

La mujer en Cirugía: una exploración de las barreras en la carrera laboral

Women in surgery: an exploration of career barriers

Nancy E. Cumpa López¹ , Griselda Gallino Fernández² 

1. Especialista en Cirugía General
2. Licenciada en Psicología

Sector de Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Buenos Aires. Argentina

Los autores declaran no tener conflictos de interés.
Conflicts of interest None declared.

Correspondencia
Correspondence:
Nancy Cumpa López
E-mail:
nancycumpalopez@gmail.com

RESUMEN

Antecedentes: las cirujanas en la Argentina experimentan barreras en el ámbito laboral y personal tratando de lograr sus objetivos profesionales. El objetivo de esta investigación fue explorar las barreras que enfrentan las cirujanas en su carrera laboral en las tres principales ciudades de la República Argentina.

Material y métodos: estudio exploratorio transversal. Se utilizaron encuestas anónimas a cirujanas durante un período de 6 meses.

Resultados: un 59% de las cirujanas son solteras y no viven en pareja. Aquellas con hijos son las principales encargadas de la crianza. Los esposos o convivientes aparecen en tercer lugar, con un muy bajo porcentaje de responsabilidad en la tarea. En la mayoría de los espacios laborales no existe un sistema que facilite el cuidado de hijos en su trabajo. El 65% afirma haber dejado de presentar trabajos científicos luego de la maternidad. Solo un 26% de los pacientes ha rechazado sus servicios en favor de ser intervenido por un cirujano hombre. Por el contrario, un 42% de los jefes ha rechazado ser acompañado en cirugías por cirujanas. Casi un 85% de las cirujanas ha recibido comentarios alusivos a su sexualidad durante su trabajo.

Conclusión: las estructuras organizacionales quirúrgicas operan como un marco normativo estructurador de prácticas y discursos que han construido, en el nivel simbólico, subjetivo e institucional, las desigualdades entre mujeres y varones en el ámbito de la actuación médica.

La feminización del sector en los últimos tiempos y la salida de la mujer al ámbito laboral no implican necesariamente la equidad de género.

■ **Palabras clave:** mujer, cirugía, barreras, carrera laboral.

ABSTRACT

Background: Women surgeons in Argentina face barriers in the workplace and in their personal life when trying to achieve their professional goals. The aim of this investigation was to explore the career barriers women surgeons face in the three main cities of Argentina.

Material and methods: We conducted an exploratory cross-sectional study. Anonymous surveys were administered to women surgeons during a six-month period.

Results: Among survey respondents, 59% were single and did not live with a partner. Those with children are the primary carers. Spouses or partners appear in third place, with a very low percentage of responsibility as carers. Most workplaces where female surgeons work do not have childcare facilities. Sixty-five percent of the survey respondents had not presented scientific papers after having children. Only 26 percent of patients had rejected their services in favor of a male surgeon and 42% of head surgeons had refused to be assisted by female surgeons. Almost 85% of women surgeons have received comments about their sexuality during their work.

Conclusions: The organizational structures of surgery departments work as a structured regulatory framework of practices and speeches that have constructed the inequalities between women and men in the field of medical action at the symbolic, subjective and institutional level.

The recent feminization of the surgical field and the entrance of women in the workplace do not necessarily imply gender equality.

■ **Keywords:** women, Surgery, barriers, career.

Presentado en la Academia Argentina de Cirugía, sesión del 19 de septiembre de 2018

Recibido | Received
07-05-19
Aceptado | Accepted
04-08-19

ID ORCID: Nancy E. Cumpa López, 0000-0002-7893-1329; Griselda Gallino Fernández, 0000-0001-5768-1108

Introducción

Afortunadamente, la mujer ha escalado posiciones profesionales que tiempo atrás eran imposibles de alcanzar debido a las limitaciones sociales y culturales¹ con las que debía enfrentarse.

Hoy se estima que, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), el 82% de la matrícula corresponde a estudiantes mujeres^{2,3}.

Para tomar la decisión de realizar una residencia quirúrgica, la mujer tiene que considerar diversos factores: la dificultad de ingresar en un mundo dominado generalmente por hombres. Una vez dentro de la residencia quirúrgica, los obstáculos a los que tendrá que enfrentarse van desde discriminación de género, embarazo y familia, inequidad salarial hasta hostigamiento sexual¹.

El problema objeto de este artículo se relaciona con el cambio en el perfil de género de profesionales médicos que ingresan a residencias de Cirugía.

Es cierto que el número de cirujanas en la Argentina ha aumentado hasta equipararse con el de los hombres. Tradicionalmente, la cirugía ha sido una especialidad “de hombres” pero, con el tiempo, la creciente incorporación de mujeres ha puesto en cuestión estos peldaños que limitan su desarrollo profesional⁴.

El objetivo de esta investigación fue explorar las barreras¹ que enfrentan las mujeres cirujanas en su carrera laboral en la República Argentina, tales como:

1. Rigidez en la estructura de los programas de residencias quirúrgicas y de los Servicios Quirúrgicos

Las residencias quirúrgicas siguen siendo de predominio masculino, mientras que la mayoría de las restantes residencias tienen mayor predominio de mujeres⁵.

Las estructuras organizacionales se han incrementado a favor de hombres solteros u hombres con parejas que los apoyen en casa, permitiéndoles dedicar más tiempo a su trabajo. Las horas dedicadas al trabajo hospitalario son difícilmente compatibles con la vida de madre y esposa.

Esta rigidez en los programas de las residencias quirúrgicas se traslada a las estructuras organizacionales de los Servicios Quirúrgicos, reforzando dicha incompatibilidad entre la vida familiar y la vida profesional.

2. Falta de promoción en posiciones directivas

En general, los puestos directivos son ocupados por hombres en un alto porcentaje, pese a que las mujeres representan la mitad de la población mundial⁶. En ocasiones, las mujeres son percibidas con menor habilidad para el liderazgo y la competencia.

El término “techo de cristal” («glass ceiling barriers») apareció por primera vez en un artículo del

Wall Street Journal en 1986, en los Estados Unidos. El artículo describía las barreras invisibles a las que se ven expuestas las mujeres trabajadoras altamente calificadas que les impedían alcanzar los niveles jerárquicos más altos en el mundo de los negocios, independientemente de sus logros y méritos⁷.

El techo de cristal está construido sobre la base de rasgos que son difíciles de detectar, por eso se llama de cristal. Esta barrera invisible aparece cuando las mujeres se acercan a la parte superior de la jerarquía y se les bloquea la posibilidad de avanzar en su carrera profesional hacia cargos de nivel gerencial y ejecutivo.

3. Discriminación de género

La discriminación e inequidades de género subsisten. En las especialidades quirúrgicas abundan las solicitudes del género masculino, siendo menores las del femenino, por lo que la relación hombre-mujer es en gran medida a favor del hombre.

La idea de la resistencia física como un requerimiento para la cirugía es, en realidad, una construcción histórica que refleja el modelo patriarcal impuesto por décadas. Biológicamente la mujer no tiene menos resistencia física que el hombre. La cirugía no requiere fuerza física, sino toma de decisiones, capacidad intelectual y habilidades motoras.

4. Embarazo

La edad para la formación académica como especialista oscila entre los 26 y 36 años, por lo que en cualquier etapa de la carrera puede presentarse un embarazo. La posibilidad de embarazo limitaría el ingreso a una especialidad quirúrgica o reduciría la promoción ante la eventual solicitud de licencias por embarazo y lactancia¹. Mientras solo el 10,9% de las mujeres americanas tiene problemas de fertilidad, estos se presentaron en hasta un 32% de las cirujanas. Es lógico, consecuentemente, que solo un 11,9% de esas mujeres recurran a técnicas de reproducción asistida y hasta un 27% del grupo de cirujanas tienen que hacerlo⁸.

La exposición a agentes nocivos externos como anestésicos, radiaciones, sangre y secreciones es mayor en las especialidades quirúrgicas. La fertilidad de la mujer puede afectarse, así como también una mayor frecuencia de embarazos de alto riesgo y abortos¹⁻⁸.

5. Hostigamiento sexual

Durante la residencia quirúrgica son comunes los comentarios alusivos a la sexualidad, lo que puede terminar en proposiciones incómodas para quien quiere llevar al margen su vida personal.

Las diferencias observadas entre hombres y mujeres por profesionales de las escuelas de medicina de las Universidades de Boston, Harvard y del Centro de Investigación Murray de Cambridge, Massachussets,

en 3332 profesionales acerca de sus experiencias, percepciones de discriminación y acoso sexual fueron sorprendentes: más de la mitad de las profesionales informaron tales comportamientos, mientras que solo unos pocos hombres lo hicieron. La discriminación sexual fue informada por la mujer con una frecuencia 2,5 mayor que por el hombre, y alrededor de la mitad de las participantes refirieron haber experimentado alguna forma de acoso sexual⁹.

6. Relaciones personales

Definitivamente, las relaciones interpersonales pasan a segundo término, y cualquier tipo de relación interpersonal se ve deteriorada durante el programa de residencia.

7. Inequidades salariales

En la vida institucional en la Argentina no hay discriminación salarial pero, en la práctica privada, los ingresos se ven afectados por el prestigio y el reconocimiento del médico, influyendo en esto la discriminación de género de nueva cuenta. En ocasiones, la confianza que se le tiene a un cirujano hombre es mayor que a la mujer, por pensar que posee mayor capacidad física y mental¹⁰.

8. Responsabilidades domésticas y familiares

La decisión sobre la carrera tiene un gran impacto en la probabilidad de matrimonio y maternidad. Las mujeres que tienen hijos durante la residencia enfrentan mayores obstáculos para su desarrollo y su vida académica¹¹.

9. Barreras psicológicas

El principal temor de la mujer es la decisión entre hijos o carrera, por lo que la "identidad de género" es la principal barrera mental para desarrollar sus objetivos, además del reto de ingresar en un "mundo de hombres", en donde la competencia puede tener el doble de dificultades.

Material y métodos

El presente estudio exploratorio comprendió encuestas a cirujanas generales con subespecialidad o sin ella, residentes o concurrentes de los Servicios de Cirugía General de la República Argentina, de las principales ciudades (Buenos Aires, Rosario y Córdoba), en 2018.

Las participantes fueron informadas del estudio y dieron su aval para ser encuestadas a través del consentimiento informado. El estudio fue evaluado por

el comité de ética del Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" Dr. Néstor Carlos Kirchner. La participación, en esta investigación, fue optativa y el grupo de personas estudiado contó con control sobre la posibilidad de participar. Corresponde señalar que el muestreo puede resultar afectado por un sesgo de autoselección. En virtud de lo señalado afirmamos que la selección aleatoria de la muestra garantiza la ausencia de sesgo en el proceso de selección y ayuda a garantizar su representatividad; sin embargo, esta circunstancia no es garantía total para que estemos seguros de que la muestra al azar es representativa de la población de la que se ha extraído (Kerlinger, 1985).

Instrumentos de recolección de datos

Encuesta anónima adaptada de acuerdo con la encuesta de la Sociedad Japonesa de Cirugía¹² sobre diferencia de género para relevar: información demográfica, ambiente laboral, vida personal, rigidez en la estructura de los servicios quirúrgicos, falta de promoción en posiciones directivas, discriminación de género, embarazo, hostigamiento sexual, relaciones personales, responsabilidades domésticas, familiares y barreras psicológicas (Tabla 1). Los cuestionarios fueron analizados en una base de datos diseñada para tal fin que nos permitió analizar frecuencias, prevalencias e identificar opiniones significativas.

Resultados

Análisis de la muestra

El n total de la muestra fue de n=81 cirujanas generales, con subespecialidad (36%), sin subespecialidad (33%), residentes (31%) o concurrentes (no se registraron) de los Servicios de Cirugía General de la República Argentina, de las principales ciudades argentinas. Contactamos en un principio a 95 cirujanas, pero solo contestaron 81.

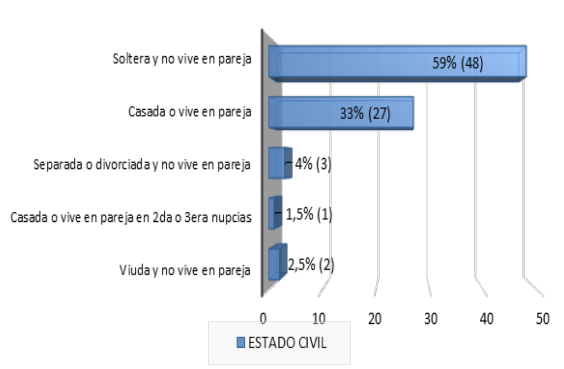
El método de selección de la muestra fue aleatorio simple. Las edades de las encuestadas oscilaron entre los 23 y los 60 años, con una media de 34,7 años (Desvío estándar 8,75). Los límites de tolerancia de la muestra fueron de un 95%.

De acuerdo con la información relevada, un 59% de las cirujanas son solteras y no viven en pareja, mientras que solo un 33% son casadas o viven en pareja (Fig. 1).

Del grupo de solteras, un 33,3% esperan casarse, mientras que un 22,2% se mantienen indecisas. Solo un 13,6% afirmó que no desearían casarse ni convivir.

Un 61% de las solteras desean tener hijos, mientras que un 20% se encuentran indecisas con respecto a la maternidad. Un 62,5% de las cirujanas solteras creen que cambiarían su estilo de vida al tener hijos, no así al casarse (41,6%).

FIGURA 1



Estado civil de las encuestadas

Hijos y crianza

En cuanto a las cirujanas con hijos, el 81% solo optó por los 3 meses correspondientes legalmente a la licencia laboral por maternidad vigente en la Argentina. La licencia de maternidad puede ser prorrogada de 3 a 6 meses para una mujer que ha trabajado durante al menos un año en el mismo trabajo, pero sin goce de sueldo.

Un significativo número dice haber cambiado su estilo de vida desde que se casó o decidió convivir (58%).

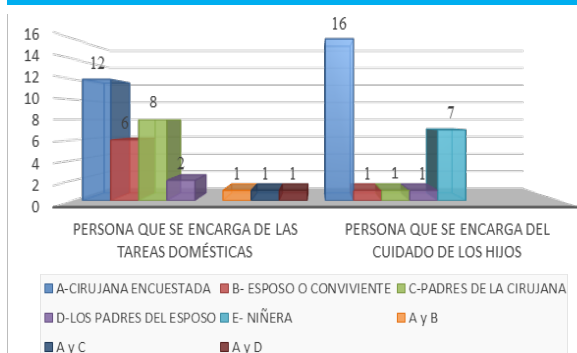
La mayoría de las cirujanas (52%) solo han tenido un hijo, mientras que el resto se divide entre las que han tenido 2 hijos, 3 hijos y 4 hijos.

Un porcentaje alto de las cirujanas con hijos se encargan de su crianza, mientras que identifican en segundo lugar a otras personas como cuidadores (niñeras, abuelos). Los esposos o convivientes aparecen en tercer lugar, con muy bajo porcentaje de responsabilidad en la tarea (Fig. 2).

La mayoría de sus esposos desempeña una carrera profesional, en un escaso porcentaje ligada a la medicina. Pero un alto porcentaje de mujeres con esposos cirujanos aseguraron que eran las responsables por la mayoría del trabajo doméstico en sus hogares.

Los padres de las cirujanas y los padres de sus esposos o convivientes no aparecen como figuras significativas al momento de la crianza de sus hijos. Paradójicamente, ocupan un papel central a la hora de cuidar

FIGURA 2



Tareas del hogar

a sus hijos mientras las cirujanas se encuentran en el trabajo, seguidos por la escuela. En la mayoría de los espacios laborales donde se desempeñan las cirujanas no existe un sistema que facilite el cuidado de hijos en el trabajo. Es por eso que un 46% de las mujeres entrevistadas afirman que la maternidad no es compatible con su vida laboral, otro 46% responde que sí, pero un 8% no quiso contestar esta pregunta.

Un significativo porcentaje de mujeres con hijos (69%) afirman haber cambiado su estilo laboral al tener hijos, mientras que un porcentaje mucho menor afirma no haberlo modificado. El 65% de las encuestadas afirman haber dejado de presentar trabajos científicos luego de la maternidad. Con respecto a su tiempo libre (Fig. 3), el 39,5% a veces tiene tiempo para dedicar a su familia, y el 38,3% refiere que es insuficiente su tiempo para descansar.

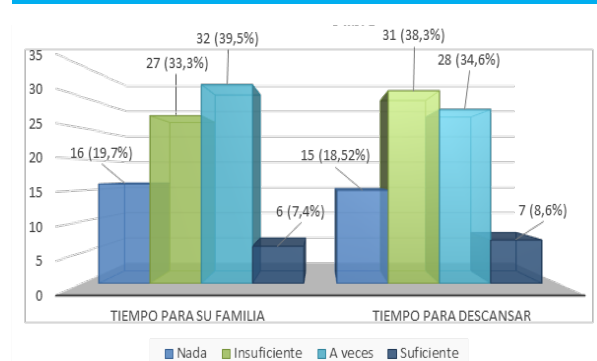
Prioridades en la de acuerdo o no con la presencia de hijos

Es importante destacar que dio un porcentaje igual (48%), entre las mujeres que tienen como prioridad formar una familia y las que priorizan su trabajo.

En las mujeres con hijos, la familia era su primera prioridad en mucho mayor grado que en las solteras sin pareja.

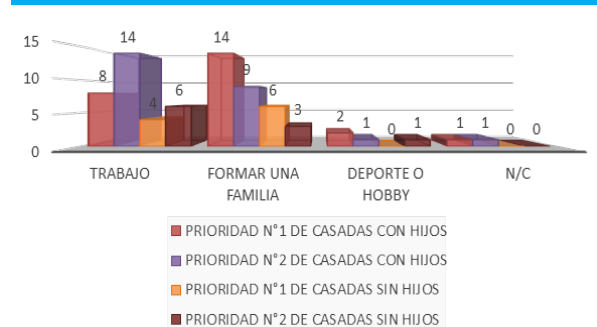
En un muy escaso porcentaje, las cirujanas eligieron hobbies o deportes como prioridad (Fig. 4).

FIGURA 3



Tiempo libre

FIGURA 4



Comparación de las prioridades de las encuestadas con hijos vs las que no tienen hijos

Preguntas generales (género y cirugía)

A un 52% de las entrevistadas les generaba temor ingresar en un ambiente laboral dominado por hombres.

Un 57% de las cirujanas no habían sido asignadas para realizar determinadas técnicas quirúrgicas en alguna ocasión porque se consideró que contaban con menos fuerza física que un cirujano. Un 47% cree que sus jefes hubiesen preferido el ingreso de un cirujano hombre, en su puesto.

Solo un 26% de los pacientes ha rechazado sus servicios en favor de ser intervenido por un cirujano hombre. Un 42% de las cirujanas considera que su jefe ha rechazado sus servicios quirúrgicos en favor de ser acompañado por un cirujano.

Casi un 85% de las cirujanas ha recibido comentarios alusivos a su sexualidad durante su trabajo. Por otro lado, las encuestadas contestaron que aptitudes tales como liderazgo (62%) y la capacidad para tomar decisiones (56%) se consideran atribuciones exclusivamente masculinas en su ambiente de trabajo.

Discusión

Desde el siglo XIX, en la Argentina, tenemos ejemplos como el de Cecilia Grierson, que fue la primera médica mujer del país. Ella fue la referente de un grupo de mujeres que, desafiando las barreras de la indiferencia y el rechazo, lograron imponer enormes cambios en los derechos femeninos¹³.

En las últimas décadas se produjo una feminización de la profesión, a partir de un aumento significativo y constante de la cantidad de graduadas. En 1980 representaban solo el 20%, pero en 2016 alcanzaban casi el 52%¹⁴.

La cirugía, sin embargo, sigue siendo un coto masculino. El estudio del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) refleja que las especialidades quirúrgicas como cardiovascular, general, neurocirugía, tórax, cabeza y cuello, entre otras, tienen menor proporción de mujeres, de acuerdo con las estadísticas del Registro Federal de Profesionales de la Salud, del Ministerio de Salud de la Nación. La hematología pediátrica es la que concentra más médicas, mientras que urología es la especialidad donde hay menos.

Si se suman médicas, operarias y técnicas, 6 de cada 10 personas que trabajan en el sector salud son mujeres, de acuerdo con datos de 2016. En 1980 eran solo 3 de cada 10. Hoy, 1 de cada 4 mujeres ocupadas se desempeñan en el sector salud¹⁴.

Introducir la perspectiva de Género en el ám-

bito de la Salud permite identificar las inequidades y situaciones de desventaja para las mujeres.

Los resultados de este trabajo permiten evidenciar los modos de subjetivación de género femenino tradicionales en el campo quirúrgico, las formas que la sociedad instituye para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior y las maneras en las cuales constituyen su singularidad.

La evidente incompatibilidad reflejada en el estudio a partir de la identificación de barreras específicas entre la carrera laboral quirúrgica y la vida familiar, junto a organizaciones del trabajo en salud que no cuentan con espacios de cuidados para los hijos ni licencias masculinas por paternidad de largo plazo, parecen reforzar los modos femeninos tradicionales de subjetivación¹⁵, que se corresponden con una tipología femenina ligada al sostenimiento de la división sexual del trabajo, necesitando de mujeres-madres que cuiden el espacio doméstico.

La producción de subjetividad femenina necesaria para la constitución de cirujanos asalariados en el espacio público generará modos singulares masculinos de subjetivación en el campo quirúrgico, justificando así la ausencia en el rol de ser cuidadores. En este sentido, hablamos de arreglos conyugales de tipo asimétrico y complementario, con “mundos separados” que evitan los conflictos latentes.

Las estructuras organizacionales quirúrgicas operan como un marco normativo estructurador de prácticas y discursos que han construido, en el nivel simbólico, subjetivo e institucional, las desigualdades entre mujeres y varones en el ámbito de actuación médica. El sistema de salud funciona como reproductor de dichas desigualdades, en la medida en que sostiene y refuerza la construcción diferencial de roles de género.

Como limitación del presente trabajo se puede señalar que –si bien se trata de un estudio novedoso y con características interdisciplinarias– no se contó con un acceso concreto a estudios que evaluaran las barreras sugeridas en el área quirúrgica en la Argentina.

Conclusiones

Es totalmente necesario seguir haciendo visibles estas inequidades, desde un espacio que posibilite la reflexión y mejore la calidad laboral en el sistema de salud¹⁵.

“Las diferencias sociales entre varones y mujeres nada tienen que ver con la constitución biológica, sino que se trata de construcciones simbólicas pertenecientes al orden del lenguaje y de las representaciones, vinculadas al contexto normativo, cultural e institucional en el que se insertan”¹⁷.

Anexo 1

Consentimiento informado

Solicitamos su voluntaria participación para poder llevar a cabo el estudio: La mujer en Cirugía: Una exploración de las barreras en la carrera laboral.

Si usted se rehusara a participar de dicho estudio puede hacerlo sin necesidad de expresar las razones de tal decisión.

La Investigación en Salud resulta esencial para la formulación de políticas de mejoramiento de la salud de la población en especial en los países en desarrollo como la Argentina.

El presente estudio tiene como objetivo explorar las barreras que enfrentan las mujeres cirujanas en su vida profesional en Argentina.

Esta investigación continúa los lineamientos propuestos por la Guía de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica en Seres Humanos (BPC) establecidos mediante la Resolución 1490/2007, y ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI). Además, los investigadores se comprometen realizar la

investigación de acuerdo con los contenidos de la Declaración de Helsinki, versión Fortaleza, Brasil 2013.

La información por usted suministrada será tratada en un todo de acuerdo con las leyes y/o regulaciones aplicables, asegurando que los resultados del estudio que se publiquen mantengan en forma confidencial y resguardada su identidad como sujeto participante (a).

Para su mayor seguridad le otorgamos un *mail* de contacto por cualquier duda o inquietud que le suscite durante el tiempo de desarrollo del estudio. Desde ya agradecemos su colaboración

Entrevistador: _____

Doy mi consentimiento para ser entrevistado:

Firma: _____

Aclaración de la firma: _____

Lugar y Fecha: _____

■ TABLA 1

Cuestionario

Edad:	
1. ¿Cuál es su estado civil o de convivencia?:	CASADA O VIVE CON SU PAREJA
	SOLTERA Y NO VIVE EN PAREJA
	SEPARADA O DIVORCIADA Y NO VIVE EN PAREJA
	VIUDA Y NO VIVE EN PAREJA
	CASADA O VIVE EN PAREJA EN 2 ^{as} O 3 ^{as} NUPCIAS
2. ¿Cuál es la prioridad número uno en tu vida?	TRABAJO
	FAMILIA
	DEPORTE O HOBBY
3. ¿Cuál es la prioridad número dos en tu vida?	TRABAJO
	FAMILIA
	DEPORTE O HOBBY
4. ¿Tiene tiempo suficiente para dedicarle a tu familia?	NADA
	INSUFICIENTE
	A VECES
	SUFICIENTE
5. ¿Tiene tiempo suficiente para descansar?	NADA
	INSUFICIENTE
	A VECES
	SUFICIENTE
6. ¿Está satisfecha con su vida por fuera del trabajo?	DE NINGUNA MANERA
	OCASIONALMENTE
	COMPLETAMENTE SATISFECHA

APARTADO PARA MUJERES SOLTERAS	
¿Te gustaría casarte?	SÍ/NO/INDECISA
¿Crees que cambiarías tu estilo de vida laboral después de casarte?	SÍ/NO/INDECISA
¿Quieres tener hijos?	SÍ/NO/INDECISA
¿Crees que cambiarías tu estilo de vida laboral después de tener hijos?	SÍ/NO/INDECISA
APARTADO PARA MUJERES CASADAS O QUE VIVEN EN PAREJA	
¿A qué edad te casaste o te fuiste a convivir?	
¿A qué se dedica tu marido o compañero?	
¿Quién es la persona que se encarga principalmente de las tareas domésticas?	YO MISMA/ ESPOSO. CONVIVIENTE/MIS PADRES/LOS PADRES DE MI ESPOSO CONVIVIENTE/PARIENTES/OTRO
¿Cuántas horas le dedicas a las tareas domésticas?	
¿Cambiate tu estilo de trabajo desde que te casaste o conviviste?	SÍ/NO
APARTADO PARA MUJERES CON HIJOS	
¿Cuántos hijos tienes y qué edad tienen?	
¿Cuánto duró tu licencia por maternidad?	
¿Cambiate tu estilo de trabajo después del nacimiento de tus hijos?	SÍ /NO
¿Has dejado de presentar trabajos o artículos científicos luego de la maternidad?	SÍ/NO/INDISTINTO
¿Quién es la persona que se encarga principalmente del cuidado de tus hijos?	YO MISMA/ ESPOSO. CONVIVIENTE / MIS PADRES/ LOS PADRES DE MI ESPOSO CONVIVIENTE /PARIENTES / OTRO.
¿Quién es la persona que se encarga principalmente del cuidado de tus hijos cuando estás en el trabajo?	ESCUELA/ GUARDERÍA DEL HOSPITAL/ NIÑERAS / LOS PADRES DE MI ESPOSO CONVIVIENTE / MIS PADRES / PARIENTES/ OTRO.
¿Existe algún sistema que facilite el cuidado de los hijos en su trabajo?	SÍ/NO
¿Cree que su vida laboral es compatible con la maternidad?	SÍ/NO
PREGUNTAS GENERALES	
7. ¿En alguna ocasión no ha sido asignada para realizar determinadas técnicas quirúrgicas porque se consideraba que tenía menos fuerza física que un cirujano hombre?	SÍ/NO
8. ¿Cree que sus jefes hubiesen preferido el ingreso de un cirujano hombre?	SÍ/NO/INDISTINTO
9. ¿Algún paciente ha rechazado sus servicios en favor de ser intervenido por un cirujano hombre?	SÍ/NO
10. ¿Algún jefe ha rechazado sus servicios a favor de ser acompañado por un cirujano hombre?	SÍ/NO
11. ¿Ha recibido comentarios alusivos a su sexualidad durante su trabajo?	SÍ/NO
12. ¿Cree que aptitudes tales como la capacidad para tomar decisiones son consideradas atribuciones exclusivamente masculinas en su ambiente de trabajo?	SÍ /NO
13. ¿Cree que aptitudes tales como liderazgo son consideradas atribuciones exclusivamente masculinas en su ambiente de trabajo?	SÍ /NO
14. ¿Cree que aptitudes tales como la capacidad para tomar decisiones son consideradas atribuciones exclusivamente masculinas en su ambiente de trabajo?	SÍ /NO

■ ENGLISH VERSION

Introduction

Fortunately, women have moved up to professional positions that were previously impossible to reach due to the social and cultural limitations¹ they had to face.

Nowadays, women account for 82% of students at the School of Medicine of the University of Buenos Aires (UBA)^{2,3}.

When deciding a surgery residency program, women have to consider the difficulty of moving into a world that is usually dominated by men. Once in the

surgery residency program, they will face many obstacles as gender discrimination, pregnancy and family, wage inequity and sexual harassment¹.

The problem addressed in this article is related to the shift in the gender profile of medical professionals entering surgery residencies.

It is true that the number of female surgeons in Argentina has increased to equal that of male surgeons. Traditionally, surgery has been a male-dominated specialty but the higher incorporation of women over time has called into question these steps that limit their professional development⁴.

The aim of this investigation was to explore the career barriers women face in Argentina, as:

1. Strict structures of the surgery residency programs and surgery departments

Surgery residencies remain male-dominated, while female physicians predominate in most of the other specialties⁵.

The organizational structures have favored single men or men with partners who support them at home, allowing them to spend more time at work. The hours spent in hospital are hardly compatible with the life of a mother and wife.

The strict structure of the surgery residencies is transferred to the organizational structures of surgery departments, reinforcing the incompatibility between family and professional life.

2. Lack of promotion in managerial positions

Overall, a high percentage of managerial positions are held by men, despite women accounting for half of the world population⁶. Women are sometimes perceived as having less leadership skills and competences than men.

The term "glass ceiling barriers" first appeared in an article in the Wall Street Journal in 1986 in the United States. The article described the invisible barriers that highly skilled women workers face in reaching the highest positions in the business world, regardless of their achievements and merits⁷.

The term glass ceiling barrier refers to features that are difficult to detect. "A glass ceiling" represents a barrier that prohibits women from advancing toward the top of a hierarchical corporation and are prevented from receiving promotion, especially to the managerial and executive rankings.

3. Gender-based discrimination

Gender-based discrimination and inequalities persist. As male surgeons are required more frequently than female surgeons, the proportion of men is higher than that of women in the different surgical specialties.

The idea of physical endurance to become a

surgeon is a historical construction that the patriarchal model has imposed for decades. Biologically, women have no less physical endurance than men. Surgery does not require physical strength but rather decision-making, intellectual capacity and motor skills.

4. Pregnancy

The age for academic training as a specialist ranges from 26 to 36 years, so a pregnancy can occur at any stage of the career. The possibility of pregnancy would limit the admission to a surgical specialty or reduce promotions in case of application for pregnancy leave and breastfeeding leave¹. Only 10.9% of women in the general US population report infertility, while 32% of women surgeons reported fertility difficulty. Thus, only 11.9 % of those women seek infertility services while up to 27% of women surgeons need assisted reproductive technology⁸.

Exposure to harmful external agents such as anesthetics, radiation, blood and secretions is higher in surgical specialties. Women's fertility can be affected, and the number of high-risk pregnancies and abortions is higher in women surgeons¹⁻⁸.

5. Sexual harassment

Sexual comments are common during the surgery residency, which may result in uncomfortable proposals for those who want to keep their personal life apart.

In a study conducted in 3332 faculty at the Schools of Medicine of University of Boston, University of Harvard and the Murray Research Center in Cambridge, Massachusetts, the differences observed between men and women about their experiences, perceptions of discrimination and sexual harassment were surprising: about half of female faculty but few male faculty reported these experiences. Female faculty were 2.5 times more likely than male faculty to perceive gender-based discrimination and about 50% of the female participants reported some form of sexual harassment⁹.

6. Interpersonal relationships

Interpersonal relationships are definitely relegated to second place, and any kind of interpersonal relationship is deteriorated during the residency program.

7. Wage inequalities

There is no wage gap between men and women working in institutions in Argentina, but income is affected in the private practice by the prestige and recognition of the physician, which is again influenced by gender-based discrimination. Occasionally, patients have more confidence in male surgeons than in female surgeons because they think they have greater physical and mental capacity¹⁰.

8. Housework and family responsibilities

The decision to develop a career has great impact on the probability of marriage and maternity. Women who have children during their residency face greater obstacles for their development and academic life¹¹.

9. Psychological barriers

Women's main concern is to decide between having children or developing a career, so "gender identity" is the main mental barrier to develop their goals, in addition to the challenge of entering a "men's world", where competition can be twice as difficult.

Material and methods

General female surgeons with or without a surgical sub-specialty, women residents and concurrentes in surgery were surveyed in 2018. The participants belonged to the Departments of General Surgery of the main cities in Argentina (Buenos Aires, Rosario y Córdoba).

The survey respondents were informed about the study and gave their consent to participate in the survey. The study was approved by the Committee on Ethics of the Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" Dr. Néstor Carlos Kirchner. The participation was volunteer. It is worth mentioning that the sample may be affected by a self-selection bias. Therefore, we consider that the random sampling guarantees the absence of bias in the selection process and helps to guarantee representation; however, this circumstance does not fully guarantee that we are sure that random sampling is representative of the population (Kerlinger, 1985)

Data collection

The survey was anonymous. The questionnaire was adapted from the one used by the survey conducted by the Japan Surgical Society¹². The participants were asked to respond questions about demographic information, work environment, personal life, structure of the surgery departments, lack of promotion in managerial positions, gender-based discrimination, pregnancy, sexual harassment, interpersonal relationships, housework and family responsibilities and psychological barriers (Table 1). The questionnaires were analyzed in a specially designed database to calculate frequencies and prevalence and to identify significant opinions.

Results

Sample analysis

The sample was made up of 81 general surgeons; 36% had a sub-specialty, 33% did not have a

sub-specialty, 31% were residents or concurrentes of the Departments of General Surgery of the main cities in Argentina. Of 95 surgeons contacted, 81 responded the survey.

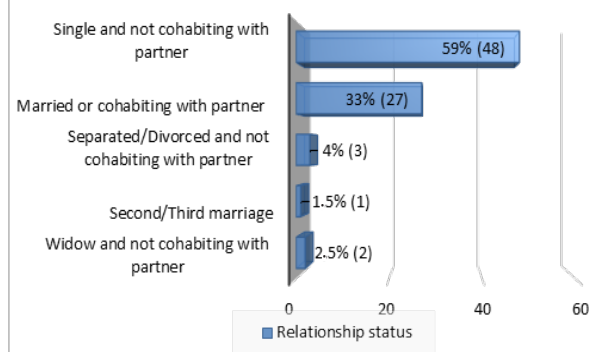
The selection method used was simple random sampling. Mean age was 34.7 years (range: 23-60 years; standard deviation 8.75). The tolerance limits of the sample were of 95%.

Among survey respondents, 59% were single and did not live with a partner, while 33% were married or cohabiting (Fig. 1).

Among single women surgeons, 33.3% expected to get married and 22.2% were still undecided. Only 13.6% were not willing to get married or cohabit.

Sixty-one percent of those who were single wanted to have children, while 20% were undecided. Among single respondents, 62.5% believed that having children would change their lifestyle but 41.6% thought that marriage would not do so.

■ FIGURE 1



Relationship status of survey respondents

Parenting

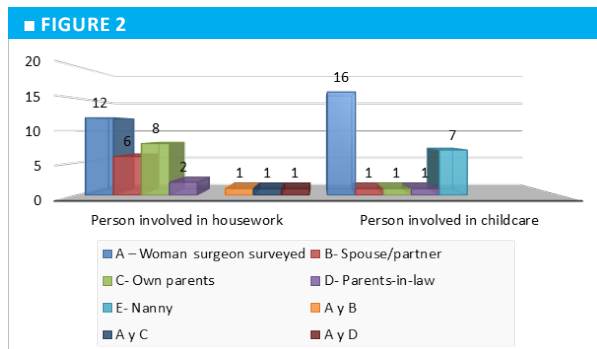
Regarding female surgeons with children, 81% chose to take only the three months corresponding to the legal maternity leave in Argentina. Mothers who have been employed for longer than one year can choose to extend their absence from work for a period of three to six months without payment.

A significant number of women surgeons (58%) believed their lifestyles had changed after marriage or cohabiting.

Most women surgeons (52%) had only one child and the rest had two, three or four children.

A high percentage of female surgeons with children are the primary carers, while nannies or grandparents are secondary carers. Spouses or partners appear in third place, with a very low percentage of responsibility as carers (Fig. 2).

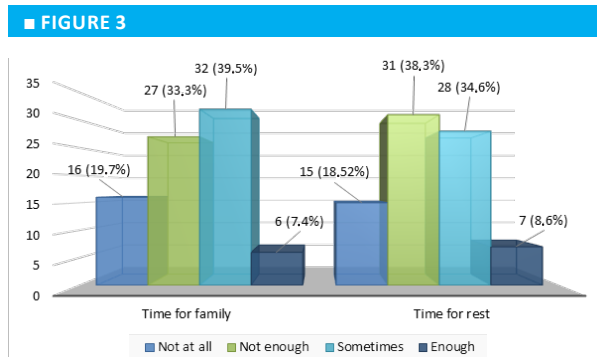
Most spouses have a professional career and a small percentage have medical degrees. Yet, a high percentage of women surgeons married to male surgeons were responsible for housework.



Housework

Grandparents do not appear to play a significant role in child-rearing but they are important at the moment of taking care of children while their surgeon mothers are working. School is also considered important for childcare. Most workplaces where female surgeons work do not have childcare facilities. For this reason, 46% of the women interviewed stated that motherhood is not compatible with their working life, another 46% responded that it was, and 8% did not want to answer this question.

A significant percentage of women with children (69%) said they had changed their working style after having children, while a much smaller percentage said they had not changed it. Sixty-five percent of the survey respondents had not presented scientific papers after having children. About free time (Fig. 3), 39.5% of the respondents indicated that they sometimes had time to spend with their families, and 38.3% reported that their time for rest was insufficient.



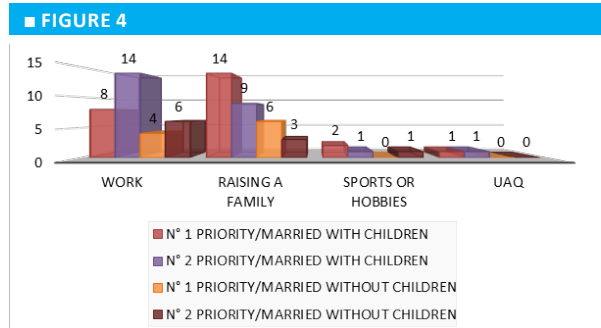
Free time

Priorities according to the presence of children

Notably, 48% of the respondents prioritized raising a family and 48% prioritized their work.

Family was the number one priority in most women surgeons with children and in a small percentage in single respondents without a partner.

Hobbies or sports were a priority in a very low percentage of cases (Fig. 4)



Priorities of survey respondents with children vs. those without children

General questions (gender and surgery)

Fifty-two percent of those interviewed were afraid of entering into a male-dominated work environment.

Fifty-seven percent of the female surgeons had not been assigned to perform certain surgical techniques on occasion because they were considered to have less physical strength than a male surgeon and 47% believed that their employers would have preferred to have a male surgeon in their position.

Only 26 percent of patients had rejected their services in favor of a male surgeon and 42% of female surgeons considered that their boss had refused their surgical services and preferred to be assisted by a male surgeon.

Almost 85% of women surgeons have received comments about their sexuality during their work. On the other hand, the respondents answered that leadership (62%) and decision-making skills (56%) are considered exclusively male attributes in their work environment.

Discussion

In Argentina, we have examples like Cecilia Grierson, who was the first female doctor in the country in the 19th century. She was the reference for a group of women who, defying the barriers of indifference and rejection, managed to impose enormous changes in women's rights¹³.

Over the past few decades, the profession has undergone feminization, with a significant and steady increase in the number of female graduates. In 1980, 20% of medical graduates were women, reaching almost 52% in 2016¹⁴.

Surgery, however, remains a male domain. The study by the United Nations Development Programme (UNDP) shows that the proportion of women surgeons is low in surgical specialties such as cardiovascular surgery, general surgery, neurosurgery, thoracic surgery, and head and neck surgery according to statistics from the Federal Registry of Health Professionals of the Ministry

of Health. Pediatric hematology is the specialization with the greatest number of women while urology has the lowest female representation.

Considering female doctors, operators and technicians, six out of ten health care professionals are women according to data from 2016. In 1980, three out of 10 health care professionals were women. Nowadays, one out of four employed women work in the health sector¹⁴.

It is possible to identify inequalities and disadvantages for women when the gender perspective is introduced in the health care field.

The results of this work provide evidence of the traditional modes of female subjectification in the surgical field, the ways the society creates subjects capable of unfolding themselves and how they constitute their singularity.

The obvious incompatibility reflected in the study from the identification of specific barriers between the surgical career and family life, together with health work organizations that do not have childcare facilities and lack long-term paternity leave, seems to reinforce the traditional female modes of subjectification¹⁵, corresponding to a female typology linked to support the sexual division of labor and requiring women-mothers to take care of the housework.

The production of necessary female subjectivity for constituting employed surgeons in the public sphere will generate singular male modes of subjectification

in the surgical field, thus justifying their absence as caregivers. In this sense, we speak of asymmetrical and complementary conjugal arrangements, with "separate worlds" that avoid latent conflicts.

The organizational structures of surgery departments work as a structured regulatory framework of practices and speeches that have constructed the inequalities between women and men in the field of medical action at the symbolic, subjective and institutional level. The health care system functions as a reproducer of such inequalities, insofar as it sustains and strengthens the differential construction of gender roles.

One limitation of this paper is that, although it is a novel study with interdisciplinary characteristics, we did not find studies evaluating the suggested barriers in the surgical area in Argentina.

Conclusions

These inequalities should be kept visible from a perspective of reflection and improvement of the quality of work in the health care system¹⁵.

"The social differences between men and women have nothing to do with the biological constitution, but are symbolic constructions belonging to the order of language and representations, linked to the regulatory, cultural and institutional context in which they are inserted"¹⁷.

Appendix 1

Consent form

We ask for your voluntary participation to carry out the study: Women in surgery: an exploration of career barriers.

If you refuse to participate in the study, you may do so without stating the reasons for your decision.

Health research is essential for the formulation of policies to improve the population's health, especially in developing countries such as Argentina.

The aim of this study is to explore the barriers that women surgeons face in their professional life in Argentina.

This research follows the Guidelines for Good Clinical Practice in Research on Human Subjects (GCP) approved by means of Resolution Nr 1490/07 of the Ministry of Health and has been reviewed and approved by the Research Ethics Committee (REC). In addition, the investigators are committed to carrying out the research in accordance with the contents of

the Declaration of Helsinki, revised in 2013 in Fortaleza, Brazil.

The information you provide will be treated as a whole in accordance with applicable regulatory requirements, ensuring that the published results of the study are kept confidential and your identity as a participating subject is protected.

For your safety, we will provide you with an email contact for any questions or concerns you may have during the study. Thank you in advance for your cooperation.

Interviewer: _____

I give my consent to be interviewed:

Signature: _____

Clarification of signature: _____

Place and date: _____

■ TABLE 1

Questionnaire

Age	
1. Please indicate your marital status	MARRIED OR COHABITING WITH PARTNER
	SINGLE AND NOT COHABITING WITH PARTNER
	SEPARATED/DIVORCED AND NOT COHABITING WITH PARTNER
	WIDOW AND NOT COHABITING WITH PARTNER
	SECOND/THIRD MARRIAGE
2. What is the number one priority in your life?	WORK
	RAISING A FAMILY
	SPORTS OR HOBBIES
3. What is the number two priority in your life?	WORK
	RAISING A FAMILY
	SPORTS OR HOBBIES
4. Do you have enough time to spend for your family?	NOT AT ALL
	NOT ENOUGH
	SOMETIMES
	ENOUGH
5. Do you have enough time to rest?	NOT AT ALL
	NOT ENOUGH
	SOMETIMES
	ENOUGH
6. Are you satisfied with your life outside work?	NOT AT ALL
	OCCASIONALLY
	COMPLETELY SATISFIED
QUESTIONNAIRE TO UNMARRIED PERSON	
Do you want to get married?	YES/NO/UNDECIDED
Do you think you would change your working style after marriage?	YES/NO/UNDECIDED
Do you want to have children?	YES/NO/UNDECIDED
Do you think you would change your working style after you have children?	YES/NO/UNDECIDED
QUESTIONNAIRE FOR MARRIED PERSONS OR COHABITING	
At which age did you get married or started cohabiting?	
What is your partner's occupation?	
Who is the main person involved in housework?	ONESELF/SPOUSE PARTNER/OWN PARENTS/PARENTS-IN-LAW/RELATIVES/OTHER
How many hours a day do you spend for housework?	
Did you change your working style after you had a life partner?	YES/NO
QUESTIONNAIRE FOR WOMEN WITH CHILDREN	
How many children do you have and how old are they?	
How long was your maternity leave?	
Did you change working style after childbirth?	YES/NO
Have you stopped presenting scientific papers after having children?	YES/NO/UNDECIDED
Who is the main person involved in childcare?	ONESELF/SPOUSE PARTNER/OWN PARENTS/PARENTS-IN-LAW/RELATIVES/OTHER
Who takes care of your children while at work?	School/In-hospital childcare/Nannies/Parents-in law/My parents/Relatives/Other

Is there any support system for parenting at work?	YES/NO
Do you think your working style is compatible with motherhood?	YES/NO
GENERAL QUESTIONS	
7. Do you remember any occasion you have not been assigned to perform certain surgical techniques because you were considered to have less physical strength than a male surgeon?	YES/NO
8. Do you believe that your employers would have preferred a male surgeon in your position?	YES/NO/UNDECIDED
9. Has any patient refused your services in favor of a male surgeon?	YES/NO
10. Has any head surgeon refused your assistance and preferred to be assisted by a male surgeon?	YES/NO
11. Have you received comments about your sexuality during work?	YES/NO
12. Do you think decision-making skills are considered exclusively male attributes in your work environment?	YES/NO
13. Do you think leadership skills are considered exclusively male attributes in your work environment?	YES/NO
14. Do you think decision-making skills are considered exclusively male attributes in your work environment?	YES/NO

Referencias bibliográficas | References

- Cortés Flores AO, Fuentes Orozco C, López Ramírez MK y col. Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gac Méd Méx.* 2005;141(4):341-4.
- Estadísticas Universitarias, SPU, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, Argentina. 2004. Anuario 99-03.
- Eiguchi K. La feminización de la Medicina [editorial]. *Rev Argent Salud Pública.* 2017; 8(30):6-7.
- Neuman M, Questa U, Kaufmann R. Concurso de residencias médicas en la Ciudad de Buenos Aires: importancia del género y universidad. *Educación Médica, Buenos Aires, Argentina.* 2004; 7(2):90-6.
- Neuman M, Eiguchi K, Maggiani A, Lemus JD. Accesibilidad a residencias médicas en la Ciudad de Buenos Aires: Importancia de la universidad de origen y otros factores asociados. *Pren Méd Argent.* 2011;98:199-206.
- Brosio, Guitart y D'Alessandro (6 de junio de 2016). La igualdad de género. El techo de cristal. *Bae.* Consultado el 6 de junio de 2017.
- Burin M (1996). Una hipótesis de género: el techo de cristal en la carrera laboral. En: *Género, psicoanálisis y subjetividad.* Buenos Aires: Paidós; 1996. ISBN 950-12-4192-0.
- Phillips E, Nimeh T, Braga J, Lerner L. Does a Surgical Career Affect a Woman's Childbearing and Fertility? A Report on Pregnancy and Fertility Trends among Female Surgeons. *J Am Coll Surgeons.* 2014;219(5):944-50.
- Carr P, Ash A, Friedman R, et al. Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Ann Intern Med.* 2000;132:889-96.
- Maglio F. La mujer discriminada en y por la medicina. *Clínica Virtual Ginecológica.* Buenos Aires, 2006. [Disponible en: <http://www.ginecologica.com/DISCRIM.HTM>][Último acceso: 23/06/2017]
- Cabeza J. Conciliación de vida privada y laboral. *Temas laborales: Revista andaluza de trabajo y bienestar social.* 2010; 103:45-65.
- Kawase K, Nomura K, Tominaga R, et al. Analysis of gender-based differences among surgeons in Japan: results of a survey conducted by the Japan Surgical Society. *Surg Today.* 2018; 48(3):308-19.
- Binda MC, Silveira R, Krämer C. Cecilia Grierson, la primera médica argentina. *RAR.* 2010;74(4):361-5.
- Carbajal M. La medicina ya no es cosa de hombre. Artículo periódico publicado en *Página 12*, 04 de abril de 2018.
- Meler I. Parejas de la Transición. Entre la Psicopatología y la Respuesta Creativa. *Revista Actualidad Psicológica.* 1994; 214.
- Tajer D. Heridos corazones: Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires: Paidós; 2009. ISBN: 978-950-12-4557-8
- Aspiazu E. Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Revista Pilquen. Ciencias Sociales.* 2016;19(1): 55-66.
- Tajer D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En: *Políticas Públicas, Mujer y Salud.* Popayán, Colombia: Ediciones Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC; 2004.
- Fernández AM. La mujer de la Ilusión. Buenos Aires: Paidós; 1993.
- Ng Sueng LF, Vargas Matos I, Mayta Tristán P, et al. Gender Associated with the Intention to Choose a Medical Specialty in Medical Students: A Cross-Sectional Study in Countries in Latin America. Cicciozzi M, Ed. *PloS One.* 2016; 11(8):e0161000.
- Durá MI, Cadile MC. La gestión de recursos humanos en salud en Argentina. Una estrategia de consensos. Edición: Paula Kornbliht 2007-2015. Noviembre, 2015.
- Padin RO, Domínguez H. Relato Oficial del 88° Congreso Argentino de Cirugía 2017 ¿Quién y cómo se debe garantizar la calidad del cirujano? *Rev Argent Cirug.* 2017; 109 (Suplemento1):160.