



## La feminización de la profesión médica, la permanencia del palimpsesto médico y sus lógicas de masculinización

The Feminization of the Medical Profession, The Permanence of the Medical Palimpsest and its Logic of Masculinization



### Autores

**Luis Alfonso Munive-Valencia**

Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México  
psicmunive@gmail.com

**Oliva López Sánchez**

Universidad Nacional Autónoma de México

olivalopez@unam.mx

 <https://orcid.org/0000-0002-9811-1416>



## Resumen

En los últimos años la participación de las mujeres en la formación médica se ha incrementado sustancialmente, lo cual ha llevado a considerar que la profesión se encuentra en un proceso de feminización. No obstante, en este artículo se expone, a partir de una serie de testimonios de cuadros médicos en formación —residentes e internos de pregrado—, elementos que permiten reconocer la permanencia y reproducción de lógicas generalizadas ancladas a Lo Masculino. Estas lógicas han sido históricamente elaboradas y sedimentadas, adquiriendo legitimidad cultural dentro de la profesión y convirtiéndose en exigencias morales durante el proceso formativo. Este conglomerado, que en el presente artículo se denomina palimpsesto médico, moldea las disposiciones morales de las y los médicos en formación, independientemente de su sexo, identidad de género u otra coordenada identitaria. Dar cuenta del palimpsesto médico representa la posibilidad de coadyuvar a la bioética clínica desde una perspectiva de género crítica.



## Abstract

*In recent years, the participation of women in medical training has increased substantially, which has led to consider that the profession is undergoing a process of feminization. However, this article presents, from a series of testimonies of medical professionals in training —residents and undergraduate interns—, elements that allow us to recognize the permanence and reproduction of gendered logics anchored to the Masculine. These logics have been historically elaborated and sedimented, acquiring cultural legitimacy within the profession and becoming moral demands during the training process. This conglomerate, which in this article is referred to as the medical palimpsest, shapes the moral dispositions of physicians-in-training, regardless of their sex, gender identity or other identity coordinates. To account for the medical palimpsest represents the possibility of contributing to clinical bioethics from a critical gender perspective.*



## Key words

Palimpsesto médico; feminización; masculinización; profesión médica; lógicas masculinas.

*Medical palimpsest; feminization; masculinization; medical profession; masculine logics.*



## Fechas

Recibido: 29/08/2025. Aceptado: 11/11/2025



## 1. Introducción

Elementos simbólicos de género, asociados a Lo Masculino, dan soporte a la representación cultural del ser médico, haciendo que esta representación se convierta en el parámetro moral con el que se evaluará la pertinencia de los cuadros profesionales como parte del gremio

A lo largo de su historia, la profesión médica ha sufrido una variedad de transformaciones, siendo una de las más recientes la incorporación masiva de las mujeres en la matrícula en estudios de Medicina. Esta incorporación masiva, que se ha denominado feminización de la medicina (Fernández Antuna et al., 2024), ha llevado a considerar que la forma en que se enseña y se ejerce la medicina, así como el rol profesional del médico, ha sufrido cambios sustanciales.

Por el contrario, en este artículo argumentamos que este incremento de las mujeres en la matrícula en los estudios médicos no implica una transformación radical de las estructuras simbólicas que dan soporte a la medicina. Partimos de una investigación doctoral realizada durante el 2020 y 2024, en el que se recabaron testimonios de profesionales médicos en formación, los cuales denominamos cuadros médicos siguiendo la definición clásica de Freidson (1978) y que contempla a estudiantes de pregrado y médicos que estudian para convertirse en especialistas.

Estos testimonios han permitido dar cuenta de elementos simbólicos de género, asociados a Lo Masculino, que dan soporte a la representación cultural del ser médico, haciendo que esta representación se convierta en el parámetro moral con el que se evaluará la pertinencia de los cuadros profesionales como parte del gremio.

En este sentido, es preciso aclarar que, a lo largo del texto el uso del masculino genérico de médico es intencional, toda vez que alude a una posición socialmente privilegiada, la cual ha sido históricamente contruida y pensada en clave arquetípica de Lo Masculino. El uso de este masculino refiere a un ideal que aglutina aspectos como la neutralidad, la imparcialidad, lo racional, lo universal, la desafección y, de manera general, con todo aquello que es de interés "humano".

El artículo busca problematizar los elementos simbólicos masculinos presentes en la representación social del médico y su influencia en los mecanismos formativos de la educación médica, así como las tensiones que suponen el aumento de mujeres en la matrícula; algo que resulta de particular interés para la bioética clínica.

## 2. Metodología

Este artículo es el resultado de una investigación de doctorado realizada en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante el 2020 al 2025. Dicha investigación se fundamentó en una metodología cualitativa, con treinta y siete sesiones de entrevistas a profundidad a veinte médicas y médicos —residentes e internos de pregrado—, de diferentes estados de la república mexicana.



El muestreo fue no probabilístico y se hizo con base a las características del sistema formativo médico mexicano: el predominio de un modelo médico más o menos homologado, del cual existen criterios de evaluación estandarizada —el ENARM<sup>1</sup> es un claro ejemplo—, la migración dentro del país para realizar la residencia médica, el internado o el servicio social, una normativa bastante sólida en relación con las disposiciones y acuerdos entre escuelas e instituciones hospitalarias.

La elección de las personas participantes fue bastante flexible, estableciendo contacto por redes sociales digitales y mediante un ejercicio de “bola de nieve”. Se tuvo en consideración que estuvieran realizando su internado o residencia médica, o que no

hubiese transcurrido más de un año de haberlo concluido y que dicha formación se hubiese realizado en una institución pública. Esta última consideración atiende a una concepción histórica y teórica que reconoce la construcción de la profesión médica en México como un proceso estrechamente vinculado al Estado, su ideología, mecanismos de control y sanción, así como de la concepción de una ciudadanía particular (López Sánchez, 2004; Smith-Oka, 2021).

El muestreo fue no probabilístico y se hizo con base a las características del sistema formativo médico mexicano

Las entrevistas se realizaron en conformidad con un guion que abordaba diferentes ejes temáticos y que tenía por finalidad explorar aspectos como la decisión de estudiar medicina, conocimientos generales sobre bioética, sus procesos formativos y su interpretación sobre experiencias de violencia que pueden vivir los cuadros médicos durante su proceso formativo, entre otros. Este guion se sometió a una revisión de pares expertos, quienes consideraron pertinente los tópicos a abordar.

Las características de las personas que participaron se detallan en la tabla 1, donde se puede reconocer una mayor participación de mujeres, una distribución equilibrada de los diferentes escaños del escalafón médico: cuatro MIP<sup>2</sup>, cuatro residentes de primer año, tres de segundo, cinco de tercer y cuatro de cuarto y una colaboración mayoritaria de la zona centro del país, lo cual puede representar un riesgo a sobrevalorar la experiencia de una determinada región. A pesar de estas limitaciones metodológicas, se considera que la información recabada en las entrevistas es consistente con lo reportado en otras investigaciones.

El tiempo total de entrevistas fue de sesenta y siete horas y se culminó el proceso de entrevistas una vez que hubo saturación de contenido, es decir, que las experiencias compartidas por los cuadros médicos resultaban reiterativas y aportaban poca

- 
- 1 El Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas es la evaluación estandarizada que se realiza de manera anual y que evalúa los conocimientos de los cuadros médicos, lo cual definirá su aceptación en un programa de formación en especialidad médica, así como la sede en que se realizará este proceso formativo.
  - 2 MIP refiere a Médico Interno de Pregrado, es decir, aquellos estudiantes de medicina que han concluido sus créditos de licenciatura y deben realizar un internado formativo de un año antes de realizar su servicio social, el cual representa otro año de formación. Ambos procesos son requisito para poder graduarse de la Licenciatura en Medicina. Por su parte, las residencias médicas se refieren a la formación de posgrado que se realiza, de forma generalizada, en hospitales y que una vez concluida, emiten una cédula profesional que reconoce al médico egresado como especialista en algún sistema, órgano o padecimiento, su duración oscila entre los dos y los cuatro años.



variedad a lo expuesto por otras personas con antelación. Se realizó un análisis de contenido fue inductivo.

**Tabla 1. Datos de personas colaboradoras**

Nombre	Edad	Sexo	Grado	Especialidad	Estado del país
Aisha	39	Mujer	R2	Medicina Legal	Estado de México
Chiara	24	Mujer	MIP	No aplica	Estado de México
Dante	33	Hombre	R4	Cirugía	Hidalgo
Edgar	25	Hombre	R1	Salud Pública y Medicina Preventiva	Estado de México
Emilia	25	Mujer	MIP	No aplica	Estado de México
Estela	34	Mujer	R3	Medicina Interna	Jalisco
Fausto	32	Hombre	R3	Pediatría	Sonora
Federico	27	Hombre	R3	Psiquiatría	Ciudad de México
Gala	30	Mujer	R4	Urgencias Médicas	Hidalgo
Guillermo	25	Hombre	MIP	No aplica	Ciudad de México
Ileana	31	Mujer	R4	Imagenología	Estado de México
Luciana	27	Mujer	R2	Traumatología y Ortopedia	Puebla
Matilda	24	Mujer	R1	Audiología	Guanajuato
Nara	31	Mujer	R3	Patología clínica	Jalisco
Odessa	34	Mujer	R2	Anestesiología	Ciudad de México
Paula	29	Mujer	R3	Ginecología	Zacatecas
Regina	25	Mujer	R1	Medicina Familiar	Ciudad de México
Rubén	30	Hombre	R1	Salud Pública y Medicina Preventiva	Ciudad de México
Vicente	24	Hombre	MIP	No aplica	Estado de México
Victoria	33	Mujer	R3	Medicina Interna	Hidalgo

Fuente: Elaboración propia con base en la información recabada en campo



### 3. Desarrollo

#### 3.1. El palimpsesto médico y sus lógicas masculinas

Un palimpsesto es el resultado de la interacción de elementos históricos, culturales, sociales y de poder particulares, asentados a lo largo del tiempo y cuyas capas de significado corresponden a temporalidades que son distintas al presente, pero que son capaces de generar significados que dan sentidos a las prácticas, discursos y representaciones individuales o institucionales, siendo el lenguaje un medio por el cual se transmiten estos contenidos que confieren un sentido de congruencia (Vergara Figueroa, 2018; Colmenares et al., 2022)

De esta forma, cuando aludimos al palimpsesto médico, buscamos reconocer la enorme y compleja trayectoria que ha dado forma a la medicina actual, a sus prácticas, discursos, instituciones, representaciones y artefactos, todo lo cual, le ha permitido

consolidarse como una autoridad social con un enorme prestigio cultural, llegando a definir elementos de la interacción diaria bajo términos biomédicos sin ser cuestionada (Gil Montes, 2022). Estos logros son el resultado de una trayectoria histórica en la que la medicina ha podido asimilar las lógicas del pensamiento científico y el desarrollo tecnológico, llegando a considerarse como la manifestación más refinada de la modernidad (Outón Lemus, 2019), moldeando una forma específica de atender las problemáticas vinculadas con la salud-enfermedad-atención basada en sus

Estas características, como lo han señalado algunas autoras (Smith-Oka, 2021; Villanueva, 2024) tienen paralelismos con la representación que existe de una masculinidad hegemónica

[...] principales rasgos estructurales: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico. (Menéndez, 1988, p. 451)

Estas características se han ido acumulando y sedimentando a lo largo del tiempo, configurando una representación de lo que implica el ejercicio médico y, en paralelo, de las características que se consideran propias de aquellos profesionistas que desean ejercer la medicina. Estas características, como lo han señalado algunas autoras (Smith-Oka, 2021; Villanueva, 2024) tienen paralelismos con la representación que existe de una masculinidad hegemónica (Connell, 2003), las cuales se vinculan con otras profesiones que socialmente son respetadas, tal como lo deja ver el siguiente testimonio, en el que se constata que todas esas profesiones socialmente valoradas son verbalizadas en masculino genérico.

Un buen médico, destaca. Es uno de los pilares de la sociedad, ya sabes, en una comunidad está el abogado, el cura y el médico, y los tres son quienes influyen más, es a quienes las personas les hacen caso ¿por qué? Porque son las profesio-



nes más importantes. Yo creo que todos en algún momento lo hemos pensado, lo hemos querido, muchos te dirán que no, que es por querer ayudar a la gente, pero la realidad es que también es tentadora la idea de saber que eres importante, hasta tu familia lo presume: "mi hijo es doctor", y la gente te trata diferente. (Estela, 34 años, R3 de Medicina Interna, Jalisco)

La medicina ha sido señalada como una profesión masculina (Smith-Oka, 2021), no solo por la, hasta hace unos años, histórica preponderancia de hombres en sus filas, sino,

Lo Masculino se configura como el centro de la relación, aglutinando elementos y características de considerable valor. Por el contrario, Lo Femenino condensa todas aquellas características que se consideran limítrofes, irrelevantes o abyectas

además, por las lógicas que establecen las coordenadas de lo que se considera adecuado para el profesional médico (Villanueva, 2024). Características y atributos tales como racionalidad, poder, prestigio, heroicidad, el individualismo, la verticalidad, estatus, desafección, autoritarismo y la disposición utilitarias del cuerpo son elementos que han sido problematizados desde los estudios de género feministas como componentes culturales de Lo Masculino (Seidler, 2000; Conell, 2003; Moreno Sardá, 2008; Hinojosa, 2010; Azpiazu Carballo, 2017), es decir, como elementos social y culturalmente valorados.

En palabras de Serret (2011), Lo Masculino y Lo Femenino, forman parte del registro simbólico, de la matriz de significado, que dan forma y sentido a los elementos de la realidad social. En este sentido, tendemos a atribuir características de Lo Masculino

y de Lo Femenino a múltiples elementos, acciones, personas, profesiones y actividades, sin que ello implique necesariamente una determinada característica sexual, étnica, de clase u otra coordenada identitaria. Esta matriz de género, como puede verse, se configura de manera dicotómica, en la que Lo Masculino se configura como el centro de la relación, aglutinando elementos y características de considerable valor. Por el contrario, Lo Femenino condensa todas aquellas características que se consideran limítrofes, irrelevantes o abyectas.

Así, por ejemplo, podemos reconocer que las características estructurales de la medicina, presentadas con antelación, cuentan con un enorme prestigio social y cultural, permitiendo definir las como propias de Lo Masculino.

Estas características, en tanto que son pensadas como parte inherente de la medicina, son transmitidas a los cuadros médicos en forma de exigencia moral: para llegar a ser considerado un buen médico deben aprender, asimilar y emplear estos atributos, independientemente de sus características personales. El testimonio Gala, por ejemplo, permite entender de qué manera la enseñanza médica busca forjar una determinada forma de ser médico, en la que exista un control de las emociones, un imperio de la razón y de la práctica, por encima de las emociones que se puedan llegar a sentir.

El ambiente médico es muy duro, muy estricto. Más en lo referente a las emociones, no se nos permite sentir [...] Veo a esta señora, de la tercera edad, iba a entrar a una cirugía de cadera y el residente de tercer año me invita a entrar, era algo muy



fuerte, yo nunca había visto una cirugía de ese tipo, es muy escandalosa, hay mucha sangre. Pero además la señora estaba muy grande y era un tema de emergencia. No pude. Me empezaron a correr las lágrimas, empecé a sollozar. El cirujano y el anestesiólogo empiezan a burlarse de mí: “no aguanta nada, para que la invitan, mándenla a familiar o a consulta general”. Me sacaron a puro grito. El residente que me invitó se encargó de decirles a todos y de ahí me vetaron de quirófano, por chillona. (Gala, 30 años, R4 de Urgencias, Hidalgo)

Uno de estos contenidos tiene que ver con las coordenadas morales de la representación del médico ideal, aquel que es capaz de emular los elementos estructurales vinculados a la modernidad previamente enlistados

Como lo han señalado diversas investigaciones (Villanueva, 2020, 2021; Smith-Oka, 2021), a lo largo de la formación médica existe una tendencia a transmitir contenidos que desbordan los contenidos formalizados y que, no obstante, se consideran igual de importantes para llegar a convertirse en médicos. Uno de estos contenidos tiene que ver con las coordenadas morales de la representación del médico ideal, aquel que es capaz de emular los elementos estructurales vinculados a la modernidad previamente enlistados.

La figura de médico se encuentra vinculada a lógicas masculinas que le dotan de reconocimiento social, algo que, en los últimos años se ha visto cuestionado por la incorporación en cantidades considerables de mujeres, en las matrículas de pregrado médico.

### 3.2. La feminización de la profesión médica y las posibilidades de cambio

En las últimas décadas el aumento de las mujeres en la formación médica se ha considerado evidencia del logro en la equidad y transformación de las relaciones de género (Rodríguez Castro y Gómez López, 2010; Eiguchi, 2017; Petrone, 2018). Esta afirmación, no es menor, pues, al menos en el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México, la universidad con mayor número de ingresos a la carrera de medicina en el país, la participación de las mujeres ha llegado a representar hasta un setenta por ciento de los nuevos ingresos (Fernández Antuna et al., 2024).

Sin duda este incremento en la participación de las mujeres es un logro considerable, pero puede correr el riesgo de diluir la relevancia de fenómenos que perpetúan prácticas de desigualdad y violencia contra las mujeres. Se ha llegado a pensar que este aumento de las mujeres representa una posibilidad de cambio radical en la forma de enseñar y ejercer la medicina (Fernández Antuna et al., 2024; Villanueva, 2025).

Como lo han señalado algunas autoras, este incremento en la participación de las mujeres en la matrícula de pregrado en medicina es notorio, disminuyendo conforme se escala en el nivel educativo o profesional, particularmente en la formación de especialidades médicas, en puestos de dirección o titulares de proyectos de investigación (Álvarez Llera et al., 2006). Este fenómeno, que se ha denominado “tubería de fugas” (*leaky pipeline*), habla de una reducción gradual de la participación de las mujeres en los espacios de liderazgo o renombre (Fernández Antuna et al., 2024),



lo cual advierte sobre la existencia de mecanismos que operan a lo largo del proceso formativo y que perpetúan las desigualdades de género. Algo que es percibido por los cuadros médicos durante su formación.

Al principio sí ves más mujeres, a veces son mayoría en las aulas. En mi caso recuerdo que eran unas veinte o veinticinco, y solo éramos cinco compañeros. Ahora, en la especialidad ves menos mujeres. Hay más mujeres en ciertas especialidades, pero en general, sí ves que somos más los hombres. (Federico, R3 de psiquiatría, Ciudad de México)

Las especialidades médicas de mayor prestigio son aquellas que se alinean con determinados ideales de Lo Masculino y, por lo tanto, tienden a concentrar mayor número de hombres

El testimonio de Federico permite identificar no solo una distribución sexual diferenciada por nivel de estudios, sino, además, por especialidad médica. Algo que ha sido expuesto como una forma de división sexual del trabajo dentro de la práctica médica (Villanueva, 2023a, 2024, 2025), en la que las especialidades médicas de mayor prestigio son aquellas que se alinean con determinados ideales de Lo Masculino y, por lo tanto, tienden a concentrar mayor número de hombres.

Tal como lo señalan Villanueva y Castro (2020), la profesión médica se basa en un sistema jerarquizado en el que las especialidades quirúrgicas tienen un mayor prestigio, toda vez que demuestran resultados observables e inmediatos, se basan en la atención individualizada y reproducen una lógica práctica (Calderón Aguilar, 2022; Villanueva, 2023a), todo lo cual empata con atributos que han sido descritos dentro del paradigma de Lo Masculino (Moreno Sardá, 2008).

Más aún, existe evidencia de que las especialidades de mayor reconocimiento, vinculadas a las áreas quirúrgicas (particularmente cirugía, traumatología y ortopedia, urología), tienen una participación de mujeres considerablemente menor (Cortés-Flores et al., 2005). Esto puede entenderse a partir de considerar que las especialidades quirúrgicas emulan cualidades como pragmatismo, la capacidad para resolver cosas prácticas, el uso de herramientas y tecnologías, así como la fuerza física y la posibilidad de actuar heroicamente (Calderón Aguilar, 2022; Villanueva, 2023a, 2024), todas las cuales se vinculan con Lo Masculino.

Todos se quejan de cirugía, pero si tú le preguntas a la mayoría de los de nuevo ingreso te dirán que van para cirugía, la gente ubica al médico con cirugía, y creo que es porque es donde puedes ganar más, pero además porque un buen cirujano da resultados inmediatos, no requieres esperar meses para que se vea tu trabajo [...] Cirugía, y en general las [especialidades] quirúrgicas, tienen muy buena valoración por parte de los pacientes porque ayudan, resuelven [risas], las demás también son importantes y tienen su complicación, pero quirúrgicas creo que es diferente porque da soluciones al momento. (Dante, 33 años, R4 de Cirugía, Hidalgo)



Algo parecido sucede en el caso de los puestos directivos, en el que aspectos vinculados con el mando son interpretados como acciones asociadas a Lo Masculino. Posiciones como jefe de servicio, director administrativo o director general son interpretadas como puestos que deben emular características masculinas, particularmente las de autoridad y de mando; mientras que posiciones como jefa de enseñanza, coordinadora de lactario o coordinadora del área de género, se asocian a prácticas de cuidado y reproducción y, por lo tanto, con posiciones asociadas a Lo Femenino (Pringle, 1998; Glauser, 2018; Cleghorn, 2021).

Ves más mujeres en gineco, en pediatría o geriatría [...] en enseñanza, en las campañas de salud o recientemente en temas de género, esos son como los temas que más veo que les interesan, supongo que es porque tiene que ver con sus experiencias de vida o porque es difícil ser mujer, madre, médico y además dirigir un hospital [...] no es que no puedan, pero choca mucho con sus otras facetas de la vida, si te quieres dedicar a especialidades difíciles debes sacrificar otras cosas, como no ser madre. (Luciana, 27 años, R2 de Traumatología, Puebla)

Por otro lado, el aumento de participación de las mujeres en la medicina llegó a ser interpretado como un punto de quiebre con las lógicas patriarcales y de desigualdad de género que se habían presentado históricamente (Joseph et al., 2021). Diversas

Posiciones como jefa de enseñanza, coordinadora de lactario o coordinadora del área de género, se asocian a prácticas de cuidado y reproducción y, por lo tanto, con posiciones asociadas a Lo Femenino

investigaciones han señalado la importancia de la participación de las mujeres en el proceso formativo y en el ejercicio profesional de la medicina, particularmente por considerar que ello posibilitaría una transformación en la manera que es pensada la medicina, el rol profesional y los parámetros morales de la profesión (Brown et al., 2020; Gutiérrez-Rayón et al., 2020; Villanueva, 2025; SMC España, 2025).

Sin embargo, más que implicar un cambio dentro de las lógicas del sistema cultural médico, construido a lo largo de un extenso proceso histórico y social, el incremento cuantitativo de las mujeres exige de ellas un ajuste a las premisas de lo que los cuadros médicos consideran propias del ejercicio médico. Las posiciones de poder y las especialidades de mayor prestigio son espacios masculinos y replican las lógicas de una división sexual del trabajo, mientras que, aquellas especialidades médicas vinculadas al cuidado y la reproducción son leídas como espacios feminizados, de menor relevancia y de mayor facilidad.

Sin duda, el aumento en la cantidad de mujeres que ingresan a la carrera de medicina es un logro considerable, lo cual, no obstante, debe ser visto con cautela ante la evidencia de una oposición sistemática a que las lógicas estructurales cambien.



### 3.3. Devenir médico y la exigencia de masculinización

El proceso formativo médico implica la transmisión de conocimientos, habilidades y aptitudes que se consideran necesarios para constituirse como un profesional competente. En este sentido, la educación médica no se limita a aspectos meramente teóricos, a acreditar cursos u obtener buenas notas; sino que, además, implica el reconocimiento gremial de otros médicos, reconocidos como autoridades por su jerarquía, su experiencia médica o su grado académico.

La educación médica no se limita a aspectos meramente teóricos, a acreditar cursos u obtener buenas notas; sino que, además, implica el reconocimiento gremial de otros médicos, reconocidos como autoridades por su jerarquía, su experiencia médica o su grado académico

Este reconocimiento, denominado devenir médico (Munive Valencia y López Sánchez, 2025), implica una convalidación por parte de otros expertos en relación con los cuadros médicos, quienes han demostrado que se ajustan a las exigencias morales, los contenidos culturales y las pautas de interacción presupuestas como parte de la formación médica. En este sentido, los entramados de género expuestos en los apartados previos forman parte de los requerimientos solicitados para poder devenir médico.

Toda vez que la figura del médico, en tanto rol profesional, se ha construido como una imagen vinculada a las características de Lo Masculino no resulta extraordinario reconocer mecanismos que busquen amoldar las conductas, narrativas, representaciones y actitudes de los cuadros profesionales en apego a dichas atribuciones.

[...] qué tantos errores cometes, cuántos pacientes puedes sacar adelante, cuántos se te mueren o quedan con secuelas graves. Qué tanto puedes manejar el estrés o qué tanta información y qué tan actualizada está, me parece que eso distingue al buen médico, del médico promedio. (Gala, 30 años, R4 de Urgencias, Hidalgo)

Para ser buen médico uno tiene que aprender a controlarse, a no dejarse llevar por tus emociones. Eso no sirve de nada para elaborar un buen diagnóstico, para dar una buena atención. (Dante, 33 años, R4 de cirugía, Hidalgo)

De esta forma, podría afirmarse que, con independencia de las características sexuales y de género de las personas que ingresan a las filas de la medicina parecen no trastocar las lógicas que dan forma a la representación de lo que se considera propio de un médico, exigiendo de las personas que realicen una labor extenuante para amoldar sus propias experiencias de vida al rol esperado como miembro de la profesión médica. La formación médica va a "masculinizar" a los cuadros médicos, en el sentido de orientar su formación en apego a los componentes de Lo Masculino.

En Medicina Interna está más o menos equilibrada la condición de hombres y mujeres, pero hay una preponderancia, una preferencia, por lo que dicen los hombres. Entonces, tienes que volverte de alguna forma más competente que los hombres,



hablar su idioma, entender sus chistes, dominar su campo, sin perder tu feminidad. Si no lo haces corres el riesgo de que te coman viva, te desacrediten... Yo he visto que camino diferente en el hospital que cuando salgo con alguien, me arreglo diferente, hablo diferente, aquí hablo más fuerte, pero yo soy una damita (risas). Aquí, en el hospital, soy la Doctora, allá afuera, soy una mujer. Es como hacer un doble trabajo, como actuar dos vidas, pero es necesario. (Victoria, R3 de Medicina Interna, Hidalgo)

La educación médica exige de los cuadros médicos un ajuste reiterado de su condición vital, es decir, de sus conductas, forma de hablar, actitudes, relaciones interpersonales, performatividad, en apego a la representación que existe del profesional médico, la cual se encuentra vinculada a premisas de Lo Masculino, y que es transmitida desde los primeros años de formación (Castro, 2014a; 2014b).

[...] se nos hace creer, desde el primer momento en el que pisas la facultad, que si no aguantas todo eso no estás apto para la carrera, o que te tienes que cambiar, o que tienes que buscar algo que realmente no te afecte ni física, ni mentalmente; porque dicen que medicina es una carrera difícil. (Emilia, 25 años, MIP, Estado de México)

Aguantar... esa es la clave. Estudiar medicina te consume, es mucho desgaste físico, emocional y hasta social. Te absorbe, te va acabando sin que te des cuenta, pero yo creo que eso es lo que nos diferencia, que como médicos nos entrenan, esa es la palabra, a aguantar, a no rendirnos. "¿Quieres ser médico?". No hay problema, aguanta lo que venga. Te lo dicen desde el primer día, los que no aguantan, los que se truenan, no tienen lo que se necesita. (Ileana, 31 años, R4 de Imagenología, Estado de México)

La permanencia de las lógicas de género, asociadas a la representación del médico, puede hacer que aquellas personas que no se ajusten a dicho imaginario realicen un sobreesfuerzo por emular y performar las características masculinas de la profesión

La promesa de devenir médico, esto es, contar con el reconocimiento gremial, al encarnar las máximas de lo que se piensa que debe ser el médico, constituye un insumo que orienta las acciones de los cuadros médicos, independientemente de sus coordenadas identitarias, lo cual garantiza la reproducción de los estamentos simbólicos de la profesión, independientemente de las características sexuales de la matrícula universitaria.

La permanencia de las lógicas de género, asociadas a la representación del médico, puede hacer que aquellas personas que no se ajusten a dicho imaginario, ya sea por sus características sexuales, de género, etnia o clase, realicen un sobreesfuerzo por emular y performar las características masculinas de la profesión (Smith-Oka, 2021), es decir, por masculinizarse, tal como lo permiten ver los siguientes testimonios.

Alguna vez conocí a una subespecialista, gastroenteróloga pediátrica, una eminencia, muy amable, pero a la hora de trabajar era muy severa, ahí no era tan amable,



era muy estricta. La entiendo, estaba en contacto con mucho hombre y yo supongo que debía demostrar más profesionalismo, incluso aunque a muchos nos sacara de onda, porque eran como dos personalidades en una. Así es con las doctoras, a ellas se les pone más presión por no salirse del canon profesional, deben ser más cuidadosas. (Odessa, 34 años, R2 de Medicina Legal, Ciudad de México)

¿Alguna vez has visto a una mujer en especialidades quirúrgicas? Son muy serias, casi no ríen, no bromean. Caso diferente a los hombres, ellos pueden darse el lujo de hacer hasta bromas de mal gusto, sin que se ponga en duda su profesionalismo, en el caso de las mujeres eso no pasa. Imagino que es porque están en especialidades en las que se espera que no haya mujeres y no quieren que las desacrediten por salirse del molde. (Edgar, 25 años, R1 de Salud Pública, Estado de México)

Las lógicas de género que moldean simbólicamente a la profesión médica se encuentran tan asimiladas que puede motivar a que mujeres médicas se conduzcan de acuerdo con lo que el gremio les ha impuesto como adecuado a su ser médico

Las lógicas masculinas de la profesión médica se imponen a los cuadros médicos, en busca de garantizar la imagen idealizada del médico, siendo más notorio en el caso de mujeres y personas feminizadas en especialidades vinculadas con Lo Masculino. Este doble rasero no es exclusivo de la profesión médica, pero sí es una práctica recurrente en profesiones que se consideran propias de los hombres y Lo Masculino. Las lógicas de género que moldean simbólicamente a la profesión médica se encuentran tan asimiladas que, como lo ejemplifica los testimonios precedentes, puede motivar a que mujeres médicas se conduzcan de acuerdo con lo que el gremio les ha impuesto como adecuado a su ser médico.

Más aún, pueden presentarse situaciones en las que la adquisición de una determinada posición dentro de la estructura médica desdibuje las características de género que podrían potenciar un cuestionamiento a las lógicas simbólicas de la profesión.

En mi caso, fueron las doctoras, particularmente, las que fueron más severas con nosotras las mujeres. Nos regañaban más, por como vestíamos, por como hablábamos, por con quién salíamos. Te pongo un ejemplo, cuando roté en ginecología, la doctora nos decía que nos vestíamos como prostitutas, que no nos quejáramos si nos acosaban o no nos tomaban en cuenta si vestíamos escote, que nos vistiéramos como verdaderos profesionistas, como buenos médicos. (Regina, 25 años, R1 de Medicina Familiar, Ciudad de México)

Parece ser que, ante el incremento de las mujeres en la matrícula médica, las estructuras simbólicas se resisten a cambiar y encuentran la forma de perpetuar sus sentidos naturalizando sus contenidos, sus formas y sus mecanismos, bajo la impronta de que son necesarias para convertirse en médico.



## 4. Reflexiones finales

En este artículo se exponen las tensiones de género que se presentan durante la formación médica, particularmente derivadas de lo que ha sido denominado feminización de la profesión médica, es decir, del aumento considerable de las mujeres en la matrícula de educación en Medicina; lo cual ha llevado a considerar cambios sustanciales en la forma de organización médica y en la construcción de la representación profesional.

Por el contrario, y con base en testimonios recabados a cuadros médicos, argumentamos que el incremento de la participación femenina no representa necesariamente un cambio radical en las estructuras simbólicas de la profesión médica, las cuales se han sedimentado a lo largo de un extenso proceso histórico, en relación estrecha con elementos de Lo Masculino. Si bien el ingreso masivo de las mujeres implica un logro considerable, la transformación de los elementos simbólicos que dan forma a las prácticas formativas médicas requieren acciones mucho más profundas, encaminadas a cuestionar y transformar aspectos de índole cultural.

Los componentes simbólicos de la medicina han adquirido un papel de incuestionabilidad, formando parte del sentido común médico, haciendo que se conviertan en una exigencia moral de toda persona que busque ser reconocida dentro del gremio como médico. Argumentamos que, pese al enorme logro que implica el aumento de la participación de las mujeres en la medicina, es necesario dar cuenta de las estructuras y los componentes masculinos que sostienen la representación gremial si es que se busca transformar realmente el rol profesional del médico.

## Referencias

- Álvarez Llera, G., Sánchez Meza, C., Piña Garza, B., Martínez-González, A. y Zentella Mayer, M. (2006). Tendencia de la matrícula femenina en la educación superior. Un cuarto de siglo. El caso de la carrera de medicina. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 151-155.
- Azpiazu Carballo, J. (2017). *Masculinidades y feminismo*. Virus editorial.
- Brown, J., Crampton, P., Finn, G. y Morgan, J. (2020). From the sticky floor to the glass ceiling and everything in between: protocol for a systematic review of barriers and facilitators to clinical academic careers and interventions to address these, with a focus on gender inequality. *Systematic Reviews*, 9, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1286-z>
- Calderón Aguilar, C. (2022). Hacia una filosofía de la cirugía. En A. Aliseda, C. Calderón y M. Villanueva, *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México* (pp. 41-60). UNAM/Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- Castro, R. (2014a). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, 10(3), 339-351. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.397>



- Castro, R. (2014b). Genesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2014.2.46428>
- Cleghorn, E. (14 de septiembre de 2021). Medical Myths About Gender Roles Go Back to Ancient Greece. Women Are Still Paying the Price Today. *Time Magazine*. <https://time.com/6074224/gender-medicine-history/>
- Colmenares-Roa, T., Figueroa-Perea, J., Pelcastre-Villafuerte, B., Cervantes-Molina, L., Juárez-Ramírez, C., Guadarrama, J. y Peláez-Ballestas, I. (2022). Vulnerability as a palimpsest: Practices and public policy in a Mexican hospital setting. *Health*, 26(6), 753-776. <https://doi.org/10.1177/1363459320988879>
- Conell, R. (2003). *Masculinidades*. UNAM/PUEG.
- Cortés-Flores, A., Fuentes-Orozco, C., López-Ramírez, M., Velázquez-Ramírez, G., Farías-Llamas, O., Olivares-Becerra, J. y González-Ojeda, A. (2005). Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gaceta Médica de México*, 341-344.
- Eiguchi, K. (2017). La feminización de la medicina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 6-7.
- Fernández Antuna, M., Gutiérrez Rayón, D. y Ramírez Reséndiz, M. (2024). *Perspectiva de género en la formación de profesionales de la medicina*. UNAM/Programa Universitario de Bioética.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Península.
- Gil Montes, V. (2022). *La institución de la salud en México*. UAM Xochimilco.
- Glauser, W. (2018). Rise of women in medicine not matched by leadership roles. *CMAJ*, 190(15), 479-480. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5567>
- Gutiérrez-Rayón, D., Ramírez, M., Valdez, J., Villavicencio, I., Cruz Méndez, P., Balderas Ortega, J. y Pantoja Meléndez, C. (2020). Un vistazo al liderazgo de las mujeres mexicanas en la medicina. *Educación Médica*, 21(4), 277-280. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.003>
- Hinojosa, R. (2010). Doing Hegemony: Military, Men, and Constructing a Hegemonic Masculinity. *The Journal of Men's Studies*, 18(2), 179-194. <https://doi.org/10.3149/jms.1802.179>
- Joseph, M., Ahasic, A., Clark, J. y Templeton, K. (2021). State of Women in Medicine: History, Challenges, and the Benefits of a Diverse Workforce. *Pediatrics*, (148), 1-7. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-051440C>
- López Sánchez, O. (2004). *La profesionalización de la Gineco-Obstetricia y las representaciones técnico-médicas del cuerpo femenino en la medicina de la Ciudad de México (1850-1900)* (Tesis de Doctorado). CIESAS.
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria en Salud* (pp. 451-464). Buenos Aires.
- Moreno Sardá, A. (2008). *De qué hablamos cuando hablamos del hombre*. Icaria.
- Munive Valencia, A. y López Sánchez, O. (2025). Masculinización, autoritarismo y violencia en la formación académica y profesional médica en México. Una aproximación desde la bioética. En X. Martínez Barbosa, E. N. Arganis Juárez y C. Olivier Toledo, *Historia, Antropología y Bioética Médica. Encuentro multidisciplinario* (pp. 265-286). UNAM/Facultad de Medicina.
- Outón Lemus, M. (2019). Éthos médico y Techné. En M. d. Chapela Mendoza, *Ser Médico. Relatos, historia y reflexiones en búsqueda de su elusiva esencia* (pp. 97-113). Universidad Autónoma Metropolitana.



- Petrone, P. (2018). Le feminización de la medicina. *Revista Colombiana de Cirugía*, 33(2), 132-134. <https://doi.org/10.30944/20117582.54>
- Pringle, R. (1998). *Sex and Medicine: Gender, Power and Authority in the Medical Profession*. Cambridge University Press.
- Rodríguez Castro, M. y Gómez López, V. (2010). Indicadores al ingreso en la carrera de medicina y su relación con el rendimiento académico. *Revista de la Educación Superior*, 43-50.
- Seidler, V. (2000). *La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social*. UNAM/PUEG.
- Sepúlveda-Vildósola, A., González, H., López-Sepúlveda, M. y Martínez-Escobar, C. (2022). Trends in Medical Specialization and Employability in Mexico According to Gender. *Archives of Medical Research*, 53(2), 205-214. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2021.10.003>
- Serret, E. (2011). Hacia una redefinición de las identidades de género. *GenÉros. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 71-97.
- SMC España. (10 de febrero de 2025). Desigualdades en la profesión médica: por qué ellas no llegan a las posiciones de liderazgo. *Sciencemediacentre*. <https://sciencemediacentre.es/desigualdades-en-la-profesion-medica-por-que-ellas-no-llegan-las-posiciones-de-liderazgo>
- Smith-Oka, V. (2021). *Becoming gods. Medical Training in Mexican Hospitals*. Rutgers University Press. <https://doi.org/10.36019/9781978819696>
- Vergara Figueroa, A. (2018). *Palimpsestos. Aspectos teóricos, territorio, patrimonio, cuerpo y humor*. Ediciones Navarra.
- Villanueva, M. (2020). Medical training as a transformative experience: an analysis of doctorhood to question the professional identity formation paradigm. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 3(1), 415-434. <https://doi.org/10.1080/25729861.2020.1754043>
- Villanueva, M. (2021). Transformarse en médico: narrativas de discontinuidad y argumentos autobiográficos. *Bajo Palabra*, (28), 199-216. <https://doi.org/10.15366/bp2021.28.009>
- Villanueva, M. (2023a). "El alfa es el cirujano": Estereotipos de género y prestigio en las especialidades médicas. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, 9, 1-32. <https://doi.org/10.24201/reg.v9i1.1054>
- Villanueva, M. (2023b). Ser paciente como categoría límite de la galenidad: un análisis relacional a la deshumanización de la medicina. *En-claves del pensamiento*, (38), 1-26. <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i33.608>
- Villanueva, M. (2024). Galenidad y masculinidad: semejanzas normativas, performativas y fenomenológicas. *Debate Feminista*.
- Villanueva, M. (2025). De la feminización a la feministización de la medicina en México. *La Ventana*, 7(62), 12-49. <https://doi.org/10.32870/lv.v7i62.8079>
- Villanueva, M. y Castro, R. (2020). Sistemas de jerarquización del campo médico en México: un análisis sociológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2377-2386. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.28142019>