



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**EXPERIENCIA DURANTE LA FORMACIÓN MÉDICA DE LAS MUJERES
MÉDICAS RESIDENTES EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
PERSPECTIVA DE GÉNERO**

MONICA SIGLYNDY REYES RIVEROS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

BOGOTÁ, COLOMBIA

2012

**EXPERIENCIA DURANTE LA FORMACIÓN MÉDICA DE LAS MUJERES
MÉDICAS RESIDENTES EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
PERSPECTIVA DE GÉNERO**

MONICA SIGLYNDY REYES RIVEROS

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
Especialista en Psiquiatría**

DIRIGIDO POR:

CARLOS ALBERTO URIBE TOBON

Ph.D. EN ANTROPOLOGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

BOGOTÁ, COLOMBIA

2012

A mi familia y mis mentores por ser la inspiración y apoyo en lo que hago.



RESUMEN

Introducción: En la educación médica se han documentado dificultades para las mujeres que ingresan a ella, por ejemplo la intimidación verbal y la hostilidad de ciertas especialidades hacia las mujeres, por lo que es importante identificar esas dificultades en nuestro medio.

Objetivo: describir las percepciones de las mujeres residentes de la Universidad Nacional de Colombia en cuanto a su entrenamiento en medicina, dificultades y fortalezas que encuentran por ser mujeres en la formación médica, y hacer una comparación de las narrativas de mujeres de especialidades clínicas y quirúrgicas.

Métodos: La orientación del estudio es cualitativa y se utilizó el método etnográfico a través de entrevistas que variaron desde entrevistas semiestructuradas a entrevistas a profundidad y de observaciones realizadas por los autores. Se incluyeron 14 residentes provenientes de especialidades medicoquirúrgicas y se realizó el análisis de las entrevistas con el programa Atlas ti.

Resultados: en las narrativas se encontraron las siguientes dificultades: creencias acerca de las características negativas de las mujeres, actitudes frente a la exclusión o maltrato que lo perpetúan, necesidad de la adquisición de actitudes masculinas, interacción con profesiones paramédicas, no aceptar a las mujeres de manera tácita en algunas especialidades, comentarios sexistas, no se utilizan vías de denuncia pues el maltrato es normalizado. En las ventajas las creencias sobre algunas características inherentemente positivas de las mujeres. También se encontró que hay mayor identificación de conductas de exclusión por las residentes de áreas quirúrgicas que en las clínicas.

Conclusión: El análisis de las narrativas indica que la aproximación etnográfica brinda información más detallada acerca de la existencia de dificultades para las mujeres dentro de la educación médica y de la normalización de las mismas a pesar de que en el discurso público son bienvenidas en las escuelas médicas.

Palabras clave: género, educación médica, mujeres médicas, maltrato, discriminación.

SUMMARY

Introduction: In the medical education there have been documented difficulties for women who are admitted in a Medical School. To name a few examples there is verbal intimidation and hostility to women in certain medical specialties. It is important to identify these problems in our environment.

Objective: To describe the perceptions of medical specialties female residents from the Universidad Nacional de Colombia, regarding their medical training and the strengths and difficulties encountered as women in this training. Also to make a comparison of the women's narratives differentiating clinical and surgical specialties.

Methods: The study orientation is qualitative and an ethnographic method was used through the interviews ranging from semi-structured interviews, depth interviews and observations made by the authors. Fourteen residents from medical-surgical specialties were included. The analysis of the interviews was made using the Atlas ti program.

Results: In the narratives we found the following difficulties: beliefs about the negative characteristics of women, attitudes towards the exclusion or perpetuating abuse, need for the acquisition of male attitudes, interaction with paramedical professions, not accepting women tacitly in some specialties, sexist comments, lack of complaint because the abuse is normalized. As for the benefits, there is believes that women have some positive features that are inherently female and work as advantages. There is a better identification of discriminatory behavior by the residents of surgical areas compared to clinical areas.

Conclusion: The analysis of the narratives suggests that the ethnographic approach provides more detailed information about the existence of difficulties for women in medical education and the normalization of these behaviors despite the public discourse that declares that women are welcome in medical schools.

Keywords: gender, medical education, women physicians, abuse, discrimination.

Contenido

RESUMEN	VI
SUMMARY	VII
Lista de Tablas.....	X
Introducción	1
1. MARCO TEÓRICO.....	3
1.1. La educación médica	3
1.2. Las mujeres en medicina.....	4
2. RESULTADOS	8
2.1. La propuesta de la entrevista.....	9
2.2. Análisis de las entrevistas.....	9
2.2.1. Barreras	10
2.2.2. Ventajas.....	17
2.3. Los comentarios finales.....	18
3. DISCUSIÓN.....	20
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	23
A. Anexo A: Formato de consentimiento escrito	25
5. BIBLIOGRAFÍA.....	28

Lista de Tablas

Tabla 1. Residentes que participaron en el estudio.....Pág 8

Introducción

A Pesar del aumento de las mujeres en la educación médica y de que actualmente son la mayoría de estudiantes de medicina no hay un aumento correspondiente de las mujeres en cargos de puntos altos de la jerarquía médica como profesoras o decanas. Se ha sugerido que existen una serie de obstáculos en la vida organizacional de la enseñanza y practica médica que impiden que las mujeres avancen en esta profesión tanto a nivel académico como en la práctica clínica. Varios artículos han señalado la importancia de indagar en las narrativas de las mujeres que se encuentran inmersas en la educación médica ya que se trata de un momento privilegiado para encontrar formas de presión o obstáculos que las estudiantes experimentan(1;2). El objetivo del presente estudio es describir las percepciones de las mujeres residentes en cuanto a su entrenamiento en medicina, dificultades y fortalezas que encuentran por ser mujeres en la formación médica, y hacer una comparación de las narrativas de mujeres de especialidades clínicas, y quirúrgicas.

Decidimos utilizar un método tradicionalmente utilizado en psiquiatría para explorar narrativas de enfermedad, el método etnográfico(3) a través de entrevistas que variaron desde entrevistas semiestructuradas a profundidad y de observaciones realizadas por los autores. Para las entrevistas se utilizaron los siguientes temas: Formación médica, motivación para la especialidad, médicos admirados e ideales, dificultades derivadas del género.

Consideramos relevante explorar las narrativas individuales y seleccionar de ellas las dificultades percibidos por las mujeres en entrenamiento médico en la Universidad Nacional de Colombia, en especial en las especialidades en las se observan mayores diferencias en cuanto a la presencia femenina ya que esto proporciona un balance de la situación de las mujeres en la Universidad Nacional de Colombia a través de las vivencias de los propios residentes.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. *La educación médica*

La formación en medicina es extensa e imprime en los estudiantes un nuevo estilo de vida, una nueva manera de pensar y sentir el mundo. Según Charles L. Bosk “la intensidad y la duración de la educación médica la marca como una de las formas distintivas de socialización en nuestra sociedad comparable solo a lo que ocurre en el seminario. Realizar disecciones, autopsias, atender partos, ser testigos de la muerte, son todos partes de exámenes y rituales diseñados para transformar una persona común y corriente en un médico”, es decir en la formación no solo se adquiere conocimiento científico, sino acerca de cómo “ser” médico y como interactuar en la jerarquía médica. Los valores dominantes deben ser internalizados para poder tener éxito. No se habla de manera formal de los temas que hacen humana la práctica, del modo de interactuar con pacientes y colegas pues el énfasis está puesto en el conocimiento útil para tratar enfermedades. En público los estudiantes pueden parecer conformistas con los valores impuestos, pero es solo en lo privado, en las conversaciones entre pares donde surge la crítica a su situación, donde no acarrea consecuencias(4). La transmisión de conocimiento en la escuela médica tiene varias vías, en primer lugar se encuentra lo que se ha denominado el currículo formal, es decir a través de lecturas, casos y evidencia científica, el currículo informal dado por conocimiento basado en la experiencia y el currículo oculto, el cual se ha definido como la transmisión de actitudes y valores culturales a los estudiantes a través de la estructura de enseñanza, pero por fuera del currículo formal, acá se incluyen normas institucionalizadas acerca de cómo realizar el cuidado de los pacientes, como interactuar con otras profesiones, actitudes acerca de la etnia, el género y la industria farmacéutica(5).

Una característica fundamental de la educación médica es la jerarquización, se ha sugerido que debido a esto se produce un proceso de desensibilización e incluso abuso. En la educación médica, en su forma particular de socialización, se ha reconocido que existen formas de maltrato, dentro de ellas se incluye el acoso sexual o discriminación por género. En 2003 una encuesta realizada por la asociación norteamericana de universidades médicas encontró que el 15% de los estudiantes reportaron maltrato, 4% reportaron al menos una experiencia de un comentario sexista, cerca del 3% informaron experiencias de discriminación en forma de evaluaciones negativas basadas en el género más que en el desempeño y observaron que estas quejas se suelen discutir con amigos y familia pero no con

supervisores(6). En un estudio del Reino Unido en 2006, se encontró que al preguntar de manera general se niegan las diferencias relacionadas con género, pero al hablar acerca de ejemplos específicos surgen diferencias importantes y emergen estereotipos(7). La cultura de abuso suele ser considerada por los estudiantes de medicina como un comportamiento normal e incluso útil en la experiencia de aprendizaje, en un estudio realizado en las facultades de medicina colombianas se encontró que la tercera causa de maltrato es el género, la respuesta más frecuente es ignorar el maltrato seguido por contarle a un compañero y que los valores de intimidación más altos se encuentran en universidades públicas(8). En el estudio de Cortez realizado en la Universidad Nacional de Colombia a través de encuestas realizadas a estudiantes de pregrado y docentes se encontró que 26% de los estudiantes se ha sentido discriminado por género, 35% de los estudiantes considera que existe discriminación por género en pregrado y 47% en posgrado, 41% de los docentes reconoce que hay un uso del lenguaje y actitudes discriminatorias hacia alumnos de algún sexo, siendo el 71% de los docentes hombres(1).

1.2. Las mujeres en medicina

El ingreso de las mujeres al campo de la salud se realizó inicialmente a través de labores de enfermería, la mujer desempeño al comienzo una tarea de ayuda al médico. El ingreso de la mujer a las escuelas de medicina es relativamente reciente. En 1960 las mujeres correspondían apenas al 5% de los estudiantes de medicina y para 2001 ya representaban el 46%(2). A pesar de ser reciente la presencia de las mujeres ha aumentado de manera importante, actualmente corresponden al 30% de los médicos en los países occidentales y el 50% de los médicos menores de 30 años(9). En Colombia esta situación se ve reflejada en que hay por cada hombre estudiando medicina 1.6 mujeres(10). Sin embargo en las especialidades la distribución de hombres y mujeres es bastante desigual: ciertas especialidades continúan teniendo menos mujeres, y la presencia femenina suele ser mayor en especialidades concernientes a la familia, salud de la mujer o que requieren mayor contacto con los pacientes como es el caso de la psiquiatría. En las especialidades con menor número de mujeres también se observa un mayor número de deserción proporcionado por mujeres(11). En el reino Unido apenas el 7% de los cirujanos son mujeres, en cambio representan el 40% de los pediatras (12). En Colombia para el año 2000 eran mujeres solo el 3% de los ortopedistas (11) y para 2006 solo el 19% de los residentes de cirugía general (13). En contraposición el 23.7% de los psiquiatras son mujeres (14) y por lo

menos en el departamento del valle corresponden al 40% de los pediatras(15). Igualmente la representación de las mujeres en cargos representativos o como docentes de las escuelas médicas es baja, en estados unidos corresponden al 15% de los docentes y en Reino Unido al 11%(16). Pese a lo anterior no hay indicadores que señalen que el desempeño femenino sea menor y que justifiquen su menor presencia en cargos representativos y en ciertas especialidades.

Se ha considerado también que la feminización es deletérea para la profesión pues la mayor escogencia de algunas especialidades haría que otras se desarrollaran menos y porque las mujeres asumen otros compromisos y no toman trabajos de medio tiempo, sin embargo esta parece ser una tendencia de los médicos jóvenes y no solo de las mujeres. Las mujeres parecen centrarse más en la comunicación con los pacientes, sin embargo ven menos pacientes, por lo que se ha considerado también que utilizan de manera menos eficiente el tiempo, se considera que sin cambios sociales profundos como una distribución más equitativa del cuidado de los hijos entre los géneros es difícil que las mujeres avancen en sus carreras(17). Hay opiniones de académicos respetados con respecto a que la feminización de la medicina está debilitando la carrera(18). Sin embargo también se ha observado que las mujeres se retiran más tardíamente de sus carreras, por lo que permanecen mayor tiempo en la fuerza laboral pero siguen sin aportar un mayor número a cargos representativos, de manera que hay que prestar atención a las barreras institucionales que contribuyen a la falta de progresión hacia esas posiciones, se incluyen falta de modelos de rol, falta de flexibilidad en el trabajo y la formación y falta de aceptación de trabajos de medio tiempo, inequidades salariales, discriminación pues se suele elegir aspirantes que son similares a las personas que los están eligiendo incluyendo acá prejuicios sobre las mujeres, y la expectativa de actuar de acuerdo a una "identidad femenina"(16;19;20).

Es importante antes de continuar aclarar el concepto de género pues es más amplio que el de sexo. El sexo es definido por lo biológico, el género hace referencia a parecer hombre o mujer de acuerdo a normas culturales, desde una perspectiva social y psicológica no es una categoría natural, está sujeto a cambios en todas las interacciones sociales. En la vida profesional se establece el concepto de género cuando se pregunta más por ciertos temas a las pacientes mujeres que a los hombres, como por ejemplo por cuestiones familiares, también con colegas y el personal de salud, y como modelos de rol para los estudiantes, sin embargo los médicos suelen dar más importancia al género en sus interacciones con los pacientes que con los colegas, estudiantes y otras profesiones de la salud, con mayor frecuencia las mujeres encuentran la

importancia del rol en las relaciones, los hombres de las especialidades quirúrgicas son los que menos suelen encontrar esta importancia (9).

2. RESULTADOS

Las entrevistas fueron realizadas por la residente autora, se realizaron en su mayoría en los sitios de práctica de los residentes entrevistados, aunque se prefirió utilizar lugares aislados que proporcionaran un ambiente tranquilo y que permitieran que los comentarios realizados se mantuvieran en el anonimato, por la misma razón no se realiza una identificación detallada de los residentes.

Las entrevistas, que tuvieron una duración de entre 20 y 60 minutos, fueron grabadas en un medio digital y posteriormente transcritas. Para el análisis de la información se utilizó como herramienta el programa para investigación cualitativa atlas ti, mediante el cual se identificaron los temas de análisis y se codificaron los textos de las entrevistas.

Se entrevistaron 14 residentes, 7 de especialidades clínicas: medicina interna, radiología y pediatría, y 7 de especialidades quirúrgicas: cirugía general, cirugía pediátrica, ginecología y obstetricia. Las especialidades fueron escogidas de acuerdo a su poca y predominante representación femenina en los últimos cinco años según datos proporcionados por la división de registro de la Universidad Nacional, sede Bogotá, a estos datos se sumó la imagen que tienen ciertas especialidades de ser más hostiles o amigables para las mujeres. Las edades de los residentes estuvieron comprendidas entre 27 y 32 años, se incluyeron dos hombres como manera de explorar también la visión que tienen los hombres residentes, si bien el foco de la investigación se mantuvo en las residentes mujeres.

Identificador	Edad	Genero	Estado civil	Especialidad
1	31	Femenino	Soltera	Quirúrgica
2	27	Femenino	Soltera	Clínica
3	32	Femenino	Soltera	Quirúrgica
4	27	Masculino	Soltero	Quirúrgica
5	27	Femenino	Soltera	Clínica
6	30	Masculino	Unión libre	Clínica
7	28	Femenino	Soltera	Clínica
8	27	Femenino	Unión libre	Clínica

9	29	Femenino	Soltera	Clínica
10	32	Femenino	Casada	Quirúrgica
11	27	Femenino	Soltera	Clínica
12	30	Femenino	Casada	Quirúrgica
13	30	Femenino	Soltera	Quirúrgica
14	28	Femenino	Soltera	Quirúrgica

Tabla 1. Residentes que participaron en el estudio.

2.1. La propuesta de la entrevista

Inicialmente los residentes fueron contactados por teléfono, en este contacto se explicaba el objetivo del estudio y la metodología que se utilizaría. Todos los residentes aceptaron participar del estudio aunque respondieron con sorpresa ante la posibilidad de ser entrevistados con respecto a barreras para las mujeres, advirtiéndoles que seguramente su entrevista no sería útil pues no encontraban. Se encontró una gran diferencia entre las residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas pues las últimas manifestaban curiosidad ante este tipo de cuestionamientos y deseo de participar pues consideraban que su aporte sería valioso.

2.2. Análisis de las entrevistas

El análisis de las entrevistas se hizo en base a las siguientes categorías: barreras y ventajas de las mujeres en la educación y práctica médica.

Dentro de las barreras se encontraron: creencias acerca de las características negativas de las mujeres, actitudes frente a la exclusión o maltrato que lo perpetúan, necesidad de la adquisición de actitudes masculinas, interacción con profesiones paramédicas, no aceptar a las mujeres de manera tácita en algunas especialidades, comentarios sexistas, no se utilizan vías de denuncia pues el maltrato es normalizado. En las ventajas las creencias sobre algunas características inherentemente positivas de las mujeres.

2.2.1. Barreras

Creencias acerca de características negativas de las mujeres: De manera recurrente en las entrevistas se hizo referencia a una serie de características que hacia problemático recibir mujeres.

“Fue muy cómico y muy interesante ver que el día de la entrevista a nosotras nos preguntaron precisamente que qué pensábamos de que las mujeres entraran a hacer la especialidad y el profe de ese entonces, que nos hizo la entrevista, nos dijo que él consideraba que las mujeres son muy competitivas y que dentro de esa competencia podíamos llegar a ser muy conflictivas y por eso a ellos no les gustaba mucho que las mujeres entráramos a la residencia, obviamente yo dije que no, que no me parecía que eso fuera cierto por que igual las mujeres teníamos muchas buenas capacidades para entrar a hacer la especialidad.” (Residente 7, clínica, mujer)

Otras residentes señalaban podía ser problemático recibir varias mujeres en el mismo programa, aunque exista esa creencia las mujeres lo contrastaban con su propia experiencia positiva.

“Aunque siempre está el temor con las mujeres de que somos conflictivas, que donde hay mujeres hay pelea, la relación de las cuatro que estamos es muy buena, es decir, las diferencias que podríamos tener con un hombre las tenemos entre nosotras, pero no hay esa impresión de que somos absolutamente viscerales con nosotras”. (Residente 12, quirúrgica, mujer)

Necesidad de adquisición de actitudes masculinas: En las especialidades quirúrgicas tradicionalmente se ha considerado que las mujeres se masculinizan, frente a eso una de las residentes señala que no se trata de masculinizarse sino más bien ser otro tipo de mujer pues algunas características femeninas son consideradas como negativas.

“Soy distinta y creo que la mayoría de las mujeres cirujanas somos distintas, no es que yo sea un hombre ni nada [...] pero sales de acá y vuelves a ser la misma. Yo, por ejemplo, vuelvo a ser la misma persona, me arreglo, y soy una niña cuidadosa, yo soy así. Pero acá uno si tiene que plantarse ese escudo de a mi no me van a hacer llorar, yo no me voy a quitar de aquí, si usted me dice boba yo acá me quedo. Creo que la mayoría de las mujeres cirujanas si comprometemos eso [la feminidad], pero hablando de mi creo que yo ya lo tenía comprometido, no me identifico tanto con las “viejas” a mí me parecen cansonas, habladoras, chismosas, las mujeres en general no pueden dejar pasar una, yo soy de otro tipo, soy más fresca”. (Residente 1, quirúrgicas, mujer)

Uno de los residentes entrevistados encontraba que además de las actitudes se asumen cambios en el arreglo personal y en los planes en la vida, creando una clara diferenciación con otras especialidades más femeninas.

“Las cirujanas que he conocido a parte de que son muy buenas cirujanas son muy malas personas todas, incluidas mis compañeras, son mala clase, creen que tratando a todo el mundo a los gritos [serán mejores], no puedo decir que sean malas, pero el carácter es pésimo, no he conocido a la primera que sea integra. Las mujeres creen que están por debajo de los hombres, todos sabemos que eso no es así pero quieren compensar cosas portándose como unas cerdas, tratando mal a todo el mundo. La mayoría son amargadas, mal arregladas, feas, dejadas, la que mejor tiene el cabello lo tiene grasoso, casi todas son solteras separadas, casi todas tienen ese tipo de vida, o las han dejado, no tienen un vínculo afectivo. La mayoría son masculinas, y ninguna tiene un plan de vida como el que tienen las de otras especialidades, como las de medicina interna, como las de otorrino y dermatología que son la flor de la belleza, todas quieren tener hijos y casarse bien, a estas viejas [de cirugía] les vale todo eso”. (Residente 4, quirúrgica, hombre)

Por otro lado algunas mujeres provenientes de especialidades quirúrgicas contradecían el hecho de que la masculinización fuera una regla, una de ellas expresa que su actitud fue activa desde el comienzo para evitar ese proceso.

“Cuando entre a la residencia yo dije ni me corto el cabello, ni me visto ni hablo como hombre, es decir mujer femenina y el mito de que las residentes de esta especialidad tenemos que ser machorras se acabó, si ves las residentes que hay ahora son muy femeninas, no las mas arregladas pero por lo menos con el cabello largo. Las mujeres cirujanas generales son mucho más rudas, más masculinizadas en su vocabulario, y en su forma de vestir, uno si ve la diferencia entre especialidades”. (Residente 12, quirúrgica, mujer)

Interacción con profesiones paramédicas: Según nuestras entrevistadas en general la interacción con las enfermeras e instrumentadoras es considerada como desventajosa para las mujeres.

“Es una desgracia, en especial con las instrumentadoras, porque con los hombres mueven los ojos, en cambio cuando uno les pide el instrumental no tienen el mismo respeto por ser cirujana mujer, el hecho de que ellas no le puedan coquetear a uno es terrible, ellas con uno son agresivas. Los hombres les dicen más suave y uno no, entonces se molestan por como uno les habla. A veces contestan y usted para qué necesita una instrumentadora. En una ocasión no me querían asistir en una cirugía”. (Residente 1, quirúrgicas, mujer)

Sin embargo se valoran las habilidades sociales como una manera de compensar y “ganarse” su amabilidad.

“Casi siempre las enfermeras son mucho más amables y receptivas con un compañero hombre que con una mujer, uno también aprende a ganárselas y a llevárselas bien con ellas, pero inicialmente son más amables con un hombre que con uno, uno como que tiene que ganarse esa amabilidad de manera más difícil que un hombre”. (Residente 2, clínica, mujer)

No aceptar a mujeres de manera tácita en ciertas especialidades: En las especialidades quirúrgicas existe la creencia que hay ciertas especialidades que no reciben mujeres lo cual es cierto según los residentes para una de las especialidades quirúrgicas incluida en el estudio.

“En mi generación pasamos tres mujeres, antes solo recibían una o dos, incluso dijeron que como ese año recibieron tres mujeres a los profes se les había bajado el “qui”. Entonces no sé hasta qué punto pudieron ellos influenciar el hecho de que ahora no hay ninguna mujer en la especialidad, todos los que han recibido son hombres, ellos mismos cuando llegaron de la entrevista dijeron: este año si nos va a ir bien porque recibimos solo hombres, no vamos a tener tantos problemas, esto va a estar más tranquilo más relajado, y efectivamente solo pasaron hombres, cuando fuimos a preguntarles a los profes que paso, dijeron que ninguna mujer había dado la talla, y este año volvió a pasar lo mismo.” (Residente 3, quirúrgica, mujer)

En otros casos era más una creencia externa, que no fue confirmada al presentarse pero que si daba cuenta de que el ambiente en ciertas especialidades es más difícil para las mujeres.

“Yo me presente dos veces y en la primera entrevista me preguntaron si me pensaba casar, y pues en ese momento no me pensaba casar, y al siguiente año cuando me presente y estaba casada, entonces me dijeron que si había dicho que no me iba a casar y ¿por qué ahora estaba casada? De hecho a mí la gente me decía que las posibilidades de que me recibieran casada eran bajas, un cirujano me decía: ahora si despídase; y yo no creo porque uno puede tener realmente todo lo que quiera, cuando uno tiene más cosas es más productivo, en la especialidad dijeron que iban a recibir más mujeres casadas que la experiencia había sido buena.” (Residente 12, quirúrgica, mujer).

Tener hijos significa dedicar menor tiempo a la profesión: Las mujeres del estudio no consideraron esto como una barrera sino más bien como una elección de estilo de vida que no signifique tanto tiempo en el hospital, sin embargo a largo plazo se traducirá en menor desarrollo profesional como ellas también reportan.

“A mi me gusta más la consulta externa o lo más suave que los turnos y turnos y la carga asistencial tan marcada, además cuando uno decide ser mamá [esta distribución del tiempo] haría las cosas más fáciles”. (Residente 2, clínica, mujer)

“Si, aunque no me voy a dedicar a hacer turnos de 36 horas, sino menos tiempo para dedicar el resto al hijo. Si lo puede limitar pero no quiere decir que una cosa no permita la otra. De hecho yo vengo de un hogar en que a mi mamá le tocaba trabajar la mayor parte del tiempo. Pero para mis compañeras lo más importante es la profesión”. (Residente 7, clínica, mujer)

Tener hijos es considerado especialmente difícil durante la residencia y se considera inapropiado pues no permite realizar las actividades adecuadamente, en algunas especialidades incluso les preguntan a las mujeres si van a quedar embarazadas lo que es considerado por una de las residentes como una dificultad más, una manera de hacer presión sobre las mujeres de esa especialidad.

“Ellos tienen su familia, pero para uno es más difícil tener su embarazo y seguir ahí, es más difícil para las que están casadas o tienen una relación estable pues les están preguntando que si están embarazadas, que para cuando, que se hagan la prueba, entonces es aburridor. Las mujeres tienen más responsabilidad que los hombres como mamas, es más difícil llevar los turnos por ejemplo los fines de semana”. (Residente 3, quirúrgica, mujer)

Para uno de los entrevistados es una disculpa, una manera de las mujeres de evadir los compromisos académicos y asistenciales.

“Para las mujeres es peor, porque viven todo el tiempo quejándose y ocultándose todo el tiempo en el niño para tener inasistencias o no cumplir con todas las cosas o no estar más horas no de las exigidas sino de las que uno puede dar o necesitar estar por algún motivo que algún paciente se complique o algo, entonces ellas siempre tienen alguna excusa con respecto a eso, ósea sacan provecho de eso, es mi manera de ver; no todas no puedo generalizar, por ejemplo de mi compañera ella tiene una niña y nunca ha tenido ese problema por el contrario cumple con todo”. (Residente 4, quirúrgica, hombre)

Maltrato de género, comentarios sexistas: Los comentarios sexistas por la mayoría de los entrevistados no son considerados como molestos, sino como algo que se debe adquirir para continuar.

“Los chistes son con doble sentido, siempre con lo sexual, con doble sentido, por ejemplo pasando el tubo métalo otro poquito a veces es el profe o a veces uno empieza el chiste. Hoy paso con una interna que estábamos trabajando con una sutura que tiene una aguja muy grande y ella dijo que nunca había visto nada tan grande, entonces con el profesor nos miramos como diciendo la están engañando. Pero esos chistes hacen parte de mí, hay profesores que nunca hacen un chiste, pero yo siempre he hablado con doble sentido acá y en mi casa, incluso mi mamá los hace. [...] [Según ellos] soy una pobre lesbiana, no me gustan los hombres, soy come hombres Un profe me dijo que si me consideraba niña entre mis compañeros.” (Residente 1, quirúrgica, mujer)

“Por ejemplo decían: qué hace una mujer presentándose a esta especialidad, que después se embarazaban y les descuadraban los turnos, ese comentario lo recibí dos veces”. (Residente 3, quirúrgica, mujer)

Actitudes frente a la exclusión o maltrato que lo perpetúan: En general las residentes decían que no le daban mayor importancia a comentarios o acciones que pueden ser consideradas como maltrato derivado de género o discriminación.

“cuando entramos solo entramos dos mujeres, si hicieron el comentario de que había escogido muy pocas mujeres pero que no había de donde. Me molestó, es una cosa difícil de definir, no sé cuantas mujeres se presentaron, no sé qué porcentaje se presentó, entonces tomar una posición frente a eso sin tener toda la información es difícil. Fue un poco ofensivo porque si no [hubiera sido así] no lo recordaría” (Residente 8, clínica, mujer)

“Si hizo un comentario muy machista cuando nos dio la bienvenida: cómo se pueden dar cuenta solamente entraron dos mujeres a este grupo porque no dieron para más; nosotras con la otra niña que entró nos miramos como diciendo qué es esto”. (Residente 7, clínica, mujer)

La actitud más común es aguantar y continuar, superar lo que se presente.

“Si cuando hago turno con una cirujana pediatra que es mujer y el niño se complica, dice: ¿que podíamos esperar? si ese fue un turno sin cerebro, ¿en ese turno quien piensa?, el tiene comentarios de ese tipo, y en general él es quien tiene esos comentarios pero uno ya se defiende. Ese día me dio duro porque fue el primer comentario, no hice nada, porque en general hacen muchos comentarios, y cuando ocurren errores es como si los cobraran más duro porque uno es mujer, dicen cosas como si ve?, preciso vieja tenía que ser, y uno ve los errores que cometen los hombres y no es así. La cosa se agranda cuando una complicación es de una mujer. Cada vez que hago un turno con la otra cirujana que es mujer me espero los comentarios y me los tomo como no me importa digan lo que quieran”. (Residente 12, quirúrgica, mujer)

No se utilizan vías de denuncia cuando hay maltrato, la respuesta de la mayoría es normalizar conductas de exclusión y aguantar para hacerse merecedora de continuar.

“Pienso que en el ámbito uno se vuelve más como un niño, en el hospital, porque tienes que aguantarte el chiste, la cosa machista, entonces uno se vuelve igual; los cirujanos siempre hablamos de muchas cosas como sexistas, en los quirófanos, y eso se escucha siempre entonces debes hacer que eso sea parte de

tu vida. A uno le “resbala” y no me voy a poner a llorar y tal vez no me voy a poner a chismosear ni ninguna de esas cosas” (Residente 1, quirúrgicas, mujer).

Se parte del principio que si se luchara sería una batalla perdida, así que de partida hay que aguantar para continuar, a pesar que haya una respuesta institucional de desaprobación frente a ciertos comportamientos.

“Pues yo no les ponía cuidado, trataba de hacer las cosas que me tocaban, de cumplir a cabalidad con el trabajo tal cual me correspondía, mi compañera si tuvo un enfrentamiento con ellos, les llamo la atención al respecto. Después de eso disminuyeron los comentarios con ella pero como yo no les decía nada continuaron, yo trataba de ignorarlos.” “Pues no deja a uno de afectarlo, tuve una depresión grave, en el hospital me iban a mandar al psicólogo y a psiquiatría, pero finalmente se resolvió todo cuando cambie de rotación. El compañero que nos molestaba tuvo muchos problemas en la universidad, a él lo terminaron sacando del hospital por maltrato, maltrataba a todo el mundo a las enfermeras, sin importar si eran mujeres u hombres, a todos los residentes. Él tuvo sus problemas y por esos inconvenientes como ser grosero o faltar mucho al respeto tuvo que salir.” “Pues al comienzo me daba mal genio pero ya después uno se acostumbra, pero uno si al principio como que choca con eso, siempre he sido como muy introvertida, igual para que pelear con esas cosas termina más mal, entonces siempre trataba de ignorarlas igual ellos no son incisivos con eso. Pero a veces echan puyas molestas, pero no digo nada.”

(Residente 3, quirúrgica, mujer)

“A mí me resbaló, yo no dije nada, nos volteamos a mirar con la otra residente, no le dimos mayor relevancia, pero siempre me quedó sonando eso tan ofensivo de que no damos para más, además que en la entrevista ya nos habían hecho esa pregunta de que pensábamos acerca de que las mujeres entraran a medicina interna. Quedó ahí hasta este momento”. (Residente 7, clínica, mujer)

Otra residente señala que la jerarquía médica propicia el hecho de que al estar en inferioridad frente al profesor no se puede contemplar entrar en controversias pues no habría manera de cuestionar a un superior sin salir mal librado.

“La verdad es que como uno está en una situación de inferioridad con respecto a algunos profesores pues uno no se va a poner a polemizar en eso, uno piensa que hace parte del rasgo de personalidad de la gente, entonces uno no se va a poner a pelear contra el machismo me parece que no tiene sentido.” (Residente 10, quirúrgica, mujer)

Modelos de rol: Los modelos de rol, aquellos médicos que consideran influyeron en su manera de situarse en la medicina, en la mayoría de los casos contradicen los esquemas de rol sobre ciertas especialidades.

“En Pereira hay una doctora, es una cirujana increíble, una mujer integra, buena docente y buena cirujana. Cuando me metí a hacer cirugía pensaba que quería

llegar a ser como ella. Porque ella es una mujer linda, pinchada, maquillada, arreglada, con su collar, su bata bien puesta. Es una mujer recia, es una mujer que no es cariñosa, pero tampoco masculina. No se rebaja con nadie, no dice más de lo que tenía que decir". (Residente 1, quirúrgicas, mujer)

Se enfatiza en un estilo de vida como el que se soñaría tener, al mismo tiempo tener una buena trayectoria profesional y una vida personal con suficiente tiempo como para dedicarle parte del día a la familia.

"Ella es profesora de consulta externa, ella tiene su propia consulta externa y la programa cuando ella quiera, a la hora que quiera, no hace turnos y puede responder por su familia bien, es separada y la carga de sus hijos la tiene ella. Además ella está haciendo una especialización en medicina familiar y le queda tiempo para todo sin necesidad de estarse matando. A mí los turnos no me llaman mucho la atención". (Residente 2, clínica, mujer)

"Era casado y tenía dos hijos. Era el ideal de médico porque no solo era muy bueno en lo que hacía sino una familia muy bonita. Además una persona relativamente joven y había hecho muchas cosas, era especialista y subespecialista, había hecho la unidad renal, así que era una persona ideal para imitar. Después me enteré que él era discípulo de una profesora que ahora es mi modelo a seguir, es una berraca, es la coordinadora de cuidado crítico del servicio de medicina interna, es una persona con mucha trayectoria. Es hiperactiva, todo el tiempo lo está puyando a uno para que estudie, es la típica profe de las revistas extensas, con tal de que los pacientes queden bien revisados y se preocupa mucho porque uno aprenda". (Residente 7, clínica, mujer)

Uno de los residentes señala como su modelo de rol contradecía la imagen de la mayoría de profesores de su área.

"hay varios profes, el profesor de gastro, nunca está estresado, nunca molesta a nadie, no regaña a nadie, es el que mejor opera de todos, le va súper bien a los pacientes, es una persona de unos 55 a 60 años, es casado, se que tiene dos hijas, que no hacen nada con respecto a la medicina estudian algo completamente diferente, se que el tipo ha sido casado toda la vida y ahí está, tiene la familia y vive con ellos. Es excelente persona, se porta súper bien, desde el primer día que se entra en contacto con él parece que fuéramos los mejores amigos de toda la vida, por lo menos eso me paso a mí, desde el primer día se sabía el nombre de todos los que íbamos a rotar y saludaba por el nombre, uno se sorprende porque por lo general nadie tiene en cuenta eso, el si fue calmado amigable, uno siente confianza". (Residente 4, quirúrgica, hombre)

También se resaltan características que no son usualmente asociadas con las mujeres como es el caso del liderazgo.

“Había una coordinadora de un centro médico, allí solo trabaje un mes, pero era una vieja berraca, echada para delante tanto que uno dice quiero ser un día así. Tendría unos cuarenta años, físicamente no es bonita, pero es una persona inteligente, como descomplicada, que trataba bien no solo a sus pacientes, porque nunca la vi en esa interacción médico paciente, sino también a los médicos del centro, era la coordinadora, de esas personas que uno dice que buen jefe, buen líder” (Residente 5, clínica, mujer)

La residente 9 señala como hay pocas profesoras mujeres, lo que hace que las personas que influyeron en sus decisiones hayan sido hombres.

“En el pregrado no tuve mucho contacto con mujeres, en el posgrado sobretodo en la misericordia tengo profes mujeres, la profe moreno sabe mucho, es muy acertada en sus diagnósticos, y a la vez me encanta ella que se disfruta todo, entonces es como muy relajada, no tiene la típica imagen de cuando uno quiere aparentar saber mucho, ella es muy relajada, me gusta mucho su actitud, y no pone tantos límites con los estudiantes, habla relajada y cuenta chistes. La doctora Henao también es muy buena radióloga y de ella me encanta que es capaz de sostener su visión de las cosas sea como sea”. (Residente 9, clínica, mujer)

Además de resaltar que se puede compaginar tener tiempo para la vida personal y ser buena profesional que es muy importante tener buenas relaciones interpersonales como una manera de que la vida profesional también este bien.

“La profe X, porque es una mujer muy inteligente, no solamente en la parte académica sino en la parte de las relaciones interpersonales, además de que es muy buena en lo que hace tiene un don de gente, es la directora del departamento X entonces ella tiene que manejar mucho la diplomacia y las relaciones interpersonales y además es una persona muy agradable con los estudiantes, enseña mucho y nunca pierde la cordura, es muy tranquila y cuando tiene que decir las cosas en que se tienen que poner puntos claros ella lo sabe hacer. Además tiene una familia muy bonita, de ella conocí al hijo y al esposo porque yo hice el internado con el hijo en Girardot entonces ya la vi como en ese otro plan de madre.”. (Residente 11, Clínica, mujer)

2.2.2. Ventajas

Creencias acerca de características positivas de las mujeres: más ordenadas, maternas, mejores habilidades sociales

“La pediatría le da a uno una sensibilidad mayor en cuanto al paciente y la enfermedad y todo lo que se relaciona con la familia, por eso es más difícil que los hombres se metan a pediatría, porque esa parte de sensibilidad no la tienen todos los hombres, son muy contados los que la tienen”. (Residente 2, clínica, mujer)

2.3. Los comentarios finales

En varias ocasiones una vez se apagaba la grabadora surgían cuestionamientos acerca de por qué realizar el estudio, o argumentaciones en cuanto a que era impensable que en la actualidad existieran barreras para la mujer en la carrera medica

“Los comentarios son inevitables, de hecho dicen que ahora somos más mujeres que hombres porque los hombres son más inteligentes y se han dado cuenta de que la medicina no da, comentarios como esos se oyen en cirugía pediátrica y a mí ya me parecen chistosos, ahora que los socializamos si digo pues eso tampoco es que sea tan dulce”. (Residente 12, quirúrgica, mujer)

“Si, son más estrogenicos, eso que uno dice que parecen viejas que parece que tuvieran las hormonas alborotadas, mientras que las mujeres son más tranquilas, se trata de hacer todo más armónico [...]Mi percepción es que ahora está predominando la cantidad de estudiantes femeninas que masculinos, yo trabajo mejor generalmente con hombres que con mujeres, tal vez porque las mujeres somos muy cansonas, hay gente que es muy complicada, son como más difíciles, no sé si por el cambio de hormonas o algo, entre nosotros no lo hemos visto, pero porque nos vemos mejor como personas, pero cuando uno sale a otro lugar si se da cuenta que hay mujeres que hacen las situaciones más complicadas, no sé si es que se dan más importancia, los hombres son más prácticos, y nosotras las ginecólogas somos muy practicas, e intentamos no enredar las cosas más allá de lo que son”. (Residente 13, quirúrgica, mujer)

3. DISCUSIÓN

El abordaje cualitativo del presente estudio permitió un acercamiento detallado a las dificultades que perciben las mujeres medicas residentes, el análisis de nuestras narrativas confirma lo que estudios previos han observado(2;8) acerca de que las conductas de maltrato o exclusión son minimizadas y se prefiere tomar como estrategia ignorarlas mientras se aguanta el malestar producido por comentarios que generan entre otras cosas exclusión. Definimos exclusión según la autora Barriere Unzueta citada por Cortez “distinguir o diferenciar con connotaciones de parcialidad, perjuicio o favoritismo que hace una cualificación negativa” (1).

Durante el análisis se hizo evidente que estas conductas son normalizadas pues las mujeres a pesar que hacían referencia a ellas no las reconocían como algo negativo sino como parte de las experiencias, dándole un carácter neutro, fue después de la entrevista que muchas de las residentes reconocieron parte de sus experiencias como dificultades en la formación o desarrollo profesional. Además las mujeres son estimuladas a no tomar las conductas que identifican como ofensivas o molestas de manera muy personal o a mostrarse demasiado sensibles(2).

Se ha observado que no solo las conductas de discriminación en el ambiente académico o de trabajo son naturalizadas este es un fenómeno ampliamente descrito que hace que permanezcan casi ocultas, y también se le ha dado la denominación de violencia estructural(21) que se percibe de manera natural porque existen mediaciones que no permiten identificarla, y son aceptadas en las actividades diarias y hasta promovidas por las mismas mujeres tal como fue observado en las narrativas en especial de especialidades en que hay mayor número de hombres.

Dentro de la profesión médica tienen influencia los mismos esquemas de género que se encuentran presentes en la sociedad en general, la medicina es un espacio cultural propio(22), sin embargo se alimenta de los valores culturales de la sociedad en que se desarrolla. Según los esquemas de género a los que hacemos referencia se considera que ciertos espacios, actividades, conceptos y valores son propios o menos apropiados para cierto género. Los esquemas para la mujer la describen como interesada en la crianza, expresiva y con poca capacidad de liderazgo mientras que para los hombres incluyen características como la autonomía, asertividad y la habilidad de ser mejor con instrumentos, estos estereotipos influyen en las percepciones y evaluaciones del propio desempeño y del genero opuesto (23).

Otro hecho que se ha sugerido como barrera es que para las mujeres es tener hijos o quedar embarazada durante su formación o ejercicio de la profesión lo cual

también fue confirmado por nuestros entrevistados e incluso visto como una falsa disculpa de las mujeres para no cumplir con sus actividades(11).

La identidad profesional de la medicina, que lejos de lo que se considera no es neutra, sino claramente masculina, así como la identidad de otras profesiones como la enfermería es femenina(24). En parte esa identidad masculina hace que las mujeres adquieran valores masculinos como propios tales como no hacer evidentes sus respuestas emocionales y en apariencia ser fuertes, así como asumir comentarios sexistas. Lo anterior crea una contradicción, en el estudio observamos cómo a pesar que esta conducta las hace merecedoras de pertenecer a su grupo de residencia las excluye de la posibilidad de cumplir con ciertas expectativas femeninas, no caben ya dentro de los esquemas de género esperados. Se crea una clara incoherencia: o se pertenece a un esquema de género y se es discriminada por esto o se asumen valores masculinos dominantes estrategia que también es duramente criticada. De tal manera que a los atributos dados por el género son convertidos en características negativas y en una posterior discriminación.

Entonces, aunque en las escuelas de medicina está claro a nivel institucional que la mujer es bienvenida en todos los ámbitos y así figura en documentos oficiales, persisten obstáculos en la vida cotidiana de la escuela médica que son casi invisibles y que se hacen evidentes en los estudios, que como este se enfocan en el día a día de las mujeres. Este estudio no es generalizable a otras universidades, sin embargo es una primera aproximación a la situación de la mujer en una de las universidades públicas colombianas y constituye un esfuerzo por hacer visibles y aumentar el reconocimiento de actitudes y comportamientos que atentan contra el desarrollo académico-profesional y bienestar de las mujeres dentro de la educación médica.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Este estudio brinda una visión privilegiada de la situación de las mujeres en la escuela médica, en particular del caso de la Universidad Nacional, a través de la exploración de lo que las y los residentes consideran dificultades.

Es claro que a pesar de la gran presencia femenina como estudiantes de medicina la mujer se sigue viendo afectada por esquemas de género de la sociedad en general que limitan su progreso profesional, factores como creencias acerca de defectos inherentes, o de las dificultades generadas de su rol femenino como ser madre se convierten en dificultades para avanzar en la carrera académica y profesional.

Las conductas de discriminación son normalizadas y hasta propiciadas por las mujeres, ya que se asume que los valores masculinos son los adecuados y se deben internalizar para hacer parte del grupo de médicos o especialistas. Por esto es muy importante continuar poniendo en evidencia estas conductas y quitarles la etiqueta de conducta aceptada.

4.2. Recomendaciones

Para futuros estudios en el tema se puede tener en cuenta la inclusión de un mayor número de hombres ya que pueden proporcionar otro punto de vista, ya no desde quien experimenta las dificultades, de lo que está sucediendo en las escuelas médicas, y pueden también proporcionar información acerca de otros tipos de dificultades que se presentan en la cultura médica también experimentadas por los hombres.

A. Anexo A: Formato de consentimiento escrito

Hay estudios previos que muestran un aumento de las matrículas de mujeres en la educación superior. En concreto, en las especialidades médicas se ha observado un incremento en la proporción femenina en la matrícula, aunque ciertas especialidades clínicas continúan con una mayor participación masculina. En estudios previos se han detectado dificultades que afectan más a las mujeres en la clínica médica. Asimismo, las mujeres exhiben cualidades que harían que se desempeñaran mejor en algunos campos de la profesión médica. Todo esto hace que sea importante explorar en nuestro contexto las barreras y dificultades percibidos por las mujeres en entrenamiento médico en la Universidad Nacional de Colombia, sobre todo en las especialidades en las que se observan mayores diferencias en cuanto a la presencia femenina. Para realizar dicho estudio se hará uso de las narrativas vitales de las propias mujeres en entrenamiento médico de especialistas.

Yo, _____,
identificada con
Cédula de Ciudadanía No. _____ de

_____ acepto participar voluntariamente en el estudio "*Experiencia de las mujeres médicas residentes en la Universidad Nacional de Colombia*", trabajo para optar por el título de especialista en psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, realizado por la doctora Monica Siglyndy Reyes Riveros, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 53.047.949 de Bogotá. Manifiesto estar de acuerdo en contestar las preguntas de la entrevista y en aportarle la información necesaria para hacer una descripción de mi experiencia durante mi formación como médica. Acepto que mis entrevistas sean grabadas en audio y guardadas de forma digital en la memoria de un computador.

Se me han explicado suficientemente los riesgos y beneficios del estudio, así como sus objetivos y su metodología. También se me ha informado que puedo consultar y discutir los resultados antes de que sean presentados como parte del informe de investigación. Igualmente, se me ha explicado que los relatos aportados serán utilizados para fines académicos y que mi confidencialidad y anonimidad serán mantenidas. Finalmente, se me ha aclarado que puedo retirarme del estudio en cualquier momento si así lo decido, sin necesidad de dar justificaciones y sin que me implique consecuencias a ningún nivel.

Firma y documento de identificación de la persona que participa en el estudio

Monica Siglyndy Reyes Riveros (Investigadora)
C.C. 53047949 de Bogotá

Ciudad y Fecha

5. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cortez DO. La insoportable invisibilidad de las desigualdades: análisis de la cultura organizacional de la escuela de educación médica de la Universidad Nacional con perspectiva de género. 2005. Universidad Nacional de Colombia, facultad de ciencias humanas, escuela de estudios de género.
- (2) Hinze SW. 'Am I being over-sensitive?' Women's experience of sexual harassment during medical training. *Health (London)* 8[1], 101-127. 2004.
- (3) Guber R. La etnografía. Método, campo, reflexividad. 2001. Bogotá, Editorial norma.
- (4) Fox RC. The sociology of medicine. Prentice Hall, editor. 1989. New Jersey.
- (5) Phillips CB. Student portfolios and the hidden curriculum on gender: mapping exclusion. *Med.Educ.* 43[9], 847-853. 2009.
- (6) Recupero PR, Heru AM, Price M, Alves J. Sexual harassment in medical education: liability and protection. *Acad.Med.* 79[9], 817-824. 2004.
- (7) Lempp H, Seale C. Medical students' perceptions in relation to ethnicity and gender: a qualitative study. *BMC.Med.Educ.* 6, 17. 2006.
- (8) Paredes OC, Sanabria-Ferrand P, González-Quevedo LA, Moreno SP. "Bullying" en las facultades de medicina colombianas, mito o realidad. *rev.fac.med* 18[2], 161-172. 2010.
- (9) Risberg G, Hamberg K, Johansson EE. Gender awareness among physicians--the effect of specialty and gender. A study of teachers at a Swedish medical school. *BMC.Med.Educ.* 3, 8. 27-10-2003.
- (10) Escobar Ricardo. Educación médica en Colombia, estadísticas básicas de pregrado y especialidades médico quirúrgicas 2006. 2007. Ascofame.
- (11) Rosselli DA. La medicina especializada en Colombia: una aproximación diagnóstica. Centro Editorial Javeriano. 2000.

- (12) Allen I. Women doctors and their careers: what now? *BMJ* 331, 569-572. 2005.
- (13) Bermúdez CE, Monroy A, Torregrosa L HF. Estado actual de la formación de residentes de cirugía general en Colombia. *rev.colomb.cir.* 21[4]. 2006.
- (14) Gómez-Restrepo C, Bohórquez AP, Felizzola C, Gil F, Dña-Granados N, Heins E. El perfil del médico psiquiatra colombiano. *Rev.Colomb.Psiquiat.* 32[4], 325-340. 2003.
- (15) Sendoya S. Nivel de satisfacción de la médica egresada de la Universidad del Valle, Cali. *Colombia Med* 31[3], 118-121. 2000.
- (16) Dacre J. Are to many medicals females graduate? No. *BMJ* 336, 749. 2012.
- (18) BBC News. "Women docs 'weakening' medicine.". 2-8-2004. 3-3-2011.
- (19) Redd V, Buddeberg-Fischer B. Career obstacles for women in medicine. *Med.Educ.* 35, 139-147. 2001.
- (20) Reichenbach L, Brown H. Gender and academic medicine: impacts on the health workforce. *BMJ* 329[7469], 792-795. 2-10-2004.
- (21) Munévar-Munévar DI, Mena-Ortiz LZ. Violencia estructural de género. *Rev.Fac.Med.* 57, 356-365. 2009.
- (22) Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry.* 1980. California, University of California Press.
- (23) Reed CE, Vaporciyan AA, Erikson C, Dill MJ, Carpenter AJ, Guleserian KJ, Merrill WH. Factors dominating choice of surgical specialty. *J.Am.Coll.Surg.* 210[3], 319-324. 2010.
- (24) Barral MJ, Fernandez T, Yago T. *Perspectivas de género en salud.* 2001. Madrid, Minerva ediciones.