

Incorporación de la mujer a los Servicios de Cirugía. Consideraciones acerca de una realidad emergente

M. C. Montiel Casado, B. Oronoz Martínez, M. Valle Carbajo*

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Clínica Universitaria de Navarra. *Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga*

Introducción

En las últimas dos décadas, la prevalencia de género de los estudiantes en las facultades de Medicina se ha invertido, de modo que el sexo femenino es mayoritario. Es probable que ésta tendencia se mantenga e incluso aumente porque el cambio en la forma de vida de la mujer se ha estabilizado. Es lógico pensar que esto reflejaría una presencia mayoritaria de la mujer como residente en todas las especialidades. Sin embargo, las especialidades quirúrgicas no constatan dichos cambios; así, entre los miembros de la Asociación Española de Cirujanos sólo existe un 18% de mujeres, aunque si nos referimos a los miembros junior, la cifra asciende al 30%¹.

Por otro lado, la cirugía atraviesa un período de crisis vocacional. En algunos países ha disminuido de forma alarmante el número de residentes de cirugía. En nuestro país, hasta hace sólo 10 años se escogían todas las plazas antes del número 2000, mientras que ahora un 50% aproximadamente se escoge por encima de este número¹. La explicación de este hecho se basa fundamentalmente en un cambio en los valores de nuestra sociedad. El objetivo actual de un futuro especialista, hombre o mujer, es conseguir una profesión que le permita la mejor calidad de vida, con buenos ingresos económicos y disfrutar de tiempo libre. Es importante también el hecho de que la formación pregrado no está ligada prácticamente nada a nuestra especialidad; a pesar de que el título que se nos da es de Licenciado en Medicina y Cirugía, las prácticas quirúrgicas de un estudiante de medicina son muy deficientes (apenas una o dos semanas y en las 2 ó 3 horas que quedan libres entre unas clases y otras) y la mayoría terminan su formación sin saber suturar una herida no complicada. Así la posibilidad de implicarse con esta disciplina es difícil.

Analizaremos a continuación los diferentes aspectos implicados en la vinculación con las especialidades quirúrgicas relacionados con la mujer.

Elección de una especialidad quirúrgica

Existen diversos factores en el campo de la cirugía que hacen que la mujer elija otra especialidad. Novielli y cols., en un estudio realizado durante un período de 30 años, evaluaron de forma comparativa el interés de los estudiantes de Medicina en las especialidades quirúrgicas al inicio de la carrera respecto al momento de la graduación, e identificaron lo que han llamado «triple barrera» inicial para explicar la falta de representatividad de la mujer en las residencias de cirugía: a) existen menos mujeres que entran en la Facultad de Medicina con la intención de realizar una carrera quirúrgica (6% mujeres versus 20% hombres); b) entre éstos, la pérdida de interés por la cirugía es más frecuente en la mujer que en el hombre (76% de las mujeres frente al 50% de los hombres); y, c) durante los años de facultad, el porcentaje de mujeres sin interés inicial en el ámbito quirúrgico que lo desarrollan a lo largo de la carrera, es también menor respecto al sexo masculino (6% versus 19%). Aún así, es cuatro veces mayor la probabilidad de que una mujer con un interés inicial escoja una especialidad quirúrgica respecto a las que no mostraban ese interés al principio de la carrera; por ello, para las facultades y escuelas médicas que quieran aumentar el porcentaje de mujeres cirujanos, es éste grupo de interés inicial en el que se debe trabajar con más interés².

Neumayer y cols. han demostrado el impacto de los modelos de rol del mismo género. Para determinar el efecto de las cirujanas sobre las estudiantes de Medicina en la selección de una especialidad quirúrgica, realizó una encuesta a las estudiantes de siete facultades de Medicina que incluían entre su personal quirúrgico facultativo un porcentaje de mujeres que oscilaba entre el 10% y el 40%. Aunque la impresión de las estudiantes de todas las facultades fue en general positiva, tanto de las especialistas como del grado de satisfacción de éstas en el ejercicio de su especialidad, sólo el 88% de las estudiantes que eligieron finalmente la residencia en cirugía procedían de las tres facultades de medicina donde las mujeres especialistas en cirugía representaban un 40%, y las estudiantes de facultades donde las cirujanas representaban menos del 15% raramente

Correspondencia M. C. Montiel Casado. Clínica Universitaria de Navarra. Av. Pío XII, 36. 31008 Pamplona. mcmontiel@unav.es

elegían esta especialidad³. En la misma línea, Mayer y cols., en una encuesta realizada a los cirujanos (hombres y mujeres) formados en el Davis Medical Center de la Universidad de California, encontraron que el 59% de los hombres y el 80% de las mujeres consideraron las mujeres necesitan ver modelos de éxito femenino dentro del personal facultativo (sólo el 23% de los residentes masculinos tenían una tutora «staff» mientras que el 90% de las residentes tenían un tutor masculino); además, mientras que el 55% y 45%, respectivamente, de hombres y mujeres cirujanos estimularían a una estudiante a hacer cirugía, estas cifras subían hasta el 82% y el 50% cuando el estudiante de Medicina era varón. Demuestran, así, que los residentes de cirugía y los cirujanos juegan un papel fundamental en la elección de los estudiantes de medicina⁴.

Durante las dos últimas décadas, la proporción de profesoras asociadas de cirugía ha permanecido igual en la mayoría de los países. Buckley y cols. comprobaron que a pesar de no existir diferencias de género en cuanto a años de residencia, formación postdoctoral o la realización de «fellowship programmes», sólo el 5% de las mujeres eran profesoras, frente a un 39% de varones. Hombres y mujeres en EEUU ascienden de forma desigual a puestos académicos de mayor nivel. Su estudio también confirmó que las mujeres en general valoran menos estar en los puestos de liderazgo, como jefe de departamento, jefe de servicio o decano⁵.

No existen dudas en considerar a la especialidad de Cirugía como una de las más duras y sacrificadas. Baxter y cols. publicaron una encuesta realizada a estudiantes de Medicina de la Universidad de Toronto y encontró claras diferencias en las prioridades que tenían en cuenta a la hora de elegir la residencia. Los hombres (de los que el 27% eligieron la residencia de cirugía) valoraban el desarrollo técnico, los potenciales ingresos económicos y el prestigio, mientras que las mujeres (de las que el 10% eligieron cirugía) identificaron como factores importantes las condiciones durante la residencia, la posibilidad de trabajo a tiempo parcial y el riesgo de abandono por parte de su pareja⁶.

Richardson y Redfern, en una encuesta realizada a 247 mujeres en distintos momentos de sus estudios de Medicina en Newcastle (al entrar en la facultad, al tercer año y justo antes de terminar), encontraron que el 40% de las mujeres participantes rechazaron la cirugía por preferencias personales, basadas en percepciones en contra de la mujer y actitudes negativas hacia ella en esta disciplina (el llamado «sesgo masculino») y en la ausencia de modelos seguir dentro del personal facultativo⁷.

Período de formación

En las especialidades médico-quirúrgicas no observamos tantas diferencias en cuanto al sexo, salvo en el caso de Urología. Un ejemplo claro es la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Actualmente la presencia de la mujer como residente de Ginecología es predominante y estereotipada. Los Servicios de Ginecología, entre otros, han evolucionado por las necesidades existentes en la vida de la mujer. La estrategia de reclutamiento en algunas especialidades se basa en una mayor flexibilidad de horarios y en una mayor comprensión por los acontecimientos

personales que puedan influir relacionados fundamentalmente con la familia, y en concreto, el embarazo⁸.

La Cirugía no ha desarrollado modelos de trabajo a tiempo parcial ni cambios en la duración de la residencia en función de las necesidades familiares y personales. En la cultura quirúrgica esto se traduciría como un signo de debilidad.

Correlación familia-cirugía

La formación quirúrgica tiene lugar para la mayoría de los residentes desde los 25 a los 35 años. Este período coincide con el más recomendado y apropiado para el embarazo. Por ello, para aquellas mujeres que desean tener hijos la residencia de cirugía podría ser un obstáculo a considerar. En una encuesta realizada a mujeres médicos reflejaron que la práctica de atrasar el embarazo hasta después de la residencia era ampliamente aceptada, y consideraban el período después de la residencia, el momento más óptimo para crear una familia¹⁰. El embarazo es retrasado por múltiples razones: las escasas horas disponibles de dedicación maternal, las citas médicas necesarias para su control, el efecto potencialmente negativo sobre el resto de compañeros de la residencia y, finalmente, por el dicho (afortunadamente cada vez más lejano) de que el embarazo y la residencia en cirugía no son compatibles⁹.

El 72% de los hijos de madres que se ejercen especialidades quirúrgicas nacen después de la residencia; por el contrario, sólo el 36% de los hombres retrasan la paternidad hasta una vez esté completado el período de formación¹⁰.

Existen diversos estudios que sugieren que la residencia, y en especial la de Cirugía, puede afectar de forma negativa al embarazo. Eskenazi y Weston publicaron los resultados de una encuesta realizada entre mujeres residentes y especialistas en Cirugía Plástica, encontrando una tasa de infertilidad del 33%, una tasa de aborto electivo del 26% y una tasa de complicaciones excluyendo el aborto del 57%, valores todos más altos que en la población general¹¹.

Sonnad y Colletti han comunicado los resultados de un trabajo realizado en la Universidad de Michigan, en el que se preguntaba a un grupo de cirujanos de ambos sexos por sus ideas y percepciones respecto del éxito de las mujeres en la actividad quirúrgica. El 60% de los hombres y el 50% de las mujeres declararon que la demanda que suponía su trabajo como cirujano facultativo afectaba de forma adversa a sus relaciones de pareja. Mientras que los hombres tenían más tendencia a sacrificar horas familiares por demanda laboral (72% versus 60%), las mujeres era más propensas a perder su actividad laboral por responsabilidades familiares¹².

Abandono de la formación

En EEUU, aproximadamente el 80% de los residentes que acceden a la residencia de Cirugía General completan su formación. Las razones que se citan para el abandono de la especialidad son la decisión de realizar otra especialidad, problemas familiares tales como la ubicación laboral de la pareja, las consideraciones sobre el estilo de vida, y temas de salud⁹.

En un estudio publicado por Bergen y cols. en 1998 para

intentar establecer diferencias entre los motivos de abandono entre ambos sexos, encontraron que las mujeres tenían 2.26 veces más probabilidad de abandono (24.1% vs 10.7%), y que la causa de éste rara vez la elección de otra especialidad (lo cual sí era la norma en el grupo masculino). Las causas más frecuentes para la retirada del programa de formación quirúrgica fue la relativa a la vida familiar, y en concreto para acompañar a sus parejas a un nuevo puesto laboral, y también para elegir una residencia y especialidad que le permita un mejor estilo de vida¹³.

Consideraciones para el futuro

El éxito de la cirugía como especialidad pasa por un cambio en la enseñanza de esta disciplina en la formación pregrado. La mayor influencia que pueden recibir los estudiantes sobre la Cirugía General proviene de la formación académica y de la realización de prácticas durante un período más o menos prolongado, con un grado de implicación suficiente que les permita un aprendizaje óptimo en la realización de ciertos procedimientos, como canalización de vía periféricas, realización de sondajes nasogástrico y vesical, drenaje de abscesos, cierre de heridas simples, así como una mayor presencia en el quirófano. Además, para conseguir una mayor captación de estudiantes, se debería equilibrar la presencia de los facultativos académicos en cuanto al sexo. Las estudiantes tendrían así un modelo a seguir.

En 2005, en EEUU, sólo 7 de 301 catedráticos de cirugía eran mujeres. La presencia de líderes femeninos en la Cirugía, actualmente escasos, sería vital para la incorporación de la mujer en esta carrera. Éstas se enfrentan con varios obstáculos y barreras que incluyen la cultura tradicional sexista, limitaciones en las oportunidades de trabajo y, en algunas ocasiones, ambientes de trabajo hostil¹³. El reconocimiento y las mejoras de estos hechos podrían favorecer el reclutamiento de la mujer en la carrera quirúrgica.

El comportamiento dentro de la familia ha cambiado, y tanto la mujer como el hombre reclaman más tiempo para la realización de actividades familiares. El esquema de trabajo debe ofrecer alternativas, y en casos como el embarazo, dar soluciones que no obliguen a pensar en éste como un problema.

Es responsabilidad de todos los que pertenecemos a esta disciplina, y en particular, de los catedráticos y jefes de servicio, el presentar a la Cirugía como una carrera atractiva para ambos géneros, y con la que se sentirán plenamente satisfechos.

Bibliografía

1. Landa García JL. La cirugía que se avecina: disminución de vocaciones y cambios en la forma de enseñarla y de ejercerla. *Cir Esp* 2006; 80(2):61-63.
2. Novielli K, Hojat M, Park PK, Gonnella JS y Veloski J. Change of interest in surgery during medical school: a comparison of men and women. *Acad Med* 2001; 76 (Suppl 10): S58-61.
3. Neumayer L, Kaiser S, Anderson K, Barney L, Curet M, Jacobs D, Lynch T y Gazak C. Perceptions of women medical students and their influence on career choices. *Am J Surg* 2002; 183(2): 146-50.
4. Mayer KL, Perez RV, Ho HS. Factors affecting choice of surgical residency training program. *J Surg Res* 2001; 98(2): 71-75.
5. Buckley LM, Sanders K, Shih M, Kallar S y Hampton C. Obstacles to promotion? Values of women faculty about career success and recognition. *Acad Med* 2000; 75(3): 283-288.
6. Baxter N, Cohen R, McLeod R. The impact of gender on the choice of surgery as a career. *Am J Surg* 1996; 172(4): 373-376.
7. Richardson HC, Redfern N. Why do women reject surgical careers? *Ann R Coll Surg Engl* 2000; 29(Suppl 9): 290-293.
8. Young-Shumate L, Kramer T, Beresin E. Pregnancy during graduate medical training. *Acad Med* 1993; 68(10):792-799.
9. Bass BL, Napolitano LM. Gender and diversity considerations in surgical training. *Surg Clin N Am* 2004; 84:1537-1555.
10. Schroen AT, Brownstein MR, Sheldon GF. Women in academic general surgery. *Acad Med* 2004; 79(4):310-318.
11. Eskenazi L, Weston JI. The pregnant plastic surgical resident: results of a survey of women plastic surgeons and plastic surgery residency directors. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95(2):330-335.
12. Sonnad SS, Colletti LM. Issues in the recruitment and success of women in academic surgery. *Surgery* 2002; 132(2):415-419.
13. Bergen PC, Turnage RH, Carrico RJ. Gender-related attrition in a general surgery training program. *J Surg Res* 1998; 77(1): 59-62.
14. Kass RB, Souba WW, Thorndyke LE. Challenges confronting female surgical leaders: overcoming the barriers. *J Surg Res* 2006; 132:179-187.