

## ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

VANINA L. PAGOTTO, DIEGO H. GIUNTA, ADRIANA R. DAWIDOWSKI

*Departamento de Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina*

**Resumen** Se observa un proceso de feminización de la profesión médica, sin embargo, el acceso masivo de las mujeres se asocia a nuevas desigualdades de género, denominadas segregación horizontal y vertical. La segregación horizontal se manifiesta en la desigual distribución de hombres y mujeres en ciertas especialidades médicas y la segregación vertical, en la escasa representación de las mujeres en la mayoría de los altos cargos profesionales. El objetivo de este estudio fue determinar cómo se distribuyen hombres y mujeres en las distintas instancias del proceso que implica el ingreso al sistema de residencias médicas de un hospital universitario de Buenos Aires, Argentina y analizar la segregación horizontal y vertical de género en el proceso de ingreso a las residencias médicas. A partir de datos de postulantes a un hospital universitario, en el período 2015-2017, se realizó un análisis de regresión logística múltiple para ajustar el *odds ratio* de ser hombre o mujer con potenciales confundidores. No se observó asociación entre ser hombre o mujer y la realización del examen, su aprobación y el ingreso a entrevista. El *odds ratio* ajustado para el ingreso a la residencia de los hombres con respecto a las mujeres fue 2.03 (1.44-2.85). Para las residencias quirúrgicas fue 2.75 (1.54-4.92) y para las clínicas fue 1.89 (1.17-3.00). En la inscripción, las mujeres optaron mayormente por residencias clínicas, y los hombres por quirúrgicas. Se observó segregación horizontal y vertical en el proceso de ingreso a la residencia. Visibilizar la segregación de género permitirá generar una sociedad equitativa.

**Palabras clave:** identidad de género, residencia médica, educación, medicina

**Abstract** *Gender approach in medical residences of a university hospital.* A process of feminization of the medical profession is observed, however, the massive access of women is associated with new gender inequalities named horizontal and vertical segregation. Horizontal segregation manifests itself in the unequal distribution of men and women in certain medical specialties and vertical segregation, in the limited representation of women in most high professional positions. The objective of this study was to determine how men and women are distributed in the different stages of the process that involves entering the medical residency system of an university hospital from Buenos Aires, Argentina, and to analyze the horizontal and vertical segregation of gender in the process of admission to medical residencies. Based on data from applicants to an university hospital, in the 2015-2017 period, a multiple logistic regression analysis was conducted to adjust the odds ratio of being male or female with potential confounders. There was no association between being man or woman and the performance of the exam, its approval and the admission to the interview. The adjusted odds ratio for the admission to the residency of men with respect to women was 2.03 (1.44-2.85). For the surgical residencies it was 2.75 (1.54-4.92) and for clinical it was 1.89 (1.17-3.00). In the inscription, women opted mainly for clinical residencies, and men for surgical purposes. Horizontal and vertical segregation was observed in the process of the residency. Making gender segregation visible will allow generating an equitable society.

**Key words:** gender identity, medical residency, education, medicine

En los últimos años la profesión médica ha experimentado un importante proceso de feminización<sup>1</sup>. Esta feminización puede interpretarse como una mejora en las diferencias laborales tradicionales entre hombres y mujeres. Sin embargo, el acceso masivo de las mujeres a este mercado de trabajo, se asocia a nuevas desigualdades de género<sup>2</sup>.

El concepto de género refiere a la organización social de las relaciones entre sexos, como categoría social y que constituye una de las dimensiones básicas de la vida social construida a partir de la diferencia sexual<sup>3</sup>. Desde esta perspectiva el género se perfila como la producción de normas culturales y estructuras sociales en relación a los sexos mediada por complejas interacciones entre un amplio espectro de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas<sup>3</sup>. Autoras feministas como Joan Scott<sup>4</sup> proponen una conexión constitutiva entre la construcción de relaciones sociales basadas en diferencias sexuales y las relaciones de poder. En este sentido Judith Butler<sup>5</sup>, reivindicando las reflexiones de Simone

Recibido: 20-IX-2019

Aceptado: 19-XI-2019

**Dirección postal:** Vanina Pagotto, Hospital Italiano de Buenos Aires, Tte. Gral. Juan Domingo Perón 4190, 1199 Buenos Aires, Argentina  
e-mail: vanina.pagotto@hospitalitaliano.org.ar

de Beauvoir<sup>6</sup>, propone el concepto de *performatividad* del género, que implica que el sexo de una persona, antes que un hecho biológico, es un enunciado que lleva a adscribir a la misma no solo patrones culturales, sino también determinadas posiciones en la estructura social, en que las mujeres quedan en situación de subordinación.

Considerando la teoría de la inequidad persistente de Charles Tilly<sup>7</sup>, las instituciones son sitios claves en donde se generan y se perpetúan las desigualdades. Las diferencias en ingresos y prestigio, que están mediadas por las posiciones en dichas instituciones, repercuten en el entorno social que "lee" esas diferencias y las incorpora en forma de patrones culturales<sup>7</sup>. Es decir, en las instituciones los mecanismos de generación de inequidades internas a la propia institución (por ejemplo, diferencias en la remuneración económica, en el acceso a los puestos de autoridad y en las condiciones laborales), repercuten en inequidades externas y sirven como ejes principales de desigualdad en el entorno social más amplio<sup>7</sup>.

La segregación horizontal y vertical es un modo frecuente de análisis de las inequidades de género en distintos ámbitos. Para Rogers Brubaker<sup>8</sup>, en las sociedades occidentales actuales la segregación de género tiene su origen en uno o más de tres procesos: la distribución diferencial de hombres y mujeres en distintos trabajos; la asignación diferencial del valor a los trabajos masculinizados y feminizados; y por último, al pago diferencial por el mismo trabajo. Varios estudios se han realizado basándose en la segregación de género descripta, en educación universitaria de grado y postgrado en Argentina<sup>9,10,11</sup> y en América Latina<sup>12,13</sup>, en Europa<sup>14</sup> y América del Norte<sup>15,16</sup>.

La segregación horizontal se sostiene por el esencialismo de género, es decir, por la concepción de que las habilidades de las mujeres son en esencia distintas a las de los hombres, y en medicina se manifiesta en la desigual distribución de hombres y mujeres en ciertas especialidades médicas. Una vez graduadas, las mujeres se inclinan más a trabajar en aquellas especialidades médicas tradicionalmente asociadas a los roles de cuidado considerados femeninos: pediatría, medicina familiar y comunitaria, salud mental; mientras que especialidades consideradas como masculinas, como cirugía, traumatología y neurología siguen siendo ejercidas mayoritariamente por hombres<sup>17,18</sup>.

La segregación vertical se sostiene por la idea de supremacía masculina, la cual considera que los hombres están naturalmente más preparados para la adquisición de posiciones de autoridad y poder y se observa en distintas etapas de la formación y ejercicio de la medicina<sup>19</sup>. El aumento de las estudiantes de medicina, de las residentes y de las médicas especialistas no está acompañado de un crecimiento proporcional de las profesionales en puestos de gestión y dirección en los hospitales<sup>20</sup>. Existe una escasa representación de las mujeres en la mayoría de los altos cargos profesionales, académicos y sindicales,

así como en las especialidades de mayor autoridad<sup>2</sup>. El "techo de cristal" es un concepto usado para hablar de las limitaciones institucionales y se lo define como el conjunto de acciones y prácticas que excluyen a las mujeres de los cargos de mando y poder<sup>20, 21</sup>. Se propone además el concepto de "laberinto" como nueva metáfora, considerando que en la actualidad, a las mujeres no les está bloqueado el acceso a los puestos más altos, pero que deben sortear diferentes obstáculos y recorrer dificultosos caminos para poder llegar a ellos<sup>22</sup>.

Considerando que las relaciones de género implican relaciones de poder y diferenciación de espacios masculinos y femeninos<sup>18, 23</sup>, y que en las instituciones se generan estas relaciones, cabe preguntarse cómo las instituciones de salud van configurando las relaciones de género en el proceso de formación de los médicos y médicas, particularmente en el sistema de ingreso a las residencias.

El momento de incorporación de médicas y médicos a las residencias puede poner de manifiesto las relaciones de género, ya que es una instancia en la que se ponen en juego las creencias dominantes que operan en las elecciones personales así como también en quienes se encargan de la selección.

El presente trabajo pretende lograr una aproximación al estudio de las relaciones de género dentro de las residencias médicas. En particular este trabajo se propone determinar cómo se distribuyen hombres y mujeres en las distintas instancias del proceso que implica el ingreso al sistema de residencias médicas de un hospital universitario, considerando la inscripción, la realización del examen, la aprobación del examen, el ingreso a entrevista y el resultado final de la misma. De esta manera se podrá evaluar la existencia de segregación horizontal y vertical en las residencias médicas.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo observacional y analítico de los registros electrónicos de todos los médicos y médicas inscriptos al concurso de residencias médicas del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) Argentina, en los años 2015, 2016 y 2017. El HIBA es un hospital universitario privado, en donde el proceso de selección para las residencias incluye una inscripción, un examen de conocimientos y una entrevista personal. Ingresan a entrevista personal quienes aprueban el examen y obtienen los puntajes más altos en el examen. El orden de mérito de ingreso a la entrevista está determinado por la nota del examen. No existe un protocolo que permita evaluar objetivamente el proceso de la entrevista, ya que en la misma cada entrevistador o entrevistadora califica independientemente y el puntaje final de la entrevista es el resultado de la media aritmética de las tres calificaciones. Este puntaje final determina el orden para ingresar a la residencia.

Se evaluaron los datos demográficos: ser hombre o mujer, edad y nacionalidad (argentina y otras). Se generó la variable edad mayor a 27 años considerando el cuartil superior de la edad en la inscripción (mayor a 27 años). Se registraron los antecedentes académicos: título expedido por universidades (públicas y privadas) y el promedio de la carrera. En quienes

rindieron, se registró la nota del examen de residencia. En este estudio, el ingreso a residencia fue considerado a partir del *ranking* publicado, luego del resultado de la entrevista, no se tuvo en cuenta la presentación a la adjudicación del cargo.

Las residencias médicas se clasificaron en las categorías clínicas, quirúrgicas y otras, según estudios previos<sup>2</sup>. Además, se categorizaron según la accesibilidad<sup>24</sup>, definida como el cociente entre la cantidad vacantes de cada residencia y la cantidad de postulantes para cada residencia, en accesibilidad: alta > 25%; media entre 25% y 11%; y baja < 11%. El término accesibilidad fue considerado como una medida de la elección de residencias con menor o mayor facilidad de ingreso en el momento de la inscripción. En la Tabla 1 se detalla la clasificación de las residencias en las 3 categorías y la categorización por accesibilidad.

Se evaluó la cantidad de mujeres y hombres entrevistados para cada residencia y se determinó la proporción de hombres del total de entrevistados. Esta variable se construyó como el cociente entre la cantidad de hombres entrevistados sobre el total de entrevistados. El mismo procedimiento se realizó con el personal de jefatura de residencia y residentes.

Se resumieron las variables cuantitativas como media y desvío estándar (DE) o mediana e intervalo intercuartílico (RIC percentil 25%-75%) según la distribución observada y las variables categóricas con su frecuencia absoluta y relativa. Se compararon las medias entre hombres y mujeres con test de

t, las medianas con Mann-Whitney y las frecuencias con Chi cuadrado o Fisher. Se ajustaron los valores p por comparaciones múltiples con el método de Bonferroni. Se utilizó un modelo de regresión logística para estimar la asociación entre ser hombre o mujer y pasar a cada instancia (realización del examen, aprobación, ingreso a entrevista e ingreso a residencia), se consideró como categoría de referencia a la mujer. Se evaluaron como potenciales confundidores de la asociación a las variables que fueron estadísticamente significativas en el análisis bivariado y a las relevantes según la bibliografía y la experiencia del equipo investigador. Se evaluó la presencia de interacciones. Se presentaron los *odds ratio* (OR) crudos y ajustados con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Se realizó un análisis de subgrupos considerando la instancia ingreso a la residencia por categoría de residencia agrupada en clínicas, quirúrgicas y otras. Se estableció un nivel de significancia estadística menor al 5% y se utilizó el *software* R version 3.5.1.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

## Resultados

Se inscribieron 3401 postulantes. Fueron mujeres 2119 (62.3%). La media de edad fue 26.8 años (DE 2.6), y 852

TABLA 1.— Clasificación de residencias básicas ordenadas por categorías de residencia (clínicas, quirúrgicas y otras) y categorización por accesibilidad (alta, media y baja)

Residencia	Categoría de residencia	Accesibilidad específica por residencia %	Categoría de accesibilidad
Psiquiatría infanto-juvenil	clínica	25	alta
Terapia intensiva	clínica	21	media
Medicina familiar	clínica	19	media
Psiquiatría	clínica	16	media
Clínica médica	clínica	11	media
Cardiología	clínica	9	baja
Dermatología	clínica	7	baja
Neurología	clínica	8	baja
Gastroenterología	clínica	7	baja
Pediatría	clínica	6	baja
Traumatología	quirúrgica	26	alta
Ginecología	quirúrgica	11	media
Otorrinolaringología	quirúrgica	12	media
Urología	quirúrgica	13	media
Cirugía general	quirúrgica	7	baja
Tocoginecología	quirúrgica	5	baja
Anestesiología	quirúrgica	6	baja
Cirugía pediátrica	quirúrgica	6	baja
Oftalmología	quirúrgica	5	baja
Neurocirugía	quirúrgica	3	baja
Informática en salud	otra	67	alta
Terapia radiante	otra	50	alta
Anatomía patológica	otra	23	media
Diagnóstico imágenes	otra	14	media

(25.1%) tenían más de 27 años. Eran de nacionalidad argentina 3369 (99.1%). Se recibieron de universidades públicas 2210 (65.0%) y la media del promedio de la carrera fue 7.91 (DE 0.6). Con respecto a las residencias a las que se inscribieron, 1600 (47.0%) optaron por residencias clínicas, 1577 (46.4%) por residencias quirúrgicas y 224 (6.6%) por otras residencias. Con respecto a la categoría de accesibilidad, se inscribieron en residencias de baja accesibilidad 2301 postulantes (67.7%), en residencias de accesibilidad media 948 (27.9%) y alta 152 (4.5%). En la Tabla 2 se comparan las características de mujeres y hombres inscriptos.

En la inscripción, las mujeres optaron en su mayoría por las residencias clínicas, mientras que los hombres los hicieron por las residencias quirúrgicas. Al comparar los porcentajes de hombres y mujeres en cada categoría de residencia, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las residencias clínicas y quirúrgicas y entre las residencias clínicas y otras residencias, no se observó diferencia estadísticamente significativa entre las residencias quirúrgicas y otras residencias (Tabla 2).

Realizaron el examen 2889 postulantes (84.9%) y aprobaron el examen 2633 (91.1%). Ingresaron a entrevista 906 postulantes (34.4%) e ingresaron a residencias 334 (36.9%). Considerando las mujeres que accedieron a la entrevista personal, el porcentaje que ingresó a la residencia fue 32.1% (IC95% 28.2-36.1), mientras el que el de hombres fue 44.2% (IC95% 39.0-49.6). En la Figura 1 se describen los totales de hombres y mujeres que pasaron a cada instancia del proceso del proceso de

ingreso a residencia en porcentajes con sus intervalos de confianza del 95%.

No se observó asociación entre ser hombre o mujer y realizar el examen, aprobar el examen e ingresar a la entrevista (Tabla 3, Figs. 2, 3 y 4). En el ingreso a la residencia, el OR de los hombres fue mayor que el de las mujeres (Tabla 3, Fig. 5).

De los 334 postulantes que ingresaron a la residencia, habían optado por residencias clínicas 168 (50.3%), por residencias quirúrgicas 119 (35.6%) y por otras residencias 47 (14.1%). Teniendo en cuenta la entrevista, la mediana de proporción de entrevistadores hombres fue 0.7 (RIC 0.3-1.0) y considerando las características de la residencia, la mediana de proporción de jefes hombres fue 0.3 (RIC 0-1) y la mediana de la proporción de hombres residentes fue 0.4 (RIC 0.3-0.7). En la Tabla 4 se comparan las características de mujeres y hombres que ingresaron a la residencia.

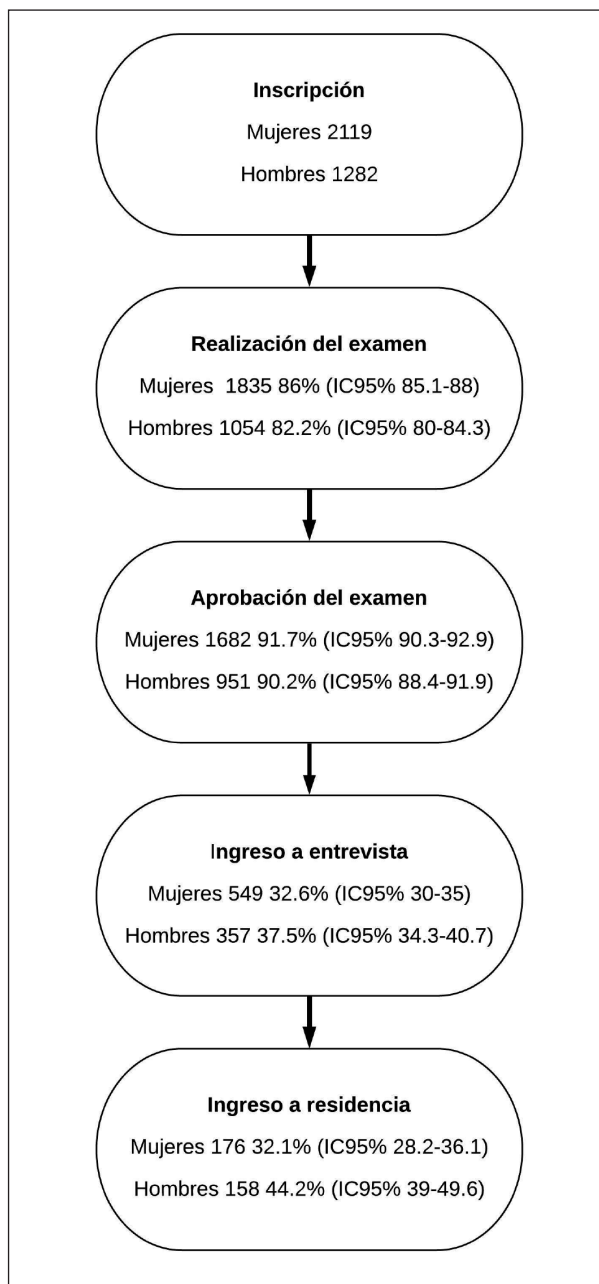
Con respecto a las residencias clínicas y quirúrgicas, el OR de los hombres fue mayor que el de las mujeres tanto en el análisis bivariado como en el multivariable. El OR crudo para el ingreso a las residencias clínicas de los hombres con respecto de las mujeres fue 1.61 (IC95% 1.06-2.44 p= 0.025) y el OR ajustado fue 1.89 (IC95% 1.17-3 p= 0.009). En las residencias quirúrgicas el OR crudo fue 2.31 (IC95% 1.46-3.65 p= 0.001) y el OR ajustado fue 2.75 (IC95% 1.54-4.92 p=0.001). Con respecto a las otras residencias, no se observó asociación entre ser hombre y el ingreso a residencia tanto en el análisis bivariado (OR crudo 1.70 IC95% 0.66-4.36 p= 0.267) como en el multi-

TABLA 2.- Comparación de las características de mujeres y hombres inscriptos a las residencias médicas en los años 2015-2016-2017

Característica	Mujer N = 2119	Hombre N = 1282	p
Edad en años	26.6 (DE 2.4)	27.1 (DE 3.0)	< 0.001
Edad mayor a 27 años	595 (28.1%)	468 (36.5%)	< 0.001
Nacionalidad argentina	2103 (99.2%)	1266 (98.7%)	0.149
Universidad pública	1413 (66.7%)	797 (62.2%)	0.007
Promedio de la carrera	7.9 (DE 0.6)	7.9 (DE 0.6)	0.712
Accesibilidad baja	1468 (69%)	833 (65%)	
Accesibilidad media	608 (28.7%)	340 (26.5%)	< 0.001
Accesibilidad alta	43 (2%)	109 (8.5%)	
Residencias clínicas	1168 (55.1%)	432 (33.7%)	< 0.001
Residencias quirúrgicas	824 (38.9%)	753 (58.7%)	
Otras residencias	127 (6.0%)	97 (7.6%)	
Año inscripción 2015	771 (36.4%)	478 (37.3%)	0.218
Año inscripción 2016	686 (32.4%)	439 (34.2%)	
Año inscripción 2017	662 (31.2%)	365 (28.5%)	

DE: desvío estándar

Fig. 1.— Cantidad de hombres y mujeres que pasaron a cada instancia del proceso de ingreso a residencia en los años 2015-2016-2017



IC95%: intervalo de confianza del 95%<sup>32</sup>

variable (OR ajustado 1.39 IC95% 0.41-4.66 p = 0.592). En todos los casos, el análisis multivariable se realizó considerando como variables de ajuste a: promedio de la carrera, accesibilidad específica por residencia, categoría de residencia, nota del examen, proporción de hombres del total de entrevistadores, proporción de hombres del total de jefes de residentes, proporción de hombres del total de residentes y año de inscripción.

### Discusión

Este trabajo demuestra una instancia del proceso de ingreso al sistema de residencias en donde se generan proporciones diferenciales en el acceso al cargo de residente entre hombres y mujeres. A igual tasa de aprobación del examen, la mayor oportunidad de los hombres de ingresar a la residencia en comparación con las mujeres es altamente sugestiva de la existencia de mecanismos de segregación vertical de género. Las instancias de realización del examen y aprobación del examen parecen depender sobre todo de las características académicas de los postulantes y el ingreso a entrevista sería el resultado de la nota del examen. En estos pasos del proceso de selección no se observó asociación entre ser hombre o mujer y pasar a cada una de estas instancias. La entrevista, en cambio, podría constituir una instancia de segregación vertical, ya que generaría una chance que favorece a los hombres respecto de las mujeres de ingresar a la residencia. A través del análisis de confundidores no se pudo identificar alguna variable objetiva relacionada, por ejemplo, con el rendimiento académico que pudiera explicar esa diferencia. Esto sugiere que en la entrevista se ponen en juego factores subjetivos de las personas encargadas de la selección que estarían generando esta diferencia. Además, en varios procesos y estructuras institucionales relacionadas con el ingreso a residencia, se observa un predominio de hombres respecto de las mujeres como por ejemplo, en quienes realizaron las entrevistas, lo que permitiría inferir que esta selección diferencial de hombres y mujeres responde a una lógica institucional que favorece la promoción de los primeros con independencia de méritos académicos y profesionales. Esta diferencia en la proporción de mujeres y hombres que ingresaron a la residencia, se observó tanto en las residencias clínicas como en las quirúrgicas, lo que hablaría de un mecanismo generalizado de segregación vertical.

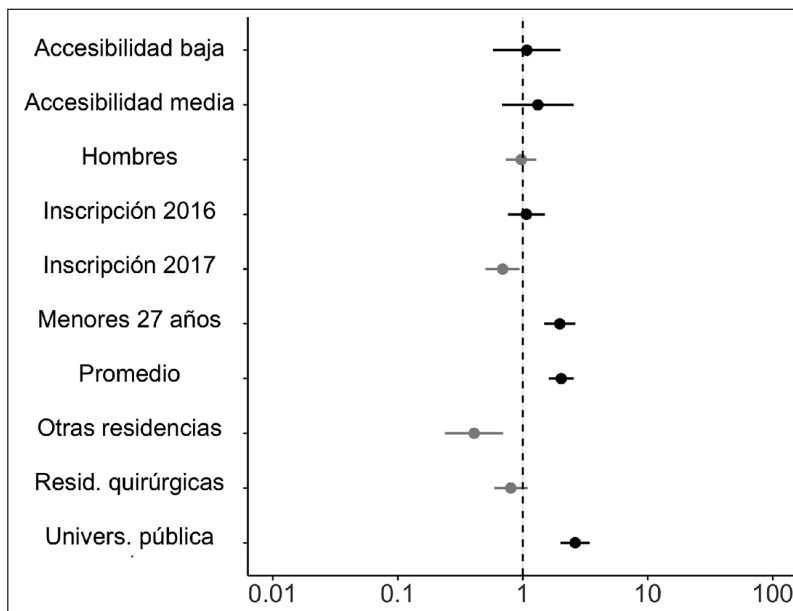
En este estudio además de la segregación vertical, se observó la existencia de segregación horizontal de género, la cual estaría representada en la inscripción diferencial en las distintas categorías de residencia por mujeres y hombres. Las primeras optaron mayoritariamente por las especialidades clínicas, mientras que los segundos lo hicieron por las quirúrgicas. La segregación horizontal se manifestaría de esta manera, en el diferente porcentaje de mujeres y hombres según las residencias que culturalmente se consideran de cuidado en desmedro de prácticas consideradas agresivas. Varios estudios han demostrado la existencia de segregación horizontal en las residencias médicas, con un marcado predominio de los hombres sobre las mujeres en residencias de cirugía general, siendo el porcentaje de mujeres del 31% en residencias nacionales de Argentina<sup>9</sup>, así como también en otros países como EE.UU. y Canadá donde este porcentaje es 38%<sup>15,16</sup>.

TABLA 3.– Asociación entre ser hombre o mujer y pasar a cada instancia del proceso de ingreso a residencias médicas en los años 2015-2016-2017

Instancia	Variables	ORc (IC95%)	p	ORaj (IC95%)	p
Realización del examen	Hombre*	0.71 (0.59-0.86)	0.001	0.88 (0.71-1.09)	0.632
Aprobación del examen	Hombre*	0.84 (0.65-1.09)	0.192	0.98 (0.74-1.29)	0.87
Ingreso a entrevista	Hombre*	1.23 (1.04-1.46)	0.013	1.01 (0.81-1.26)	0.931
Ingreso a residencia	Hombre*	1.68 (1.28-2.21)	<0.001	2.03 (1.44-2.85)	<0.001

ORc: Odds ratio crudo; ORaj: Odds ratio ajustado; IC 95%: intervalo de confianza del 95%  
\*Mujer es la referencia

Fig. 2.– Análisis multivariable de los factores asociados a la realización del examen de residencia en los años 2015-2016-2017



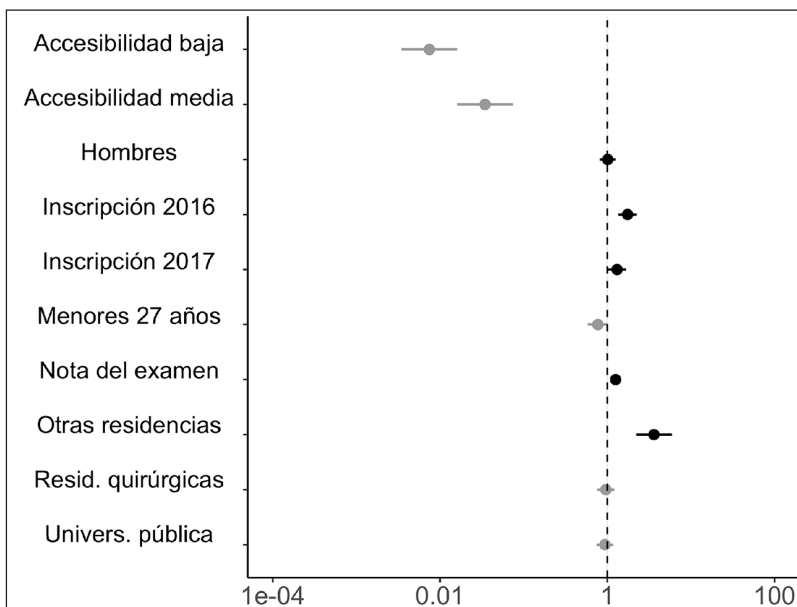
Odds ratio (OR) ajustados con IC 95%

En la Figura 2 se muestran los OR ajustados con su IC 95% para cada factor, siendo el punto el OR y la línea el IC 95%. La línea punteada vertical indica el límite de no efecto (OR = 1), o sea los OR de los factores que se superponen a esta línea carecen de efecto. Hacia la derecha de la misma, se encuentran los factores que aumentan el OR de realizar el examen (en negro), y a la izquierda, los factores que reducen el OR de realizar el examen (en gris)

La discriminación de género está profundamente internalizada en estudiantes de medicina, en profesionales médicos y en quienes se encargan de la selección, tanto hombres como mujeres. De esta manera, se generarían mecanismos de subordinación sobre las mujeres y éstas aceptarían esta posición de subordinación. El rol social y cultural asignado a la mujer tiene efectos sobre su identidad y obstaculiza la incorporación de éstas a ciertas especialidades. Diversos estudios observaron el predominio de hombres en las especialidades quirúrgicas y atribuyen este predominio a esquemas de género y a cánones preestablecidos<sup>20,25</sup>.

La selección del tipo de residencia al momento de la inscripción en un sistema de residencias refleja varios aspectos sociales, normas sociales, autopercepción de la imagen del futuro. La percepción de que la cirugía demanda demasiado tiempo, que el trabajo durante la residencia es extremo y que el estilo de vida de los cirujanos no es compatible con una vida familiar y social plena, desalienta a muchas mujeres de hacerse cirujanas<sup>26</sup>. Existe una relación entre masculinidad y prácticas quirúrgicas, basada en estereotipos que son habitualmente atribuidos a los hombres cirujanos, como una mayor habilidad técnica, determinación y precisión en comparación con las

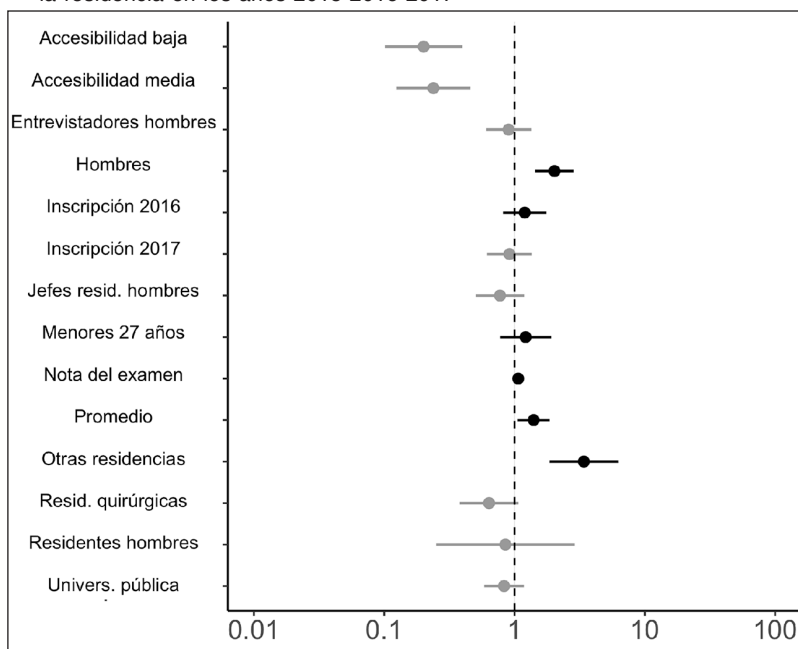
Fig. 3.– Análisis multivariable de los factores asociados a la aprobación del examen de residencia en los años 2015-2016-2017



Odds ratio (OR) ajustados con IC 95%

En la figura 3 se muestran los OR ajustados con su IC 95% para cada factor, siendo el punto el OR y la línea el IC 95%. La línea punteada vertical indica el límite de no efecto (OR = 1), o sea los OR de los factores que se superponen a esta línea carecen de efecto. Hacia la derecha de la misma, se encuentran los factores que aumentan el OR de aprobar el examen (en negro), y a la izquierda, los factores que reducen el OR de aprobar el examen (en gris)

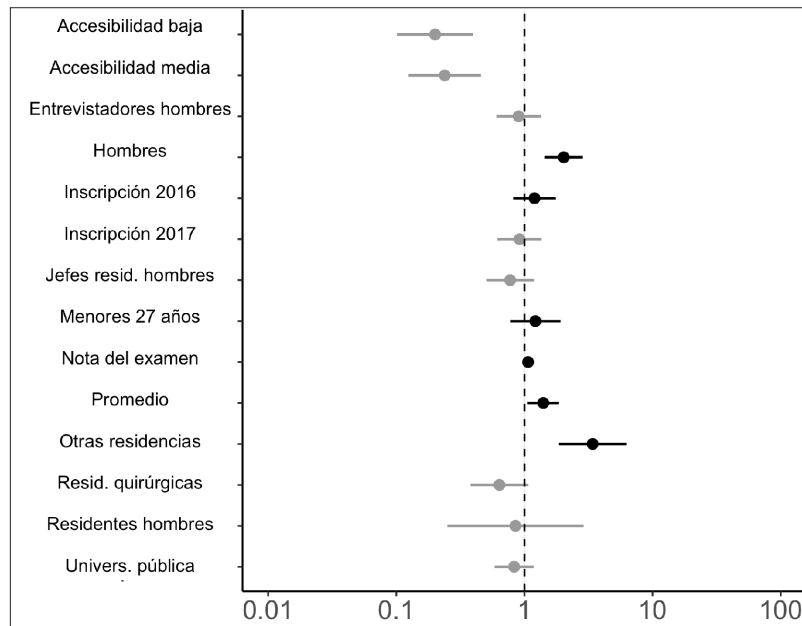
Fig. 4.– Análisis multivariable de los factores asociados al ingreso a entrevista de la residencia en los años 2015-2016-2017



Odds ratio (OR) ajustados con IC 95%

En la figura 4 se muestran los OR ajustados con su IC 95% para cada factor, siendo el punto el OR y la línea el IC 95%. La línea punteada vertical indica el límite de no efecto (OR = 1), o sea los OR de los factores que se superponen a esta línea carecen de efecto. Hacia la derecha de la misma, se encuentran los factores que aumentan el OR de ingresar a la entrevista (en negro), y a la izquierda, los factores que reducen el OR de ingresar a la entrevista (en gris)

Fig. 5.- Análisis multivariable de los factores asociados al ingreso a la residencia en los años 2015-2016-2017



Odds ratio (OR) ajustados con IC 95%

En la figura 5 se muestran los OR ajustados con su IC 95% para cada factor, siendo el punto el OR y la línea el IC 95%. La línea punteada vertical indica el límite de no efecto (OR = 1), o sea los OR de los factores que se superponen a esta línea carecen de efecto. Hacia la derecha de la misma, se encuentran los factores que aumentan el OR de ingresar a la residencia (en negro), y a la izquierda, los factores que reducen el OR de ingresar a la residencia (en gris)

TABLA 4.- Comparación de las características de mujeres y hombres que ingresaron a la residencia en los años 2015-2016-2017

Característica	Mujer N = 176	Hombre N = 158	p
Edad en años	26.3 (DE 2.0)	26.5 (DE 2.1)	0.240
Edad mayor a 27 años	36 (20.4%)	42 (26.6%)	0.186
Nacionalidad argentina	176 (100%)	158 (100%)	
Universidad pública	120 (68.2%)	118 (74.7%)	0.190
Promedio de la carrera	8.1 (DE 0.7)	8.1 (DE 0.7)	0.963
Accesibilidad baja	84 (67.3%)	66(41.8%)	
Accesibilidad media	80 (45.4%)	60(38.0%)	0.001
Accesibilidad alta	12 (6.8%)	32 (20.2%)	
Residencias clínicas	110 (62.5%)	58 (36.7%)	< 0.001
Residencias quirúrgicas	39 (2.2%)	80 (50.6%)	
Otras residencias	27 (15.3%)	20 (12.7%)	
Nota del examen	70.2 (DE 8.0)	70.3 (DE 7.6)	0.895
Año inscripción 2015	51 (29.0%)	57 (36.1%)	
Año inscripción 2016	63 (35.8%)	49 (31.0%)	0.369
Año inscripción 2017	62(35.2%)	52 (32.9%)	
Entrevistadores hombres	0.5 (RIC 0.3-1)	1(RIC 0.5-1)	< 0.001
Jefes hombres	0 (RIC 0-0.7)	0.7(RIC 0-1)	< 0.001
Residentes hombres	0.4 (RIC 0.2-0.5)	0.6(0.4-0.7)	< 0.001

RIC: intervalo intercuartílico: distancia entre los percentiles 25 y 75.



mujeres, que los haría naturalmente más aptos para la realización de intervenciones quirúrgicas<sup>27</sup>.

Se observó que en el total de las entrevistas evaluadas, la proporción de hombres del total de entrevistadores fue mayor en los postulantes hombres comparados con las mujeres. Posiblemente existen mecanismos de segregación de género sutiles en las personas encargadas de la toma de decisiones sobre la selección de residentes. En este sentido, este estudio coincide con las investigaciones previas que muestran que este tipo de selección diferencial está basado en criterios y prejuicios que finalmente favorecen a los hombres. En un estudio que indagó sobre los criterios de selección utilizados por la dirección de residencias, se encontró que buscaron postulantes que fueran "como ellos y que compartieran la filosofía organizacional" y uno de los criterios de selección tácito fue el género<sup>20,26</sup>. Otros estudios concluyen que las definiciones de éxito, competencia y liderazgo son basadas en atribuciones masculinas, por lo que los criterios de selección son definidos por los hombres<sup>26</sup>.

Este modo diferencial de elección de determinados perfiles de residencias marcadas por el género, se perpetúa en la formación universitaria médica, que naturaliza que ciertas especialidades sean más apropiadas para hombres o mujeres, construyendo masculinidades y feminidades<sup>27</sup>. Así, se genera un contenido de mensajes que no tratan solo de informaciones, sino también de técnicas, actitudes, hábitos, habilidades y sentimientos, atravesado por múltiples determinantes: culturales, institucionales y pujas de poder de diferentes actores sociales<sup>28</sup>. Estas dimensiones que no están explicitados en el currículum es lo que se denomina el currículum oculto<sup>29</sup>, y dentro del mismo, existe lo que se denomina el currículum oculto de género<sup>30</sup>, donde la transmisión de ideas y valores acerca de los géneros se produce por las ideologías de los profesores y maestros y por una red de asociaciones discursivas y valorativas. En las prácticas docentes se estimula la participación, liderazgo y aprendizaje de los varones y la actitud pasiva de las mujeres<sup>29</sup>, así, la falta de incorporación de la perspectiva de género en la estructura pedagógica de los programas de medicina<sup>13</sup>, se materializa en la elección diferencial de la especialidades médicas por los propios hombres y mujeres. Esta segregación generada en la formación médica repercute en las desigualdades de género del sistema de salud, un sistema que opera como un marco normativo estructurador de prácticas y discursos, que perpetúan en aspectos subjetivos e institucionales, las desigualdades entre mujeres y hombres en el ámbito de actuación médica en el que priman las relaciones propias del modelo médico hegemónico<sup>31</sup>. Como consecuencia, a pesar del predominio global de mujeres, al desagregar los datos, su participación disminuye conforme el grado de profesionalización aumenta<sup>17,18</sup>. Esta desigualdad tiene su expresión institucional en la organización de los hos-

pitales, donde los cargos de conducción están ocupados en su mayoría por hombres<sup>32</sup>. Una de sus consecuencias es la desigualdad salarial, estando las mujeres en condiciones inequitativas respecto de la remuneración que reciben por su trabajo; si bien las mujeres representan el 61% de los profesionales, constituyen solo el 48% de la masa salarial<sup>32</sup>.

Como limitaciones, este estudio representa el sistema de ingreso a las residencias médicas básicas de un hospital universitario. Sus resultados podrían extrapolarse a otros hospitales privados y nacionales universitarios en donde exista una instancia de entrevista que determine el ingreso a la residencia de los médicos postulantes. No es posible generalizar todos los resultados a los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires y de las provincias, donde el ingreso a la residencia se realiza sin que medie una instancia de entrevista y la cantidad de residencias básicas es mayor. Además, para su análisis se utilizó una base de datos secundaria de los registros electrónicos con la consiguiente limitación que esto representa. Sin embargo, este registro es un sistema sólido de datos, con alta calidad e información precisa del seguimiento de postulantes en el tiempo que permitieron desarrollar un enfoque de género, responder a la pregunta de investigación y probar las hipótesis. Consideramos que es posible ampliar este estudio mediante estrategias cualitativas que ayuden a profundizar el análisis de los papeles tradicionales del género en la elección de las residencias y la influencia de las lógicas institucionales y los mecanismos de funcionamiento propios del sistema en las relaciones cotidianas de quienes se postulan a las residencias médicas. No obstante ello, podemos esbozar algunas conclusiones que ayuden a comprender la segregación por género en el sistema a partir de una mirada estructural.

No hay un único tratamiento para disminuir las inequidades en medicina. Es necesario proseguir y profundizar los estudios de género en todos los centros educativos del país. Forjar una cultura de equidad de género implica introducir nuevos contenidos de enseñanza en las escuelas desde la educación básica, pero también nuevas prácticas educativas y de relaciones entre estudiantes y docentes. Establecer verdaderas relaciones de equidad a través del intercambio de intereses, de análisis y propuestas entre los géneros. La concientización con respecto a la equidad es relevante para evitar las tendencias sexistas de hombres y mujeres, no basta con trabajar sobre las creencias y las actitudes discriminatorias, es necesario transformar las estructuras institucionales que organizan los flujos de recursos, cargas y recompensas. La visibilización de la segregación de género es un primer paso para atraer a hombres y mujeres y comprometerlos para generar una sociedad más equitativa que reconoce la construcción social y cultural de la masculinidad y de la femineidad en pos del desarrollo equitativo de todas las capacidades humanas.

**Agradecimientos:** A Víctor E. Moure (coordinador de la Secretaría de Postgrado del Instituto Universitario Hospital Italiano) y Silvana C. Teramo (supervisora de la Secretaría de Postgrado del Instituto Universitario Hospital Italiano) por proveer los registros electrónicos de todos los médicos y médicos inscriptos al concurso de residencias médicas del Hospital Italiano de Buenos Aires. A las Lic. Fabiana I. Reboiras (directora del Departamento de Educación del Instituto Universitario Hospital Italiano) y Lic. Clara Facioni (asesora pedagógica del Departamento de Educación del Instituto Universitario Hospital Italiano) por sus aportes al marco teórico sobre educación y género. Al Dr. Alfredo Mauricio Eymann (coordinador del Comité de Residentes y Becarios y subdirector del Instituto Universitario Hospital Italiano) por sus aportes sobre el funcionamiento del proceso de ingreso a las residencias médicas del Hospital Italiano de Buenos Aires.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

## Bibliografía

- Duré MI, Cadile MC. La gestión de recursos humanos en salud Argentina. Una estrategia de consensos 2007-2015. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2015: 1-377. En: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus\\_argentina\\_web\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2015-12-08-gestionrhus_argentina_web_0.pdf); consultado noviembre 2019.
- Pastor Gosálbez MI, Belzunegui Eraso A, Pontón Merino P. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 2012; 30: 497-518.
- Segato RL. Los principios de la violencia. En: Las estructuras elementales de la violencia: Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes/Prometeo; 2003, p 253-61.
- Scott J. Gender: a useful category of historical analysis. *American Historical Review* 1986; 91: 1053-75.
- Butler J. Sujetos de Sexo/género/deseo. En: El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad, 1ra. ed. Barcelona: Paidós, 2007, p 45-85.
- de Beauvoir S. El punto de vista del materialismo histórico. En: El segundo sexo, 3ra ed. Buenos Aires: Sudamericana, 2009, p 19-31.
- Tilly C. From transactions to structures. En: Durable inequality. Berkeley: University of California Press, 1999, p 58-86.
- Brubake R. Difference and inequality. En: Grounds for difference. USA: Harvard University Press, 2015, p 10-8.
- Daverio D, Dursi C. Planificación y gestión del sistema nacional de residencias en Argentina. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2015: 1-33. En: [http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_formacion/acerca\\_de/dure-daverio-dursi-observatrhys\\_planif\\_gestion\\_sistresid-2013.pdf](http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/dure-daverio-dursi-observatrhys_planif_gestion_sistresid-2013.pdf); consultado noviembre 2019.
- Eiguchi K. La feminización de la Medicina. *Rev Argent Salud Pública* 2017; 8: 6-7.
- Baringoltz E, Gauna B. Situación de género en los grupos de I+D en TIC. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. Presidencia de la Nación, 2014, 1-28. En: <https://www.argentina.gob.ar/ciencia/sact/estadisticas-de-genero-en-ciencia-tecnologia-e-innovacion>; consultado noviembre 2019.
- Rodríguez-de Romo A. Las mujeres en la Academia Nacional de Medicina de México: análisis de su inserción y ubicación en la élite médica. *Gac Méd Méx* 2008; 114: 265-70.
- Arcos E, Poblete J, Molina Vega I, et al. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 708-17.
- Delgado A, Saletti-Cuesta L. Feminización de la medicina y tiempo de trabajo. *Feminismo/s* 2011; 18: 323-31.
- Burton KR. A force to contend with: The gender gap closes in Canadian medical schools. *Can Med Assoc J* 2004; 170: 1385-6.
- Jolliff L, Leadley J, Coakley E, Sloane R. Women in U.S. academic medicine and science: statistics and benchmarking report 2011-2012. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 2012, 1-13.
- Pozzio M. El traumatólogo y la pediatría. Una aproximación a la configuración de especialidades médicas como territorios de género. Ponencias presentadas en VII Jornada Latinoamericana de Estudios Sociales de la Ciencia y Tecnología. Buenos Aires, Facultad Regional Buenos Aires (UTN), 2010.
- Pautassi LC. Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina. Unidad Mujer y Desarrollo. Proyecto CEPAL-GTZ "Institucionalización del Enfoque de Género en la CEPAL y en Ministerios Sectoriales." Santiago de Chile: CEPAL/ECLAC 2001, 1-84. En: [http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/Cepal\\_30.pdf](http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/Cepal_30.pdf); consultado noviembre 2019.
- Francés MJP. Palabras para la igualdad de género en la educación. *Pedagogía Magna* 2011; 11: 465-9.
- Reed V, Buddeberg-Fischer B. Career obstacles for women in medicine: an overview. *Med Educ* 2001; 35: 139-47.
- Lupano Perugini ML, Castro Solano A. Estereotipos de género, sexo del líder y del seguidor: su influencia en las actitudes hacia mujeres líderes. Estudio realizado con población argentina. *Revista de Psicología* 2013; 9: 87-104.
- Barberá Heredia E, Ramos A, Sarrió M, Candela C. Más allá del techo de cristal. Diversidad de género. *Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social de España* 2002; 40: 55-68.
- Flores JA, Pérez EM. La universidad y los poderes públicos en Argentina. Una mirada hacia las políticas públicas y las producciones cursivas en el campo de la educación superior durante la década de los noventa. *Andamios* 2006; 3: 49-68.
- Eiguchi K. Visión actual del Sistema de Residencias Médicas en el GCBA. Docencia e Investigación. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/REsidencias-Web.pdf>; consultado noviembre 2019.
- Gargiulo DA, Hyman NH, Hebert JC. Women in surgery: do we really understand the deterrents? *Arch Surg* 2006; 141: 405-7.
- Cortés-Flores AO, Fuentes-Orozco C, López-Ramírez MKL, et al. Medicina académica y género: La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gac Méd Méx* 2005; 141: 341-4.
- Azcoitia Moraila F, Caballero García A, Guerrero Díaz A, Azcoitia Rodríguez C. Evaluación de aptitudes por sexo para el aprendizaje de las técnicas quirúrgicas. ¿Hombres o mujeres? *Cirujano General* 2013; 35: 41-8.
- Gvirtz S, Palamidessi M. La escuela siempre enseña. Nuevas y viejas conceptualizaciones sobre el currículum. En: El ABC de la tarea docente: currículum y enseñanza. Buenos Aires: Aique, 1998, p 49-78.
- Castro R. Gender norms and the development of the medical habitus: in the years of medical schooling and residency. *Salud Colect* 2014; 10: 339-51.
- González RP, González MJA, Ramos IB. Género y educación: detección de situaciones de desigualdad de género en contextos educativos. *Contextos educativos: Revista de educación* 2018; 21: 35-51.
- Menéndez E. El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis. En: Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial Mexicana, 1990, p 451-64.
- Duré M, Cosacov N, Dursi C. La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa. *Revista de la Maestría en Salud Pública* 2009; 7: 1-30.