

Inequidades de género en el ámbito de la salud: el caso de medicina*

Temática: promoción y prevención.

Aporte a la disciplina: este trabajo develó inequidades de género en medicina, una de las profesiones (junto con enfermería) más emblemáticas, y con el mayor número de mujeres, del área de la salud. Reconocer las inequidades que enfrentan las profesionales de la salud abre la posibilidad de orientar esfuerzos y avanzar en la construcción de una sociedad más justa.

RESUMEN

Objetivo: comprender las relaciones de poder, según el género, vividas en los escenarios de desempeño profesional por médicas colombianas. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, a partir de entrevistas en profundidad a 33 médicas, con edades entre 29 y 60 años, y más de cinco años de ejercicio profesional. Entre octubre de 2017 y marzo de 2018, previo consentimiento informado, se realizaron las entrevistas con preguntas sobre las relaciones de poder y las desigualdades experimentadas con sus colegas hombres, en los escenarios de desempeño profesional. **Resultados:** en los relatos de las médicas entrevistadas, se perciben inequidades de género en los salarios, las formas de contratación, las responsabilidades asignadas, el reconocimiento por parte de los pacientes y el acceso a cargos de poder, en comparación con sus colegas hombres. **Conclusiones:** la medicina mantiene una estructura de poder centrada en los hombres, con oportunidades diferenciales por género, y caracterizada por un menor salario, más responsabilidades, menor reconocimiento y un acceso limitado a cargos de prestigio para las mujeres. Se requiere explorar ese fenómeno en otros profesionales del área de la salud.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Inequidad en salud; médicos mujeres; feminización; equidad en salud; género y salud; Colombia.

DOI: 10.5294/aqui.2019.19.2.7

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Cáceres-Manrique FdM, Amaya-Castellanos CI, Rivero-Rubio C. Gender inequalities in the health setting: The case of medicine. *Aquichan* 2019; 19(2): e1927.
DOI: 10.5294/aqui.2019.19.2.7

1  orcid.org/0000-0002-4796-6190. Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Colombia. fmcacer@uis.edu.co

2 orcid.org/0000-0002-4838-2226. Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Colombia. ciamaya@uis.edu.co

3 orcid.org/0000-0002-5508-4286. Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Colombia.

* Proyecto: "Feminización de la medicina y sus posibles consecuencias en el mercado laboral de salud colombiano". Financiado por la Vicerrectoría de Investigaciones y Extensión, Universidad Industrial de Santander. Convocatoria Capital Semilla 2016. Código 2311.

Recibido: 19/01/2019

Enviado a pares: 05/02/2019

Aceptado por pares: 19/03/2019

Aprobado: 24/04/2019

Gender Inequalities in the Health Setting: The Case of Medicine

ABSTRACT

Objective: To understand relationships of power according to gender experienced in scenarios of professional performance by Colombian female physicians. **Materials and Methods:** Qualitative study with phenomenological approach, from in-depth interviews to 33 female physicians, ranging in age between 29 and 60 years, and with over five years of professional exercise. Between October 2017 and March 2018, with prior informed consent, the interviews were conducted with questions about the relationships of power and the inequalities experienced with their male colleagues in scenarios of professional performance. **Results:** In the reports by the female physicians interviewed, it is possible to perceive gender inequalities in wages, forms of hiring, responsibilities assigned, recognition by the patients, and access to positions of power in comparison with their male colleagues. **Conclusions:** Medicine maintains a power structure centered on men, with differential opportunities by gender, and characterized by a lower wage, more responsibilities, lesser recognition, and limited access to positions of prestige for women. This phenomenon needs to be explored in other professionals from the health area.

KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Health status disparities; physicians, women; feminization; health equity; gender and health; Colombia.

* Project: "Feminization of medicine and its possible consequences in the Colombian health job market". Funded by the Vice-Rectorcy of Research and Extension, Universidad Industrial de Santander. Convocatoria Capital Semilla 2016. Code 2311.

Inequidades de gênero no âmbito da saúde: o caso da medicina

RESUMO

Objetivo: compreender as relações de poder segundo o gênero, vividas nos cenários de desempenho profissional por médicas colombianas. **Materiais e métodos:** estudo qualitativo com abordagem fenomenológica, a partir de entrevistas em profundidade a 33 médicas, entre 29 e 60 anos de idade, e mais de cinco anos de exercício profissional. Entre outubro de 2017 e março de 2018, com prévio consentimento informado, foram realizadas as entrevistas com perguntas sobre as relações de poder e as desigualdades experimentadas com seus colegas homens, nos cenários de desempenho profissional. **Resultados:** nos relatos das médicas entrevistadas, são percebidas inequidades de gênero nos salários, nas formas de contratação, nas responsabilidades designadas, no reconhecimento por parte dos pacientes e no acesso a cargos de poder, em comparação com seus colegas homens. **Conclusões:** a medicina mantém uma estrutura de poder centralizada nos homens, com oportunidades diferenciais por gênero, e caracterizada por um menor salário, mais responsabilidades, menor reconhecimento e um acesso limitado a cargos de prestígio para as mulheres. Faz-se necessário explorar esse fenômeno em outros profissionais da área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Disparidades nos níveis de saúde; mulheres médicas; feminização, equidade em saúde; gênero e saúde; Colômbia.

* Projeto: "Feminização da medicina e suas possíveis consequências no mercado de trabalho de saúde". Financiado pela Vice-reitoria de Pesquisas e Extensão, Universidad Industrial de Santander, Colômbia. Chamada *Capital Semilla 2016*. Código 2311.

Introducción

La medicina, una de las profesiones de la salud de mayor reconocimiento social, había sido ejercida mayoritariamente por hombres hasta el siglo pasado (1, 2). En las últimas décadas, el ingreso de mujeres ha tenido un mayor auge, incluso hasta superar el número de varones en algunos países (2, 3, 4, 5). Este fenómeno, denominado *feminización de la medicina* (4, 6), no ha logrado mayores cambios en su modelo estructural masculinizado, pues se sigue presentando una exclusión sutil de las mujeres de los cargos de mayor autoridad, reconocimiento y prestigio (2).

En 1994, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) realizó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Violencia Contra la Mujer (7), que aboga por la participación de la mujer en igualdad de condiciones que el hombre. En septiembre de 2015, se acordó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, con 17 objetivos (ODS) y 169 metas centradas en las personas, que se resumen en el ideal de transformar el mundo en un lugar mejor; combatir las desigualdades; construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas; promover la igualdad entre los géneros; y generar empoderamiento de las mujeres y las niñas, entre otros (8).

Ahora bien, con el creciente acceso de las mujeres a una carrera profesional, y con el adelanto de los ODS, es de esperarse que haya un mayor nivel de empoderamiento y de equidad de género, de tal manera que puedan fortalecer el ejercicio de la profesión con aportes y estilos distintos (9), alternativas de liderazgo (10) y libertad para desarrollar sus capacidades y potencialidades (11) en igualdad de condiciones que sus colegas hombres.

Al respecto, se han realizado investigaciones que evalúan la influencia del género en la práctica médica y se han hallado diferencias en el estilo de comunicación y en la realización de actividades preventivas (10), pero no se ha explorado la vivencia de las profesionales de la salud con relación a la distribución del poder según el sexo. Tampoco se ha profundizado en el estudio de las *inequidades de género*, definidas como desigualdades no naturales, injustas y evitables (12) entre hombres y mujeres en el ejercicio profesional, que afectarían negativamente, en este caso, a las médicas (13). De ahí la necesidad de realizar el presente estudio, con el objetivo de comprender las relaciones de poder según el género, vividas por un grupo de mujeres que ejercen una de las más valoradas y reconocidas profesiones de la salud: la medicina.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico (14). Se buscó explorar el fenómeno de distribución del poder según el sexo, a partir de las vivencias de médicas, colombianas de Bucaramanga, Bogotá o Medellín. Los criterios de selección fueron: ser médica, haber estado laborando desde hace más de cinco años en cualquiera de los campos del ejercicio profesional de la medicina y autorizar su participación mediante la firma del consentimiento informado. Se usó la estrategia de “bola de nieve” (15), iniciando con informantes clave.

Desde la perspectiva fenomenológica (16), el análisis buscó llegar a las estructuras esenciales para dar significado a las experiencias de las mujeres (17), partiendo de dos ejes temáticos definidos *a priori*: 1) relaciones de poder (18, 19), entendidas como las vivencias de las médicas expresadas en relatos que develan el fenómeno de la distribución del poder entre hombres y mujeres, con sus orígenes, características, implicaciones, ventajas y desventajas; y 2) equidad de género (20), definida como la percepción de la distribución justa y equitativa de las oportunidades, las responsabilidades, los salarios y el poder entre los hombres y las mujeres profesionales de la salud, en igualdad de condiciones.

Para abordar los contenidos, se realizaron entrevistas en profundidad a 33 médicas que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio, entre octubre de 2017 y febrero de 2018, con las cuales se logró la saturación de las categorías estudiadas. Las entrevistas duraron entre 20 y 120 minutos y fueron conducidas por alguna de las investigadoras (médica, enfermera o psicóloga), todas con formación de maestría o doctorado, con experiencia en investigación cualitativa y realización de entrevistas en profundidad, previamente estandarizadas. Cada investigadora llevó su diario de campo, con observaciones, vivencias y reflexiones que surgieron durante el trabajo.

En el primer contacto con las potenciales participantes, se les dio a conocer la hoja de vida de las investigadoras y los objetivos del estudio. Con quienes mostraron interés, se concertó una cita para un encuentro cara a cara, en el momento y lugar definido por ellas, con el fin de cumplir con el proceso de consentimiento informado por escrito, resolver preguntas y realizar las entrevistas. Los lugares escogidos fueron, en su mayoría, los sitios de trabajo, sus consultorios o el hogar. Se obtuvo, además, su aprobación para grabar en audio sus relatos. Para garantizar el anonimato de

las participantes y resguardar su información, a cada experiencia le fue asignado un código de identificación.

Las tres investigadoras transcribieron, leyeron y codificaron las entrevistas. Luego, en consenso, afinaron los códigos extraídos, con el fin de garantizar la credibilidad de los resultados. En total, se obtuvieron 3125 códigos relacionados con la vivencia de relaciones de poder diferenciales por género. Las investigadoras procesaron la información a través del programa para análisis cualitativo *NVivo10* y la interpretaron. Posteriormente, validaron los hallazgos en una reunión con médicas participantes y no participantes, en comités académicos de la Facultad de Salud de la Universidad y en ponencias presentadas en tres eventos científicos nacionales e internacionales. La presentación y la discusión de los hallazgos en los anteriores escenarios, y con dichos actores, es garantía del rigor metodológico de la investigación.

Antes de iniciar el estudio, el Comité de Ética en Investigación Científica de la Universidad Industrial de Santander, avaló el protocolo. En todo momento, se respetaron los principios éticos para la investigación con seres humanos, establecidos en la Resolución 008423 de 1993 (21).

Características de las entrevistadas

Se invitaron a participar 38 médicas, de las cuales se entrevistaron 33 (86,8 %). Las razones de su no participación fueron: dos médicas no aceptaron ser entrevistadas, y con tres, a pesar de su aceptación, fue imposible conciliar la cita, dadas sus ocupaciones. La edad de las participantes estaba entre 29 y 60 años, mediana de 38, promedio de 39,6 y desviación estándar de 6,7. Llevaban entre 6 y 35 años laborando, con promedio de 21 y mediana de 19. Otras características de las participantes se presentan en la tabla 1.

Resultados

Los relatos de las experiencias vividas por las participantes dan cuenta de las desigualdades en el ejercicio del poder que apuntan a la existencia de inequidades de género en cuanto a remuneración laboral, términos de contratación y responsabilidades a cargo. Todo ello se conjuga en barreras invisibles de acceso a los cargos de poder y prestigio, así como al bajo reconocimiento por parte de los pacientes. En la tabla 2, se resumen las categorías y subcategorías resultantes. A continuación, se describen las inequidades expuestas, acompañadas de los testimonios de las participantes.

Tabla 1. Características de las médicas participantes

Característica	Condición	Muestra	Porcentaje (%)
Estado civil	Soltera	6	18,2
	Casada	21	63,6
	Unión libre	3	9,1
	Separada	3	9,1
Número de hijos	0	12	36,4
	1	6	18,2
	2	12	36,4
	3	3	9,1
Nivel de formación	Médica general	7	21,2
	Gineco o perinatóloga	5	15,2
	Patóloga	3	9,1
	Epidemióloga	3	9,1
	Psiquiatra	3	9,1
	Salud ocupacional	3	9,1
	Salubrista	2	6,1
	Pediatra	2	6,1
	Médica familiar	1	3
	Administradora	1	3
	Cirujana	1	3
	Anestesióloga	1	3
Carácter del área de desempeño	Pública	19	57,6
	Privada	4	12,1
	Pública y privada	10	30,3

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Categorías sobre relaciones de poder e inequidades de género percibidas por algunas médicas colombianas

Categorías definidas a priori	Subcategorías
Inequidades de género	Diferencias en la remuneración laboral.
	Sobrecarga de trabajo por ser mujer.
	Sobrecarga por el trabajo, la crianza y el cuidado de la familia.
Relaciones de poder	Limitado acceso a cargos de liderazgo y poder.
	Falta de reconocimiento por parte de los pacientes.

Fuente: elaboración propia.

Inequidades en la remuneración laboral

La mayoría de las entrevistadas refirieron que los salarios que devengan son inferiores a los percibidos por sus colegas hombres, en iguales cargos. Estiman las diferencias entre el 30 y el 50 %. Aunque creen que la situación ha mejorado, aseguran que se da por sentado que solo por ser mujeres ganan menos que un hombre. Relatan que algunos gerentes, con el argumento de contratar más personal, no solo les pagan menos, sino que las responsabilizan de “estar dispuestas” a recibir menor remuneración que los hombres. Así lo expresan: “La mano de obra de la mujer no es igualmente valorada que la de los hombres, se ve mucho en la parte administrativa. Si fuera hombre, tendrían que pagarle más. Eso hace que contraten más fácil a una auditora o una asistente administrativa mujer, pero por menos sueldo” (Especialista en salud ocupacional, 8 años de experiencia, sector privado). “Ellos dicen que la mujer ‘está dispuesta’ a aceptar un menor salario que el hombre, en un rango incluso más alto al que le están ofreciendo, y uno queda preocupado preguntándose: ‘¿Cómo nosotras valoramos el trabajo que hacemos, que permitimos que ellos se aprovechen de esa situación?’” (Administradora de servicios de salud, 10 años de experiencia, sector privado).

Ante la diferencia de salarios, algunas optan por renunciar: “En algunas instituciones, yo haciendo exactamente lo mismo que mi colega, le pagan más a él que a mí, el 30 % o más. Esa es una de las razones por las que me he tenido que retirar: la desigualdad económica” (ginecóloga, 9 años de experiencia en los sectores público y privado).

Algunas consideran que la brecha en los ingresos las coloca en desventaja, dado que les implica trabajar más para obtener un ingreso equivalente al de ellos. Además, la diferencia salarial se usa como pretexto para recargarles el trabajo doméstico, tal como lo expresan:

... mi esposo es especialista también. Jamás, así trabaje el mismo tiempo que él trabaja, voy a ganar el dinero que él gana. Eso implica que a mí me toque estar más tiempo en la casa, cuidando las niñas, haciendo el almuerzo, pues como él gana más, trabaja más por fuera. Yo diría que si yo tuviera más ingresos, las cargas del cuidado de la casa serían iguales. (Medicina laboral, 12 años de experiencia, sector privado)

Obstáculos para la contratación

Las entrevistadas relataron que, escudados en las exigencias que la maternidad y la crianza implican a las mujeres, los empleadores ven como un obstáculo la vinculación de aquellas, y así suelen justificar la preferencia de varones, con formas de contratación excluyentes: “Para emplear a una mujer, se ve mucho obstáculo. Yo veo la discriminación por temor a que la mujer se casa, pide permiso para cuidar a los niños, se enferma o pide licencia de maternidad” (médica general, 6 años de experiencia, sector privado).

La discriminación para la contratación se ejerce sutilmente, tal como ellas lo relatan: “Cuando te van a contratar, tienes que presentar entrevista, y el otro concursante es un hombre, notas, desde el saludo, la diferencia en el trato. Uno sabe que le van a dar más duro por el solo hecho de ser mujer” (psiquiatra, 5 años de experiencia, sectores público y privado).

Sobrecarga de trabajo y cuidado de la familia

Algunas profesionales reconocieron que laborar en espacios dominados por los hombres implica sobrecarga de trabajo, dado el significado simbólico de ciertas tareas como responsabilidad exclusiva de las mujeres. Así, sus compañeros hombres les dan a entender que por ser mujeres, deben ejecutar tareas que ellos no quieren llevar a cabo, aduciendo que ellas lo hacen mejor. Independientemente del nivel académico alcanzado, por el hecho de ser mujeres, les asignan trabajos adicionales, como elaborar informes, escribir cartas u organizar asuntos relacionados con el bienestar de los demás. Así lo expresaron: “Mis compañeros son muy atentos, no les gusta hacer nada, son perezosos. Ellos solo hacen lo que les toca y lo que les gusta hacer, pero nada más. Un informe, un formato u otra cosa, ellos dicen: ‘Fulanita, hazlo tú, que lo haces divinamente’” (Subespecialista, 15 años de experiencia, sector público y privado).

A quienes son mamás, les son delegadas las labores de maternidad y crianza, que, en ocasiones, entran en conflicto con sus responsabilidades laborales, sobre todo en eventos fortuitos, como enfermedad o incapacidad. Así lo relatan:

... efectivamente, ser mamá sí es difícil de combinar con el ejercicio médico: la atención de los hijos, si se enferman, si no tienes alguien quien te ayude en el oficio de la casa, si tu pareja es mé-

dico, él sigue trabajando, como siempre, pero a ti misma te toca ponerte a hacer las cosas. (Ginecóloga, 6 años de experiencia, sector público y privado)

Además de trabajar y cuidar a los hijos, también sienten que cargan con la responsabilidad de cuidar la familia y de organizar los asuntos de bienestar en el hogar, mientras que los hombres solo trabajan: “Nosotras, como mujeres, tenemos esa responsabilidad de cuidar nuestras familias. El hombre sale a trabajar, no se preocupa, llega a la casa y descansa. Pero uno de mujer sale, trabaja y llega a cuidar a los suyos: papás, hijos” (Medicina del trabajo, 6 años de experiencia, sector privado).

Estos retos les exigen invertir mayores esfuerzos que los hombres para mantenerse actualizadas, además de cumplir con los roles extra: “En un medio tan exigente, donde los caballeros se preocupan solo por lo que tiene que ver con su trabajo, nunca por la casa, usted como médica debe dedicar un mayor esfuerzo físico y mental para estar en un nivel competitivo” (medicina general, 12 años de experiencia, sector público y privado). “Es más fácil para los hombres, sin que suene machista, pero los hijos están más apegados a uno como mamá. Entonces, yo sí creo que es fácil para los hombres, y mucho más difícil para una mujer, tener el cien por ciento de los campos resueltos: la crianza, la profesión: doble trabajo” (patóloga, 15 años de experiencia, sector público y privado).

Limitado acceso a cargos de liderazgo y poder

Ellas consideran que, en general, los cargos de liderazgo los ostentan hombres. Son ellos los que figuran en los eventos sociales, los gerentes de empresas, los directores de clínicas y hospitales. Pero ellas notan que detrás hay un equipo, generalmente oculto, liderado por mujeres, que son las que realizan el trabajo más demandante.

Yo creo que es muy notorio que el liderazgo lo tienen los hombres. Por ejemplo, los presidentes de la Asociación siempre han sido hombres, y los organizadores de congresos son hombres. Ellos son los que hablan, los que opinan, los que dicen, y nosotras “los animamos”, pero muy pocas mujeres llegan a ostentar liderazgo. (Pediatria, 15 años de experiencia, sector público y privado)

Si ellas tienen la oportunidad de alcanzar cargos de poder, a veces se sienten relegadas a un segundo plano, como lo des-

criben: “Cuando nos sentamos allá, vemos que es un mundo de hombres; las mujeres somos las secretarías, las asesoras, las relatoras. Por más mujeres que estemos ahí, las posiciones de liderazgo siempre van a estar en manos de hombres” (Subespecialista, 20 años de experiencia, sector público y privado).

Algunas relatan con desdén la falta de solidaridad de género en situaciones que implican ejercicios de poder entre hombres y mujeres:

Las mujeres somos juiciosas, aplicadas y tenemos muchas ventajas biológicas. El problema es que nunca hemos logrado ventaja social como gremio. Me pasó con fulanito, quien me estaba acosando. Mis compañeras se reunieron y me hicieron la inquisición. Me preguntaron: “¿Por qué fulanito anda de mal genio? Creemos que es por ti, y tienes que solucionar la situación”. ¡Imagínese, todas mujeres y defendiendo al tipo! (Médica general, 14 años de experiencia, sector privado)

Llama la atención que algunas médicas en puestos de poder asumen conductas autoritarias, frías, distantes o agresivas con sus compañeras, emulando a sus colegas hombres, como respuesta adaptativa al sistema patriarcal en el que se desempeñan: “En cargos de poder y mando es donde algunas mujeres terminan adoptando esos comportamientos patriarcales para conservar el lugar en este mundo tan masculinizado” (Salubrista, 26 años de experiencia, sectores público y privado).

Han expuesto casos en los cuales los hombres establecen acuerdos tácitos para desvirtuar o minimizar los argumentos de las médicas. Ellas, en su papel más conciliador, prefieren no discutir, con tal de evitar la polémica. Algunas así lo viven: “En situaciones de crisis, de discusiones álgidas, con mayoría hombres, yo sentía que me irrespetaban, que no consideraban lo que yo pensaba solo porque yo no grito como ellos, porque soy mujer, moderada, que intento dialogar, trato de ejercer la política. Pero, básicamente, por el hecho de ser mujer” (epidemióloga, 25 años de experiencia, sector público).

No obstante saber que los cargos de poder continúan en manos de los varones, ellas vislumbran, en la unión como gremio, esperanzas de alcanzar igualdad de oportunidades: “Que realmente tengamos el poder de decisión, no lo tenemos. Es que si fuéramos un gremio, tendríamos el poder, tendríamos los puestos de mando, tendríamos los sueldos iguales y tendríamos las

mismas oportunidades" (subespecialista, 22 años de experiencia, sector público).

Falta de reconocimiento por parte de los pacientes

De tal arraigo social, se conciben las desigualdades de género que las mujeres consideran que alcanzan a permear la conducta de los pacientes, quienes, en ocasiones, suelen no reconocer su estatus. Así lo relatan: "A veces, los pacientes a mí no me dicen 'doctora', como sí le dicen 'doctor' al compañero hombre. Muchas veces les pregunto algo, y apenas me responden. Llega mi compañero, de la misma edad, con bata, y ahí sí empiezan: 'Doctor, míreme acá, doctor dígame tal cosa...', solo por ser mujer" (medicina laboral, 9 años de experiencia, sector privado).

Los pacientes le creen más al hombre. Cuando le digo algo al paciente, me dice: "Sí, el otro doctor también me dijo lo mismo", como reafirmando que lo que dijo el doctor hombre es lo verdadero. Entonces, tienes que esforzarte para demostrar que tú sí eres buena, que sabes. Hay que llenarte de argumentos y leer artículos científicos para que te crean, porque mientras la palabra del médico hombre es palabra de Dios, si eres mujer te toca darle refuerzo. (Psiquiatra, 6 años de experiencia, sector público y privado)

Discusión

Los hallazgos de este trabajo dan cuenta de que este grupo de profesionales de la salud experimentan inequidades de género en cuanto a salarios, formas de contratación, responsabilidades asignadas, acceso a cargos de liderazgo y poder, y reconocimiento por parte de colegas y pacientes, en comparación con los hombres. Es decir, la distribución del poder según el género es inequitativa.

Llama la atención que, a pesar de los esfuerzos para lograr un mayor acceso a la carrera de medicina por parte de las mujeres y, en consecuencia, un nivel académico y una valoración social equivalente en ambos sexos, dicha inequidad continúe. Se ha observado este fenómeno en estudios previos (2), que además hallaron que la inequidad es mayor cuando los salarios son más altos, independientemente de la edad y del nivel educativo de las mujeres (22). Los resultados son consistentes con tres estudios nacionales sobre brechas salariales, según el género. En el

primero (23), encontraron que las mujeres no solo enfrentan un "techo de cristal", sino también un "piso de arena movediza", ya que las inequidades afectan a quienes devengan un alto o un bajo salario, y estimaron que si todas las colombianas trabajaran, la brecha salarial sería cerca del 50 % más alta. Otro estudio concluyó que entre el 25 y el 30 % de las diferencias salariales por género se asocian a discriminación (24). Uno más sostiene que, aunque el nivel educativo de las mujeres ha mejorado, un alto porcentaje recibe menores salarios que los hombres y trabaja en sectores económicos menos productivos (25).

Otro de nuestros hallazgos fueron las barreras sutiles para la contratación de médicas. En una investigación adelantada con estudiantes de medicina, se halló, de manera explícita, una discriminación basada en género (26). Este contraste preocupa porque, si desde la formación se discrimina a las mujeres, las inequidades se perpetuarán en el desempeño profesional.

Las participantes también develaron que las organizaciones mantienen barreras invisibles que impiden que las mujeres ocupen cargos de liderazgo y poder, por prejuicios originados en códigos sociales, tal como refieren estudios previos, que sustentan una escasa participación de las mujeres en los puestos directivos y una clara segregación por género (27). En consecuencia, las médicas ocupan cargos secundarios debido a la discriminación por género, con menor reconocimiento, prestigio y poder, tal como ocurría décadas atrás (1).

Tal importancia reviste las inequidades de género que fueron consideradas en un estudio previo, junto con la violencia, la participación política y el trabajo, las esferas de mayor magnitud de inequidad en contra de las mujeres, con indicadores de menor poder de decisión, menores oportunidades de trabajo, ingresos más bajos y doble jornada laboral (28).

Las participantes en este estudio también acusaron sobrecarga de trabajo por la jornada laboral y el cuidado de la familia. En este sentido, las acciones de cuidado de la salud tienden a ser naturalizadas como propias de las mujeres (29), lo cual muestra relaciones de poder asimétricas y la eficacia simbólica que asocia el acto de cuidar con cualidades intrínsecamente femeninas (30). Estas construcciones de género permean todas las esferas de la vida diaria y refuerzan diversas inequidades (28), dado que, como sostiene Foucault, el ejercicio del poder no se limita a la exclusión o a la represión, sino que actúa también por normalización (18).

El hallazgo de mujeres que, en cargos de poder, adoptan comportamientos machistas también fue reportado (31). Esta conducta ayuda a mantener la desigualdad de género y la ética masculina de la profesión. Bajo el pretexto de ganar el reconocimiento del paciente, mantener el estatus y preservar el cargo, algunas mujeres asumen el discurso patriarcal dominante, lo incorporan y lo reproducen en su práctica profesional (2).

Por otro lado, la falta de reconocimiento por parte de los pacientes lleva a las médicas a limitar sus respuestas afectivas (32), pues creen que pierden poder y que no son tomadas en serio. Es preciso que las profesionales de salud interioricen y comuniquen que su estilo de liderazgo se distingue del de los hombres porque fomenta creatividad, cooperación e intuición en la toma de decisiones; por lo tanto, conviene empoderarse y confiar en la ventaja de los valores culturalmente más desarrollados por las mujeres (9).

Hallar inequidades de género en medicina es bastante desalentador: quiere decir que la exclusión histórica de las mujeres de la profesión se ha tornado en segregación, que la división sexual del trabajo se sigue reproduciendo, y que la carrera se destaca por su escasa representación femenina, tanto en las especialidades de mayor prestigio y poder, como en los niveles profesionales y académicos altos (2). No obstante algunos avances, es innegable la persistencia de brechas entre las mujeres y los hombres (33). Pero el principal escollo para el empoderamiento es la cultura machista que, como sustentan nuestros hallazgos, atraviesa la vida social (34).

Esta investigación no está exenta de limitaciones. En primer lugar, la representatividad muestral: la no participación de cinco médicas, dos de ellas ubicadas en puestos clave y con trayectorias singulares, limita el espectro de testimonios sin que se pueda conocer si sus puntos de vista serían coincidentes o discrepantes con quienes sí participaron. Las otras tres, dos cirujanas y una anesthesióloga, quienes estaban muy ocupadas, podrían haber

aportado nuevas experiencias, precisamente por su situación de sobrecarga, hasta el punto de no disponer de tiempo para participar en la investigación. Otra limitación, en este caso del análisis realizado, es no haber comparado los significados por edad, especialidad o tiempo de ejercicio profesional, lo que permitiría explorar de qué modo estas variables afectan la experiencia de inequidad. Se optó por obtener un espectro general del ejercicio del poder por médicas de varias especialidades, de acuerdo con el objetivo general de la investigación. En futuros trabajos, se puede abordar este análisis comparativo.

Algunas de las fortalezas fueron que el trabajo de campo haya sido realizado por las propias investigadoras, y no por personal de apoyo, lo cual aseguró la cualificación académica y la experiencia necesaria para garantizar su calidad. Asimismo, la metodología utilizada mediante técnicas de entrevista, cara a cara, y diarios de campo, las cuales, gracias a la reflexividad, la intersubjetividad y la comprensión observacional que permiten, son fundamentales para el análisis, la interpretación y la discusión de los hallazgos.

Conclusión

A partir de los resultados de este estudio, se puede inferir que la medicina mantiene una estructura de poder centrada en los hombres, con oportunidades diferenciales por género, caracterizada por un menor salario, más responsabilidades, menor reconocimiento y limitado acceso a cargos de prestigio para las mujeres. Como complemento de estos resultados, se propone explorar ese fenómeno en otros profesionales del área de la salud, como enfermería, fisioterapia, microbiología o nutrición, con miras a seguir construyendo una sociedad más justa y equitativa, en cumplimiento de los ODS.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Agradecimiento: a todas las participantes.

Referencias

1. Rodríguez AC, Castañeda GL. Inicio de las mujeres en la medicina mexicana. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* [Internet]. 2015 [Citado 2019 mar. 29];58 (2):36-40. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422015000200036
2. Gutiérrez D, Ramírez M, Valdez JC, Villavicencio IJ, Cruz P, Balderas J, et al. Un vistazo al liderazgo de las mujeres mexicanas en la medicina. *Educ Med* [Internet]. 2018 [Citado 2019 mar. 29]; 443:1-4. DOI: 10.1016/j.edumed.2018.12.003
3. Phillips S. The growing number of female physicians: meanings, values, and outcomes. *Israel Journal of Health Policy Research* [Internet]. 2013 [Citado 2019 ene. 30]; 2:47. DOI: 10.1186/2045-4015-2-47
4. Machado MH. La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Américas. ¿Hegemonías femeninas? En: Organización Panamericana de la Salud. Género, mujer y salud, Gómez-Gómez, E. (ed.). Publicación 541 [Internet]. 1993 [Citado 2019 ene. 30]; 277-85. Disponible en: iris.paho.org/.../Genero,%20mujer%20y%20salud%20en%20Las%20Américas.pdf?...1
5. Col·legi de Metges de Barcelona. La conciliació de la vida laboral, familiar i personal de metges i metgesses. Propostes i pla d'acció [Internet]. 2017 [Citado 2019 ene. 30]; Disponible en: <https://www.comb.cat/Upload/Documents/7281.PDF>
6. Eiguchi K. La feminización de la medicina. *Rev. Argent Salud Pública*. 2017; 8(30):6-7. Disponible en <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen30/6-7.pdf>
7. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer [Internet]. 1994 [Citado 2019 ene. 30]; 1-16. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
8. Organización de Naciones Unidas. Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015 [Citado 2019 ene. 30]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/summit/>
9. Casado-Mejía R, Botello-Hermosa A. Representatividad de las mujeres en las sociedades científicas españolas del ámbito de la salud en 2014. *Gac Sanit* [Internet]. 2015. [Citado 2019 mar. 29]; 29(3):209-212. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.09.010
10. Esquerda M, Yugueroa O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria* [Internet]. 2016. [Citado 2019 mar. 29]; 48(1):8-14. DOI: 10.1016/j.aprim.2014.12.012
11. Sen A. "Capability and Well-being". En: Nussbaum M y Sen A (eds.) *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press; 1993. (Traducción de R. Reyes: *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 2002).
12. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* [Internet]. 1992; 22:430-45. DOI: 10.2190%2F986L-LHQ6-2VTE-YRRN
13. Krieger N. Proximal, distal and the political of causation: what´s level got to do with it? *Am J Public Health* [Internet]. 2008; 98:221-30. DOI: 10.2105%2FAJPH.2007.111278
14. Ritzer G., *Teoría sociológica contemporánea*, 3.ª ed. McGraw Hill: Madrid; 1997.
15. Ulin R, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington: Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2006 [Citado 2019 ene. 30]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf>
16. Husserl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica; 1997. (Traducción de José Gaos).
17. Heidegger M. Ser y tiempo. Madrid: Trotta; 2003. (Traducción de Jorge Eduardo Rivera).
18. Foucault M. Estrategias de poder, vol. 2. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 1999. (Traducción de Fernando Álvarez Uría y Julia Varela).

19. Ávila-Fuenmayor F. El concepto de poder en Michael Foucault. *A Parte Rei* [Internet]. 2007 [Citado 2019 ene. 30]; 53:1-16. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/avila53.pdf>
20. Piedra-Guillen N. Relaciones de poder: leyendo a Foucault desde la perspectiva de género. *Rev. Ciencias Sociales* [Internet]. 2004 [Citado 2019 ene. 30]; 106 (4):123-41. Disponible en: www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/piedra.pdf
21. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. 1993 oct. 4 [Citado 2019 ene. 30]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
22. Abi R. Why do female doctors earn less money for doing the same job? [Internet]. 2014 [Citado 2019 mar. 29]; 2014;349: g5604. DOI: 10.1136/bmj.g5604
23. Badel A, Peña X. Decomposing the gender wage gap with sample selection adjustment: evidence from Colombia. *Revista de Análisis Económico* [Internet]. 2010 [Citado 2019 ene. 30]; 25(2):169-91. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rae/v25n2/art07.pdf>
24. Cortés-Aguilar A, Flórez-Vera MA. Diferencias salariales por género en el departamento de Santander, Colombia. *Apuntes del CENES* [Internet]. 2016 [Citado 2019 ene. 30]; 35(61):267-302. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cenes/v35n61/v35n61a10.pdf>
25. Méndez DM. The impact of economic liberalization on gender equality in Colombia [Internet]. 2015 [Citado 2019 ene. 30]; 141-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n15/n15a07.pdf>
26. Moreno-Realphe SP, Sanabria-Ferrand PA, González-Quevedo LA, Valencia-Cedeño CL. ¿“Sutilezas” de la discriminación y la violencia basada en el género? Situación de los y las estudiantes de pregrado y posgrado de una facultad de medicina en Bogotá DC. *Revista Med* [Internet]. 2015 [Citado 2019 ene. 30]; 23(1): 27-37. DOI: 10.18359/rmed.1327
27. Flores-Domínguez C, Meraz-Avila D, Benardete Harari DN. La mujer en la medicina del siglo XXI. *Educ Med* [Internet]. 2018 [Citado 2019 mar. 29]; 1575-1813. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-avance-resumen-la-mujer-medicina-del-siglo-S1575181318301232>
28. Zamudio-Sánchez FJ, Ayala-Carrillo MR, Arana-Ovalle RI. Mujeres y hombres. Desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estudios Sociales* [Internet]. 2014 [Citado 2019 ene. 30]; 44:250-79. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v22n44/v22n44a10.pdf>
29. Jiménez-Ruiz I, Moya-Nicolás M. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Eglobal* [Internet]. 2017 dic. 30 [citado 2019 mar. 29]; 17(1):420-47. DOI: 10.6018/eglobal.17.1.292331
30. Fajardo-Trasobares ME, Germán-Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm* [Internet]. 2004 [Citado 2019 ene. 30]; 13(46): 09-12. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200002&lng=es
31. Irvine L, Vermillya JR. Gender work in a feminized profession. The case of veterinary medicine. *Gender & Society* [Internet]. 2010 [Citado 2019 ene. 30]; 24(1):56-82. DOI: 10.1177/0891243209355978
32. Burgess DJ, Joseph A, Ryn MV, Carnes M. Does stereotype threat affect women in academic medicine? *Acad Med* [Internet]. 2012 [Citado 2019 ene. 30]; 87(4):506-12. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318248f718
33. ONU-Mujeres. El progreso de las mujeres en América Latina y el Caribe 2017. Transformar las economías para realizar los derechos. Washington DC [Internet]. 2017 [Citado 2019 ene. 30]. Disponible en: <http://www.eligered.org/wp-content/uploads/2017/06/UNW16017-Executive-Summary-Web-ESP.pdf>
34. Benítez-Jiménez I, Fernández-Dieguez VN, Fayad-Plutin E, Caraballo-Cobas E. La participación de las mujeres profesionales de la Universidad de Oriente. Su acceso a cargos de dirección. *Revista Encuentros Universidad Autónoma del Caribe* [Internet]. 2016 [Citado 2019 ene. 30]; 14 (02):73-87. DOI: 10.15665/re.v14i2.792