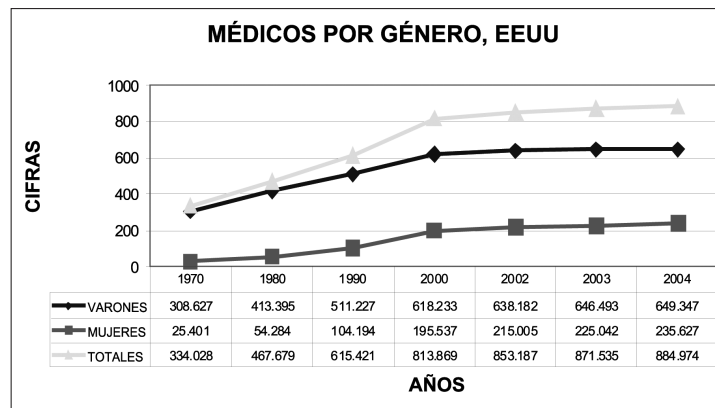
LAS MUJERES Y LA PROFESIÓN MÉDICA

En el siglo XIX, las primeras universitarias en los Estados Unidos y en resto del mundo fueron médicas. Esto se debió a varios factores como la necesidad de las mujeres de conocer su cuerpo y atender las enfermedades relacionadas con los órganos de la reproducción; se empezó a ver a la profesión médica como apropiada para ellas (“supervisoras de la salud y enfermeras del hogar”); y, la imagen de la madre educadora que debería tener los conocimientos de higiene para el cuidado de los hijos.

Hay carreras universitarias donde la proporción de estudiantes mujeres es muy alta. En enfermería, son más del 95%; en obstetricia, constituyen el 100%; en farmacia, más del 90%; en odontología, más del 60%; y, en proporciones importantes también ocurre en las carreras técnicas relacionadas con la salud. En las últimas décadas se ha observado un interés creciente de las mujeres por estudiar medicina.

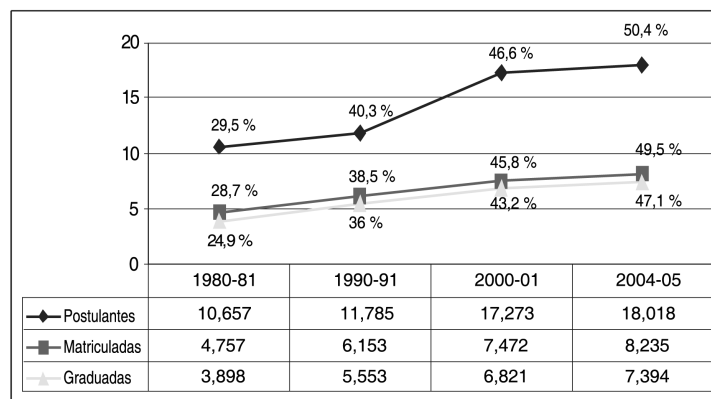
Podemos citar algunas estadísticas norteamericanas que demuestran este interés creciente por estudiar medicina de parte de estudiantes de sexo femenino. En 1980, las mujeres constituyeron el 11.6 % de la fuerza médica laboral y para el 2004 alcanzó a 26.6% (ver gráfica 1). Paralelamente, la proporción de postulantes mujeres también se ha incrementado, yendo del 29.5% al 54% (ver gráfica 2).

Gráfica 1. Médicos según sexo en los Estados Unidos.



Fuente: American Medical Association. Physician Characteristics and Distribution in the U.S., 2006 Edition and prior editions.

Gráfica 2. Postulantes mujeres, ingresantes y graduadas en las escuelas de medicina norteamericanas.



Fuente: Association of American Medical Colleges (AAMC), Women in Academic Medicine Statistics and Medical School Benchmarking 2004-2005.

En todos los países ha ocurrido algo semejante. En el Reino Unido, las mujeres constituyeron el 25% en los años 60 para llegar al 35% en 1975, al 46% en 1985, al 50% en los años 90 iniciales hasta el 65% actualmente. Y, del mismo modo, de todos los puestos, del 23% en 1983 pasó al 35% al 2003; y, también se ha incrementado en todas las especialidades, pasando a ocupar una mayor proporción en especialidades del manejo agudo de pacientes o invasivas aunque en cirugía aún constituye un bajo porcentaje.

En España, actualmente, el 70 por ciento de los estudiantes de las facultades de medicina y alrededor del 50 por ciento de los médicos son mujeres. En 1965 sólo un 7,3 por ciento de los médicos eran mujeres, porcentaje que se estima llegará al 60 por ciento en el 2030. Hacia fines del 2004, había en España 80 530 mujeres médicos colegiadas frente a 114 138 varones. Y, la especialidad médica que más eligen es el de la otorrinolaringología (el 72,6 por ciento de los

otorrinolaringólogos en España son mujeres), seguida por la de geriatría (un 71,5 por ciento) y de la de ginecología y obstetricia (un 69,7 por ciento). En Europa, España lidera el grupo de países con mayor porcentaje de médicas seguida de Suecia, Francia, Alemania, Italia y Reino Unido.

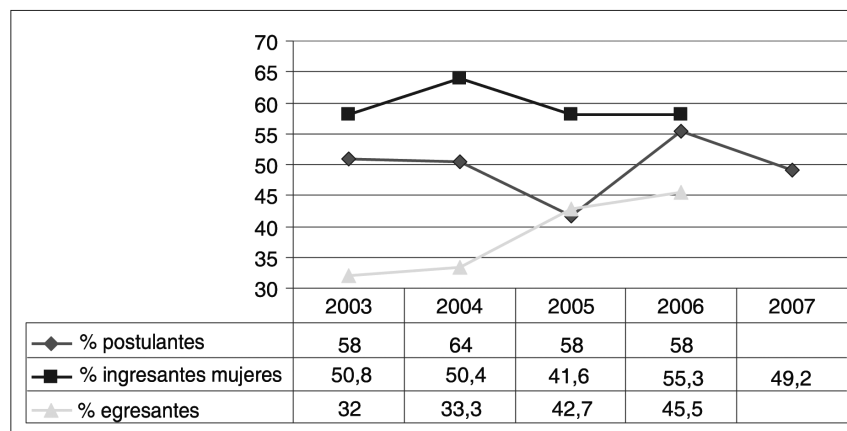
En el Perú ha ocurrido un proceso similar al de los mencionados. En los últimos años, el promedio de postulantes mujeres a la facultad de medicina de la UPCH fue de 59 %, el de ingresantes fue de 49.5 % y el de egresantes fue creciente (ver tabla 3 y gráfica 3). En la tabla 4 y gráfica 4 se muestra la distribución de los egresados de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Prácticamente la proporción de mujeres médicas egresadas se ha triplicado en los últimos cuarenta años hasta constituir casi el 46 % actualmente. Este interés por seguir estudios de medicina de parte de las mujeres es real.

Tabla 3. Porcentaje de postulantes, ingresantes y egresantes de la Facultad de Medicina según sexo, UPCH

	Total de Ingresantes	Varones	Mujeres	% ingresantes mujeres	% postulantes mujeres	% egresantes mujeres
2003	130	64	66	50.8	58	32.0
2004	125	62	63	50.4	64	33.3
2005	125	73	52	41.6	58	42.7
2006	123	55	68	55.3	58	45.5
2007	122	62	60	49.2		

Fuente: Oficina de Admisión, Boletines Estadísticos, UPCH.

Gráfica 3: Porcentajes postulantes, ingresantes y egresantes de la Fac. de Medicina, UPCH



Fuente: FMAH-UPCH.

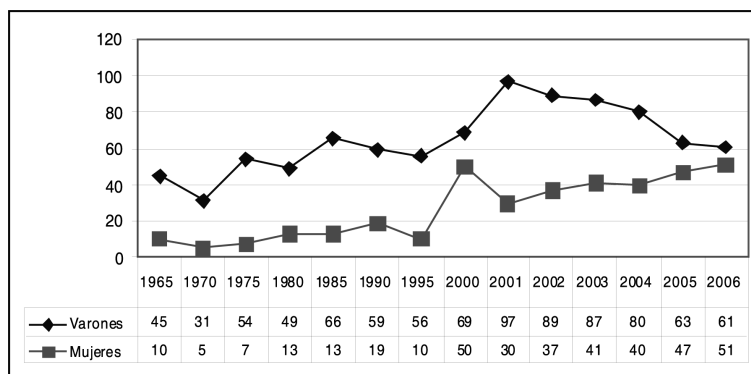
Tabla 4. Egresados de la FMAH-UPCH según sexo y por años.

Año de egreso	Total	Varones	Mujeres	%
1965	55	45	10	22.2
1970	36	31	5	16.1
1975	61	54	7	12.9
1980	62	49	13	26.5
1985	79	66	13	19.7
1990	78	59	19	24.4
1995	66	56	10	15.2
2000	119	69	50	42.0
2001	127	97	30	23.6
2002	126	89	37	29.4
2003	128	87	41	32.0
2004	120	80	40	33.3
2005	110	63	47	42.7
2006	112	61	51	45.5

No consta el sexo de UN colegiado en 1995, de 56 en el 2000, y de 4 en el 2005.

Fuente: Oficina de Planificación y Desarrollo, Unidad Estadística. Boletín y Secretaría Académica, FMAH-UPCH, 2007.

Gráfica 4: Egresados de la FMAH-UPCH según sexo y por años.



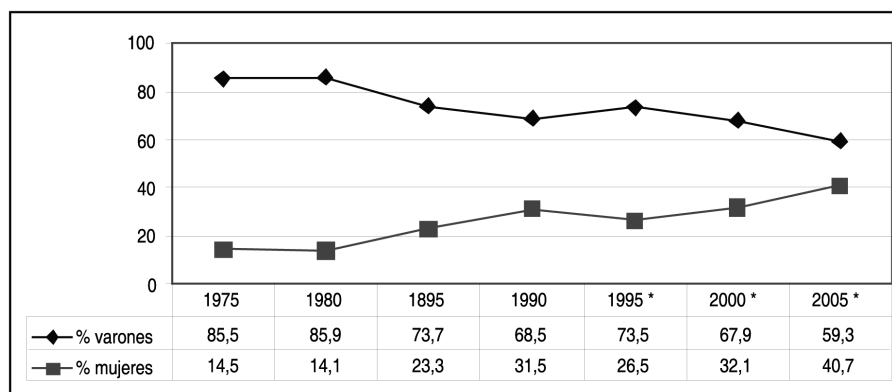
Y, si apreciamos este contexto a nivel nacional vemos que se repite. Del 14.5 % de médicas colegiadas en 1975 hemos pasado a poco más del 40% actualmente. Ver la tabla 5 y gráfica 5.

Tabla 5. Médicos colegiados por año y sexo.

	1975	1980	1895	1990	1995 *	2000 *	2005 *
Total	385	808	886	1082	1231	1460	2133
Varones	329	635	653	741	905	992	1265
Mujeres	56	173	233	341	326	468	868
% mujeres	14.5	14.1	26.3	31.5	26.5	32.1	40.7

Fuente: Colegio Médico del Perú, 2007.

Gráfica 5: Médicos colegiados por año y sexo.



Fuente: Colegio Médico del Perú, 2007.

Se ha sostenido que las mujeres médicas ganan menos que los varones a igualdad de funciones. La explicación a esto está en que las médicas trabajan menos horas que los varones debido a que tienen que atender las situaciones derivadas de la atención del hogar y la crianza de los hijos o porque tienen que ausentarse cuando están gestando. La diferencia de las remuneraciones no es tal cuando ingresan a trabajar; y, las diferencias se dan principalmente por el tipo de especialidad y los establecimientos donde ejercen.

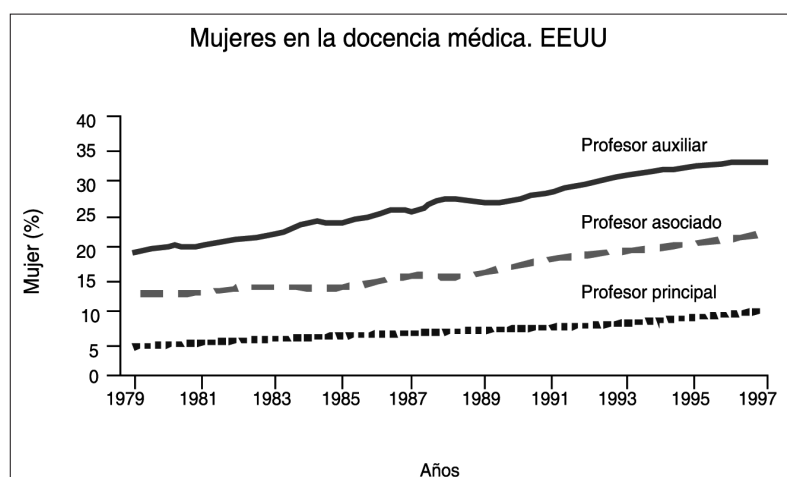
En nuestro medio se puede afirmar que no hay diferencias en las remuneraciones de los médicos según

el sexo. Nuestras leyes cubren la ausencia laboral por gestación, puerperio y lactancia. En aquellas situaciones en que se trabaja por contrato, a destajo, las mujeres sí van a ganar menos que los varones pues sólo se paga las horas trabajadas.

LAS MUJERES EN LA DOCENCIA MÉDICA

El incremento en el número y la proporción de mujeres ingresando a las escuelas médicas ha llevado también a un incremento de las mujeres dedicándose a la docencia (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Médicas docentes en los Estados Unidos.



Fuente: Nonnemaker, Lynn. NEJM 2000; 342 (6): 399-405.

En los Estados Unidos también se observó un incremento en las profesoras ocupando cada vez más las categorías docentes más altas a principios de los años 90 pero no a finales de esa década. La explicación a esto estaría en que habiendo una mayor cantidad de médicas enseñando en las escuelas de medicina y habiendo demostrado que pueden alcanzar los más altos puestos, ahora la tendencia natural sería a diversificar sus intereses en otras actividades. Pero, no obstante este mayor ingreso de las mujeres a la docencia médica, cuando se compara a los médicos y las médicas en igualdad de condiciones y estadios de sus carreras, las mujeres alcanzan la más

alta categoría docente, profesor principal, en menor proporción que los varones.

En nuestro medio, observamos que las médicas profesoras obtienen cualquiera de las categorías docentes –auxiliar, asociado o principal- pero en mucha menor proporción que los varones especialmente en los de mayor jerarquía (ver tablas 6 y 7, y gráfica). Lo mismo podemos decir con los grados. Si bien es cierto que cada vez más médicas deciden estudiar una maestría lo son en mucha menor proporción con el doctorado. La proporción de mujeres que se gradúan de maestras y doctoras también es menor.

Tabla 6. Docentes ordinarios según sexo por años, UPCH.

	Total	Varones	%	Mujeres	%
1990	343	318	92.7	25	7.3
1991	380	349	91.8	31	8.2
1992	405	369	91.1	36	8.9
2003	427	359	84.1	68	15.9
2004	412	343	83.3	69	16.7
2005	401	332	82.8	69	17.2
2006	395	327	82.8	68	17.2

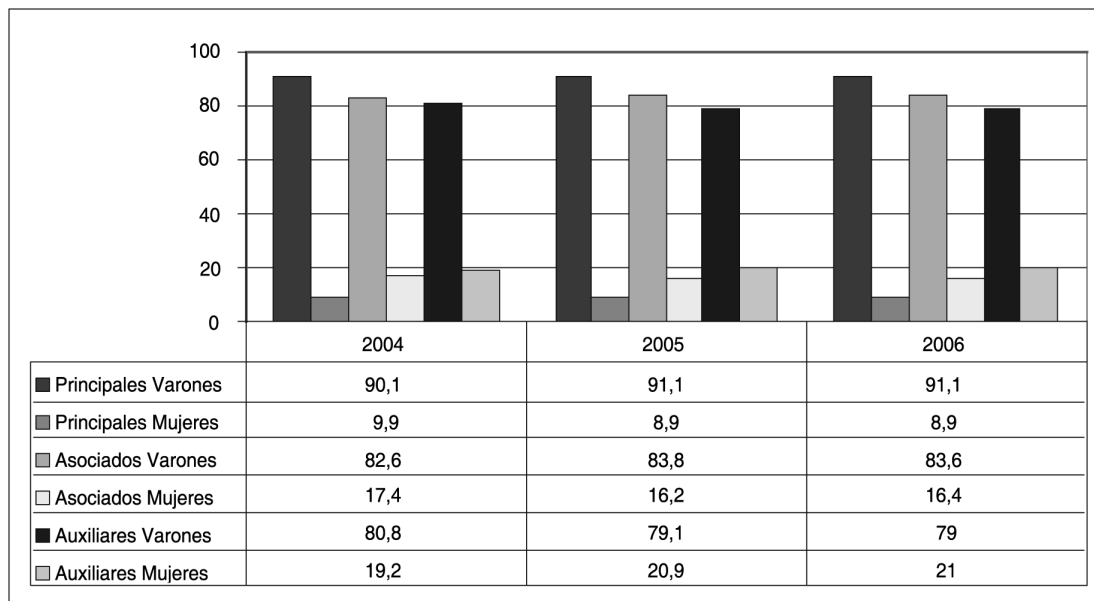
Fuente: Dirección de Personal Docente, UPCH. Boletines Estadísticos.

Tabla 7. Docentes ordinarios según categoría y sexo, UPCH.

	Principales			Asociados			Auxiliares		
	Total	Varones (%)	Mujeres (%)	Total	Varones (%)	Mujeres (%)	Total	Varones (%)	Mujeres (%)
2004	81	73 (90.1)	8 (9.9)	109	90 (82.6)	19 (17.4)	222	179 (80.8)	43 (19.2)
2005	78	71 (91.1)	7 (8.9)	117	98 (83.8)	19 (16.2)	206	163 (79.1)	43 (20.9)
2006	79	72 (91.1)	7 (8.9)	116	97 (83.6)	19 (16.4)	200	158 (79)	42 (21.0)

Fuente: Dirección de Personal Docente, UPCH. Boletines Estadísticos.

Gráfica 7: Docentes ordinarios según categoría y sexo, UPCH



Tanto en el extranjero como en nuestro medio, una de las mayores exigencias para ser promovido de categoría en la carrera docente universitaria es la publicación de trabajos que supone investigación médica de algún tipo. Aparte de que la investigación no es una fortaleza de nuestros médicos, para las mujeres se torna más difícil acceder a este campo y, por ende, a participar en las publicaciones científicas.

Es un hecho que las médicas tienen dificultades inherentes a su sexo –como la gestación, la lactancia, la crianza de los hijos- que no le permiten, por lo general, competir en iguales condiciones que los colegas varones. Esto tiene mayor vigencia en sociedades como la nuestra donde la participación femenina se considera tradicional y fundamental para la buena marcha del hogar. Hay quienes propugnan flexibilidad para con ellas. Este planteamiento se opone a los que claman por una igualdad de condiciones. Volvemos a lo mismo: no podemos hablar de igualdad por las funciones naturales inherentes a la mujer. Para algunos, parte de la solución estaría en la consejería (mentoring) que las mujeres que hayan llegado a los más altos cargos académicos deberían brindar a las aspirantes para optar los grados académicos o que deseen participar en la investigación científica médica.

LA FEMINIZACIÓN DE LA MEDICINA

Como se ha mostrado, la mayor participación de las mujeres en los estudios de medicina se está dando en Norteamérica, Europa y Latinoamérica especialmente en las últimas tres décadas. Para Latinoamérica podríamos intentar una explicación con el proceso que se ha denominado las Nuevas tendencias de la educación superior latinoamericana. Esta se caracteriza, precisamente, por un mayor número de mujeres matriculadas; por ser multicultural; por ser regional; por la flexibilidad administrativa (clases nocturnas y de fin de semana); por ofrecer más carreras técnicas (conocimientos más prácticos y menos tiempo de estudio; y, por una educación privada con mayor flexibilidad y más opciones disciplinarias).

Las mujeres forman parte de los nuevos grupos que están incursionando en la educación superior, junto con los indígenas, los discapacitados, la clase media trabajadora que accede más fácilmente a la universidad, los profesionales que tienen que aprender nuevas profesiones, los estudiantes de los cursos a distancia, los emigrantes y los estudiantes extranjeros. Este mayor ingreso de las mujeres a las universidades sería parte de una estrategia de supervivencia en los hogares latinoamericanos donde lo que se quiere alcanzar es el ingreso de la mujer al mercado de trabajo

Asimismo, la feminización de la docencia ocurre debido a que las estructuras de salarios, de tiempo de trabajo y de localización geográfica lo permiten. Por ejemplo, en el caso de la medicina, pueden trabajar como docentes en el mismo hospital donde ejercen como médicos asistenciales, lo hacen a tiempo parcial y con cargas horarias variables.

A decir de Rama, la “feminización” de la educación superior es una revolución silenciosa que explica parcialmente el crecimiento global de la matrícula. Que, en términos de género, si bien aún persisten diferencias de profesiones, de ingresos, de tipo y calidad de trabajo estamos en presencia de un proceso de democratización y de individualización muy importante. Que, el crecimiento ha estado vinculado a la demanda y no a características especiales de la oferta o a políticas específicas. Y, que las causalidades descansan en las estrategias de supervivencia de los hogares y del crecimiento de los sectores medio y alto de la población.

Lo contrario de la “feminización” no ha ocurrido; es decir, no ha tenido lugar una “masculinización” de las áreas tradicionalmente femeninas, como es el caso de las humanidades, y educación, por ejemplo.

La pregunta que surge es: ¿A qué se están dedicando los varones si las profesiones tradicionales a las que apuntaban ahora son elegidas por las mujeres? La respuesta estaría que la era posmoderna ha abierto nuevas posibilidades de trabajo. En efecto, por ejemplo, ahora existe un mayor énfasis por desarrollar todo lo concerniente a las llamadas “nuevas tecnologías” (tecnología de la información, telecomunicaciones, biotecnología, nuevos materiales, tecnología nuclear y tecnología espacial), el marketing, la administración de empresas, la economía, etc. Las “nuevas tecnologías” han creado a su vez nuevos productos y servicios que constituyen una atracción reciente para el interés masculino.

Si observamos detenidamente, estas explicaciones de la “feminización de la educación superior”, y también de la “feminización de la medicina”, muy bien servirían para comprender el proceso de “feminización” de las actividades mencionadas aquí y en otras partes del mundo. Todo esto se sintetizaría en una sola explicación: una manera de acceder al mercado de trabajo en un mundo competitivo.

LOS RETOS DE LA MUJER AL ASUMIR UN ROL EN EL CAMPO DE LA MEDICINA

Los retos que deben afrontar la carrera médica pueden ser presentados de la siguiente manera:

- 1 Luchar contra el histórico papel secundario que ha tenido la mujer en el arte y en la ciencia médica. Ya se han abierto un espacioso camino en todas las sociedades y no les queda sino continuar. Si bien es cierto que no hay muchas mujeres en ciertas especialidades, ellas prácticamente se desempeñan de igual a igual con los varones en el ejercicio de la profesión, y muchas veces con mayor éxito.
- 2 Conciliar la atención a las funciones derivadas de su naturaleza (maternidad, lactancia, atención del hogar) con las exigencias de una profesión tan competitiva como la medicina en un mundo tan competitivo como el actual. El disponer de un mayor tiempo le permitiría obtener mayores remuneraciones; acceder a los cargos administrativos importantes; optar los grados de maestría y doctorado; alcanzar las categorías docentes más altas; ocupar los cargos más altos en la docencia universitaria; y, participar más activamente en la investigación médica ya sea de ciencias básicas o clínicas. Cada mujer debe lograr el balance ideal entre sus satisfacciones como madre y eje de un hogar y como profesional médico.
- 3 En varios países, el avance femenino en la carrera médica ha sido visto como un problema principalmente en el cumplimiento de las funciones. Así, las ausencias laborales de ellas, aparte de trastocar los roles de guardias y los programas de atenciones, llevarían a la necesidad de contratar más personal para que las suplan durante sus ausencias por maternidad o lactancia. Se ha tenido muchos casos en que por estos motivos se restringe el acceso de las mujeres a ciertos cargos. Entre nosotros podemos referir la prohibición, no escrita, a las médicas residentes de salir embarazadas durante el período de entrenamiento. Nuestro Código Civil contempla el descanso de las mujeres debido a maternidad por tres meses – que la interesada puede tomarlos antes o después del parto- y horarios para lactancia y es cierto que su cumplimiento complica las programaciones de las guardias y las rotaciones.
- 4 Cuando se toca el tema de géneros es inevitable hacer mención del tema de la sexualidad en el trabajo. Las

mujeres que se han iniciado en la medicina perciben que ellas son objeto de acoso u hostigamiento relacionado con el género o de tipo sexual. En una gran encuesta realizada en Norteamérica se encontró que hasta un 48% de las médicas había sufrido de hostigamiento relacionado al género y hasta un 37% de acoso sexual. Esto último fue más frecuente durante el pregrado y el Residentado que durante el ejercicio profesional. Pero el acoso sexual no solo procede de los colegas varones sino también de los pacientes. Así, un estudio reveló que el 75% de las doctoras encuestadas había sido acosada sexualmente por los pacientes a lo largo de sus carreras profesionales. Fuera de lo anecdótico, no contamos con estudios similares en nuestro medio pero se reconoce que estos hechos son reales.

- 5 Se requiere de consejeras o mentoras –médicas con un alto nivel académico- para que sirvan como inductoras a las jóvenes estudiantes o a las médicas que deseen seguir la docencia médica y la investigación. De esta manera se evitaría el que siempre las decisiones sobre la participación femenina quede en manos de los varones tal que se evite alguna forma de discriminación.
- 6 Hay varios reportes de que las médicas están más proclives a sufrir de ansiedad, depresión o el llamado síndrome “burn out” (síntomas de agotamiento emocional, deshumanización o despersonalización, falta de realización personal y de ansiedad). Pero, hay otros estudios que no hayan mayor diferencia de género en padecer dichas disfunciones. Se afirma que estas situaciones son consecuencia del mayor estrés a que se ven sometidas las médicas, comparativamente con sus colegas varones, toda vez que tiene que enfrentar las exigencias del hogar y las de la profesión médica. Consideramos que probablemente las médicas se encuentran sometidas a mayores estresores pero que mucho tienen que ver los aspectos culturales y no podemos generalizar los resultados en estudios realizados en otras latitudes. Definitivamente que, en los países desarrollados las médicas enfrentan situaciones más competitivas debido a la independencia económica de la mujer. En estos países, las mujeres se amoldan a la situación hostil que se les presenta: se casan tarde, no tienen hijos o solo tiene uno, las separaciones conyugales por trabajo son frecuentes y los divorcios también son frecuentes. En cambio, en países como el nuestro las médicas por lo general siguen

el patrón cultural de la mujer latina: casarse, tener varios hijos, contribuir –de ser posible- a la economía del hogar y envejecer como una familia tradicional. En estos casos, la mujer no puja ni empuja en el trabajo para así atender satisfactoriamente, también, en el hogar. Esto supondría menos estrés y probablemente no tengamos tanta ansiedad y depresión en nuestras médicas como se reporta en los países desarrollados. Pero, la médica que decide ser competitiva va a remedar o va a asumir un modo de vida similar al de la médica de los países desarrollados.

En algunas discusiones se alude a que la mujer ha sido sujeto de discriminación al no incluirse en los estudios clínicos. Como que los protocolos para el empleo de nuevos fármacos o procedimientos se hubieran hecho solo en varones. Esto no es tan cierto. En primer lugar, esto no tiene que ver con la participación femenina en la medicina. La estamos tratando como sujeto activo, que desempeña un rol en el ejercicio de la profesión, y no como sujeto pasivo, susceptible de que se realicen investigaciones en ellas. Los estudios clínicos tienden a ser multicéntricos e incluyen a varones y mujeres. Por supuesto que hay estudios propios para varones y propios para mujeres, como son los casos en que se prueban fármacos o procedimientos que están estrechamente relacionados con los procesos patológicos de los órganos genitales o a sus influjos hormonales. Por ejemplo, en el caso de la osteoporosis, existen mucho más estudios realizados en mujeres que en varones porque este es un problema más frecuente en ellas y no por eso vamos a decir que existe cierta discriminación contra los varones.

CONCLUSIONES

De lo expuesto podemos afirmar que, históricamente, la mujer siempre ha tenido un papel muy importante en brindar los servicios de atención de salud a los enfermos, a los dolientes, a los que temporalmente se encontraran en un trance fisiológico por el cual necesitaban de apoyo y a toda persona que requiriera ayuda para aliviar los males del cuerpo y del espíritu, pero que se vio rezagada por razones de índole cultural.

También podemos afirmar que estamos asistiendo a un proceso por el cual la participación femenina en la carrera médica –en la profesión, docencia e investigación, cada vez es mayor y que debemos atender para enfrentar las futuras implicancias de dicho proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Bailey, James E. Asklepios: Ancient Hero of Medical Caring. *Annals of Internal Medicine* 1996; 124 (2): 257-263.
- 2- Women in Medicine, in *Antiqua Medicina*. URL disponible en: <http://www.kryphon.home.ro/istmed.htm> (Fecha de acceso 1 de julio del 2007).
- 3- Martínez Crespo, Alicia. Mujer y medicina en la baja Edad Media. *Hispania: Revista española de historia* 1994; 54 (186): 37-52.
- 4- Trotula de Ruggero e il De Mulieribus Passionis, en *Articoli sulla Scuola Medica Salernitana*. URL disponible en: http://www.scuolamedicasalernitana.it/articoli/trotula_angeletti.htm (Fecha de acceso: 15 de julio del 2007).
- 5- Góngora, María Eugenia. Hildegard von Bingen: imágenes de la Sabiduría y tradición sapiencial. *Teología y Vida* 2006; XLVII: 352 - 367.
- 6- Hildegard von Bingen, en: *Hildegard.org*. URL disponible en: <http://www.staff.uni-mainz.de/horst/hildegard/> (Fecha de acceso: 16 de Julio del 2007).
- 7- Ramos-e-Silva, Marcia. Saint Hildegard von Bingen (1098-1179): "the light of her people and of her time". *International Journal of Dermatology* 1999; 38(4):315-320.
- 8- Serageldin, Ismail. Women in Science: Time to recognize the obvious. En: *Science, The Culture of Living Change*. Bibliotheca Alexandrina, Alexandria, Egypt. 2nd. Ed. 2007: 125.
- 9- Wynn, Rhoda. Saints and Sinners: Women and the Practice of Medicine Throughout the Ages. *JAMA* 2000; 283: 668-669.
- 10- Carr, Ian. Women in Healing and the Medical Profession. URL disponible en: http://www.umanitoba.ca/outreach/manitoba_womens_health/wominmed.htm (Fecha de acceso: 12 de Julio del 2007).
- 11- Luft, Eric. North American vs. Western European Attitudes Toward the Advent of Women Physicians. Presented at the Fourteenth Annual Interdisciplinary Nineteenth Century Studies (INCS) Conference, "Transatlanticisms," Ohio State University, Columbus, April 9, 1999. Historical Collections, Health Sciences Library, Upstate Medical University, NY. URL disponible en: <http://www.upstate.edu/library/history/advent.shtm> (Fecha de acceso: 18 de julio del 2007).
- 12- Savona-Ventura, C. Dr. James Barry: an enigmatic Army Medical Doctor. URL disponible en: <http://www.geocities.com/hotsprings/2615/medhist/barry.html> (Fecha de acceso: 11 de julio del 2007).
- 13- The Florence Nightingale Museum. Florence Nightingale. URL disponible en: <http://www.florence-nightingale.co.uk/flo2.htm> (Fecha de acceso: 29 de Julio del 2007).
- 14- Bilby, Sean C. Harriot Kezia Hunt: First Female Physician in the United States. *Women in Medicine Working* 2003; 4 (1): 4-5. URL disponible en: <http://www.evms.edu/women/newsletter/current.pdf> (Fecha de acceso: 20 de julio del 2007).
- 15- Iglesias Aparicio, Pilar. Elizabeth Blackwell y las escuelas de medicina en Estados Unidos. En: "Mujer y Salud: las Escuelas de Medicina de Mujeres de Londres y Edimburgo". Tesis Doctoral, Universidad de Málaga, España, 2003. p. 236-256.
- 16- Lyons, Albert S. Women in Medicine. URL disponible en: <http://www.healthguidance.org/authors/486/Albert-S.-Lyons> (Fecha de acceso: 13 de julio del 2007).
- 17- Iglesias Aparicio, Pilar. Cap. IX. Biografía de Elizabeth Garrett. En: "Mujer y Salud: las Escuelas de Medicina de Mujeres de Londres y Edimburgo". Tesis Doctoral, Universidad de Málaga, 2003. URL disponible en: http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/pilar_iglesias_aparicio/tesis_doctoral/cap9_sin_fotos_biografia_de_elizabeth_garrett.doc (Fecha de acceso: 2 de agosto del 2007).
- 18- Jonson Lewis, Jone. Elizabeth Blackwell, First Woman Physician. URL disponible en: http://womenshistory.about.com/od/blackwelizabeth/a/eliz_blackwell.htm (Fecha de acceso: 21 de julio del 2007).
- 19- Hope Bacon, Margaret. Ann Presto, Pioneer Woman Doctor. October 1999 Friends Journal. URL disponible en: http://www2.gol.com/users/quakers/ann_presto.htm (Fecha de acceso: 12 de julio del 2007).
- 20- Clara Barton Birthplace Museum. URL disponible en: http://www.clarabartonbirthplace.org/civil_war.asp
- 21- Deza Bringas, Luis. Testimonio del Linaje Médico Peruano en los Libros del Cabildo de Lima, Siglo XVI. Lima: Universidad San Martín de Porres, 2004. p. 48.
- 22- Rodríguez Cabezas, Ángel. La mujer en la medicina española. URL disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/humanismo_medico_ext.php?idreg=12 (Fecha de acceso 22-10-07)
- 23- Zegarra, Margarita. Roles femeninos y perspectivas sociales en las décadas iniciales de la República. En: *La Mujer en la Historia del Perú (Siglos XV a XX)*. Carmen Meza y Teodoro Hampe (compiladores). Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú. 2007. p.538-541.
- 24- Zegarra, M. *Op. Cit.* p.541-542.
- 25- Rabí Chara, Miguel. De la Cas de Maternidad de Lima al Instituto Nacional Materno Perinatal, 1826-2006. Lima: Talleres Gráficos del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, 2006. p. 41-45, 77-83.
- 26- Olea Mauleón, Cecilia. La trayectoria del movimiento feminista en el Perú. En: *feminismes au Pérou Labrys, études féministes /estudos feministas janvier /jun 2007 - janeiro / junho 2007*; 11. URL disponible em: <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys11/peru/>

- olea.htm (Fecha de acceso: 30 de julio del 2007).
- 27-Mannarelli, María Emma. La ciudad de los higienistas. En: Limpias y Modernas. Género, Higiene y Cultura en la Lima del Novecientos. Lima: Ediciones Flora Tristán, 1999.p. 31-65.
- 28-Ramos Núñez, Carlos y Baigorria Castillo, Martín. Cap. IV. El triunfo de una aspiración. En: Trinidad María Enríquez. Lima: Palestra Editores, 2005, p. 85-97, 127-128.
- 29-García Llaque, José Flavio. Dra. Laura Esther Rodríguez Dulanto. *Galeno* 1974; 37: 21-24.
- 30-Villavicencio, Maritza. Del Silencio a la palabra. Mujeres peruanas en los siglos XIX y XX. Lima: Ediciones Flora Tristán, 1992. p.128.
- 31-Tavera de Martínez, Fabiola. Historia de Escuela Nacional de Enfermeras Arzobispo Loayza, 1915-2003. Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima: Raúl Peña Diseño Integral-Comunicación Visual, 2004: 59-76.
- 32-Alva León, Verna. La intervención de la mujer en medicina. En: Historia de la Medicina Peruana en el Siglo XX., por Gustavo Delgado Matallana (compilador). Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. p. 1277-1307.
- 33-Fresquet, José L. Helen Brooke Tassig (1898-1986). *Historiadelamedicina.org*. URL disponible en: <http://www.historiadelamedicina.org/taussig.htm> (Fecha de acceso: 22 de julio del 2007).
- 34-Nacional Library of Medicine. Dra. Virginia Apgar. URL disponible en: http://www.nlm.nih.gov/changingthefaceofmedicine/physicians/biography_12.html (Fecha de acceso: 22 de julio del 2007).
- 35-Nobelprize.org. All Nobel Laureates in Medicine. URL disponible en: http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/index.html (Fecha de acceso: 20 de Julio del 2007).
- 36-Palermo, Alicia Iratí. El acceso de las mujeres a la educación universitaria. *Revista Argentina de Sociología* 2006; 4 (7): 11-46.
- 37-American Medical Association. *Physician Characteristics and Distribution in the U.S.*, 2006 Edition and prior editions. URL disponible en: URL disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/171.html> (Fecha de acceso: 10 de julio del 2007).
- 38-Association of American Medical Colleges (AAMC). Women in Academic Medicine Statistics and Medical School Benchmarking 2004-2005. URL disponible en: URL disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/171.html> (Fecha de acceso: 10 de julio del 2007).
- 39-Allen, Isobel. Women doctors and their careers: what now? *BMJ* 2005; 331:5 69-572.
- 40-Redacción Médica. Sanitaria 2000. 20 de febrero del 2006; 282: II. URL disponible en: http://www.redaccionmedica.com/redaccion_medica/index.php?id=282 (Fecha de acceso: 26 de julio del 2007).
- 41-Gallardo, Ángels. Las Médicas. En: Cuaderno del Domingo. *El Periódico* (Barcelona). 18 de junio del 2006: 2-6.
- 42-Boletines Estadísticos, Dirección Universitaria de Planificación y Economía, UPCH, 2003-2006.
- 43-Baker LC. Differences in earnings between male and female physicians. *N Engl J Med* 1996;334:960-964
- 44-Kirschstein, Ruth L. Editorial. Women Physicians - Good News and Bad News. *N Engl J Med* 1996; 334 (15): 982-983.
- 45-De Angelis, Catherine D. Women in Academic Medicine: New Insights, Same Sad News. *NEJM* 2000; 342 (6):425-427.
- 46-Nonnemaker, Lynn. Women Physicians in Academic Medicine - New Insights from Cohort Studies. *NEJM* 2000; 342 (6): 399-405.
- 47-Rama, Claudio. Tendencias de la educación superior en Latinoamérica. En: Curso Internacional Tendencias de la Educación Universitaria en el siglo XXI. Oficina Central de Control de Calidad Académica y Acreditación (OCCAA), Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Junio del 2007.
- 48-*Ibidem* Rama, Claudio.
- 49-Bustos Romero, Olga. Mujeres, Educación superior y políticas públicas con equidad de género en materia educativa, laboral y familiar.. En: Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica. Blázquez Graf, Norma y Flores, Javier (editores). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2005. p. 63-89.
- 50-Frank E, Brogan D, Schiffman M. Prevalence and Correlates of Harassment Among US Women Physicians. *Arch Intern Med*. 1998;158: 352-358.
- 51-Phillips, SP and Schneider MS. Sexual Harassment of Female Doctors by Patients. *NEJM* 1993; 329 (26): 1936-1939.
- 52-Royal College of General Prctitioners. Stress and General Practice. RCGP Information Sheet No. 22, February 2005. URL disponible en: http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_22_FEB05.pdf (Fecha de acceso: 6 de agosto del 2007).
- 53-Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin n, Boz B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emerg Med J* 2006; 23: 759-763.
- 54-Chambers R and Campbell I. Anxiety and depression in general practitioners: Associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics. *Family Practice*1996; 13: 170-173.

NOTA: el presente trabajo fue publicado anteriormente como:
Pamo Reyna, Oscar G. Una visión histórica de la participación femenina en la profesión médica. *Rev Soc Peru Med Interna* 2007; 20 (3): 109-122.