

Pagotto, Vanina Laura

Enfoque de género en las residencias médicas

Maestría en Investigación clínica

Tesis 2017

Cita sugerida (Vancouver): Pagotto VL. Enfoque de género en las residencias médicas [tesis de maestría] [Internet]. [Buenos Aires]: Instituto Universitario Hospital Italiano; 2017 [citado AAAA MM DD]. 70 p. Disponible en: <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisytr/20180824150835/tesis-pagotto.pdf>



ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

Autora: Vanina Pagotto

Directora: Adriana Ruth Dawidowski

Tutor: Diego Hernán Giunta

Presentado en cumplimiento de los requisitos para la obtención del título de Maestría en Investigación Clínica ante el Instituto Universitario Escuela de Medicina Hospital Italiano de Buenos Aires

Buenos Aires, Marzo 2017

Resumen

Si bien la profesión médica experimentó un proceso de feminización, el acceso de las mujeres se asocia a dos tipos de desigualdades: la segregación vertical, que implica una distribución desigual en los puestos de responsabilidad, y la segregación horizontal que se evidencia en la escasa representación de las mujeres en ciertas especialidades médicas. Pocos estudios abordan la perspectiva de género. El objetivo fue comparar la distribución de hombres y mujeres en las instancias del proceso de ingreso a las residencias médicas, en general y por residencia, para evaluar si existe segregación horizontal y vertical de género. **Métodos:** el diseño fue retrospectivo observacional y analítico de una base de datos de médicos postulantes a las residencias médicas básicas de un hospital privado universitario en 2015-2016. Se utilizó un modelo de regresión multivariado para ajustar el OR de sexo con los potenciales confundidores en cada instancia. **Resultados:** no se observó asociación entre el sexo y la realización del examen, la aprobación del examen y el ingreso a entrevista. El OR ajustado para el ingreso a residencia de los hombres con respecto a las mujeres fue 1,60 (1,08-2,38), luego del ajuste por confundidores. El OR ajustado para el ingreso a las residencias quirúrgicas de los hombres con respecto a las mujeres fue 1,98 (1,05-3,74). No se observó asociación entre el sexo y el ingreso a residencias clínicas y otras. El porcentaje de mujeres que se inscribió a residencias quirúrgicas fue menor al que optó por las residencias clínicas (41,28% versus 58,72 $p < 0,001$) **Conclusión:** la mayor probabilidad de los hombres de ingresar a las residencias en general y en las residencias quirúrgicas demostró la existencia de segregación vertical, y la elección diferencial de hombres y mujeres por las residencias quirúrgicas y clínicas demostró la existencia de segregación horizontal de género. La visibilización de la segregación de género es fundamental para generar una sociedad equitativa.

Palabras claves: género; segregación; inequidad; medicina; residencias

Dedicatoria

A mi familia, especialmente a Rita, por los valores que me transmitió, por su apoyo incondicional y por creer siempre en mí.

Agradecimientos

Al Instituto Universitario Hospital Italiano, particularmente a:

Victor Eduardo Moure: coordinador de la Secretaría de Postgrado

Silvana Carmen Teramo: supervisora de la Secretaría de Postgrado

Licenciada Fabiana Inés Reboiras: directora del Departamento de Educación

Licenciada Clara Facioni: asesor pedagógico del Departamento de Educación

Al Comité de Residentes y Becarios, particularmente a:

Doctor Alfredo Mauricio Eymann: coordinador del Comité de Residentes y Becarios y subdirector del Instituto Universitario.

A la licenciada Virginia Laura Garrote, jefa de sección del Departamento de Información y Documentación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

A mis colegas amigos del Área de Investigación no Patrocinada del Departamento de investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires, por sus valiosos y en ocasiones divertidos comentarios.

A mis colegas del Área de Investigación en Medicina Interna del Hospital Italiano de Buenos Aires, por su colaboración en el análisis estadístico.

A la Sección de Epidemiología Clínica del Hospital Italiano de Buenos Aires, por despertar mi interés en la epidemiología y en la investigación en salud.

Y muy especialmente a:

Magister Adriana Ruth Dawidowski: investigadora del Área de Investigación en Salud Poblacional del Departamento de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires. Directora de esta tesis, por haberme introducido en el estudio del género y por su supervisión y dirección.

Dr Diego Hernán Giunta: coordinador del Área de Investigación en Medicina Interna y del Área de investigación no Patrocinada del Departamento de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires. Tutor de esta tesis, por su amistad, sabiduría, paciencia y apoyo incondicional.

“El privilegio no es visible para quien lo tiene. Está simplemente ahí, forma parte del mundo, de la vida, es como son las cosas. Son los otros quienes tienen una carencia, una ausencia, una deficiencia” (Wildman, 1996).

Índice

1. Introducción	8
1.1. Justificación	13
1.2. Pregunta de investigación	13
1.3. Hipótesis	14
2. Objetivos	15
3. Materiales y métodos	16
4. Resultados	19
4.1. Perfil de los médicos inscriptos y análisis de la asociación entre el sexo y la realización del examen	20
4.2. Perfil de los médicos que realizaron el examen y análisis de la asociación entre el sexo y la aprobación del examen	21
4.3. Perfil de los médicos que aprobaron el examen y análisis de la asociación entre el sexo y el ingreso a entrevista	22
4.4. Perfil de los médicos que ingresaron a entrevista y análisis de la asociación entre el sexo y el ingreso a residencia	23
4.5. Perfil de los médicos que ingresaron a residencia	23
4.6. Análisis de la asociación entre el sexo y el ingreso según residencias (clínicas, quirúrgicas y otras)	24
5. Discusión	25
Figura 1. Flujograma de la distribución de los médicos en las instancias del sistema de residencias médicas en los años 2015-2016	33
Figura 2. Probabilidades de mujeres y hombres con intervalos de confianza 95% de pasar a cada una de las instancias del proceso de ingreso al sistema de residencias médicas luego de la inscripción en los años 2015-2016	34
Figura 3. Distribución de mujeres y hombres en las 3 categorías de residencias en los años 2015-2016	35
Tabla 1. Comparación de las características de mujeres y hombres inscriptos al sistema de residencias médicas en los años 2015-2016	36
Tabla 2. Variables asociadas a la realización del examen y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y la realización del examen en los años 2015-2016	37
Tabla 3. Comparación de las características de mujeres y hombres que realizaron el examen en los años 2015-2016	38
Tabla 4. Variables asociadas a la aprobación del examen y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y la aprobación del examen en los años 2015-2016	39
Tabla 5. Comparación de las características de mujeres y hombres que aprobaron el examen en los años 2015-2016	40

Tabla 6. Variables asociadas al ingreso a entrevista y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y el ingreso a entrevista en los años 2015-2016	41
Tabla 7. Comparación de las características de mujeres y hombres que ingresaron a entrevista en los años 2015-2016	42
Tabla 8. Variables asociadas al ingreso a residencia y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y el ingreso a residencia en los años 2015-2016	43
Tabla 9. Comparación de las características de mujeres y hombres que ingresaron a residencia en los años 2015-2016	44
Tabla 10. Variables asociadas al ingreso a residencias clínicas y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y el ingreso a residencias clínicas en los años 2015-2016	45
Tabla 11. Variables asociadas al ingreso a residencias quirúrgicas y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y el ingreso a residencias quirúrgicas en los años 2015-2016	46
Tabla 12. Variables asociadas al ingreso a otras residencias y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y el ingreso a otras residencias en los años 2015-2016	47
Anexo 1. Clasificación de residencias básicas ordenadas por categorías	48
Anexo 2. Información de residencias y accesibilidad específica por residencia ordenadas por categoría de accesibilidad	49
Anexo 3. Protocolo presentado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires el 18 de agosto de 2016	50
Anexo 4. Aprobación del protocolo por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires el 18 de agosto de 2016	63
Anexo 5. Glosario	64
Referencias	67

1. Introducción

En los últimos años la profesión médica ha experimentado un importante proceso de feminización que se caracteriza por el incremento en el número de mujeres que estudian esta profesión, así como también el de las que la ejercen (1).

De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud de Argentina, la mayoría de los jóvenes que realizan la residencia en salud son mujeres de edades comprendidas entre los 25 y 33 años. Teniendo en cuenta la población de médicos matriculados tanto generales como especialistas, se observa en la pirámide un proceso de feminización de la profesión que responde a una tendencia de carácter global. Para los grupos de edad de más de 45 años se comprueba el predominio tradicional masculino, tendencia que se ha ido modificando en los últimos años, con una preponderancia de mujeres entre los médicos más jóvenes (1).

El incremento de mujeres en esta profesión puede interpretarse como una mejora en las desigualdades laborales tradicionales entre hombres y mujeres (2). Sin embargo el acceso masivo de las mujeres a este mercado de trabajo, se lleva a cabo, como ocurre en otros ámbitos laborales, a medida que se generan nuevas desigualdades (2). Estas desigualdades se manifiestan en dos grandes expresiones: la segregación vertical y la segregación horizontal de la ocupación laboral femenina.

Situarse en el marco de la segregación horizontal y vertical permite introducir el concepto de género, definido desde una perspectiva histórico-social, como un conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres (3). De esta forma, la discriminación o segregación de género está condicionada por los roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres (4). Desde un enfoque social, para comprender las diferencias entre hombres y mujeres, se destacan los trabajos en este campo de Simone de Beauvoir, quien definió al género como una identificación basada en una construcción social (5), Judith Butler quien incorporó el concepto de performatividad del género, en el sentido de que el género no es un acto singular y voluntarista, sino que implica la reiteración en el tiempo de una norma, de una sentencia y que está también marcada por las prácticas discursivas a lo largo del tiempo reiteradas (6), y Rita Segato, que mostró que las categorías mujer y hombre son productos histórico-culturales y no hechos de la naturaleza, y estas lecturas culturales promueven la ordenación de los géneros en una estructura jerárquica reflejada por una ideología patriarcal (7).

Puede considerarse que el discurso hegemónico patriarcal o simplemente patriarcado (8) es uno de los mecanismos fundamentales en la discriminación de género. La hegemonía patriarcal o simplemente patriarcado, hace referencia a una organización social fundada en la dominación masculina que se materializa en todos los ámbitos públicos, privados, individuales y colectivos de la sociedad (9).

El discurso hegemónico patriarcal asocia el sexo con unas determinadas características más allá de lo profesional, relacionadas con un estereotipo de las mujeres (cuidadoras, sensibles, familiares, menos fuertes, menos tecnificadas). La transmisión cultural del discurso hegemónico patriarcal en la enseñanza, construye la supuesta neutralidad genérica de las ciencias médicas, a las que se les otorga atributos de masculinidad: neutralidad y objetividad (10). Dentro de la profesión médica, el lugar de la otredad o alteridad ha sido adjudicado a las mujeres; este concepto de otredad ha sido propuesto para referir el hecho de que en la sociedad contemporánea la realidad se juzga desde una perspectiva que presupone un punto de vista occidental (europeo), masculino y de etnia blanca. Las mujeres, entonces, son consideradas otras, ya que cuando se habla de profesionales se presupone que se habla de médicos y en caso de tratarse de médicas, es necesario especificar que se trata de profesionales mujeres. Desde esta perspectiva, las mujeres estarían excluidas de los espacios tradicionalmente pertenecientes a la esfera masculina (11). Este discurso dificulta la posibilidad de detectar esas discriminaciones y lo invisibiliza. Por lo tanto debe tenerse en cuenta que las segregaciones vertical y horizontal, también en el ámbito de la profesión médica son difíciles de detectar, inclusive para las propias mujeres.

Desde los años noventa, se aprecia un interés creciente en toda América Latina en la necesidad de considerar la dimensión de género en las políticas y programas laborales, educativos y económicos (12). A tal fin se crearon en varios países mecanismos y estructuras intersectoriales con el fin de abordar los problemas o déficits laborales desde un enfoque de género. Uno de ellos fue el Proyecto Institucionalización del Enfoque de Género en la CEPAL (La Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y Ministerios Sectoriales. Dentro de sus objetivos principales se encuentra la recolección de información que permita construir indicadores de género y de ocupación en salud, convocar a los centros académicos y universidades a profundizar los estudios y líneas de investigación que aborden el proceso de trabajo en el sector salud con un enfoque de género, así como también, comunicar en forma periódica los avances y logros en la promoción de la calidad del empleo en el sector salud desde una perspectiva de género (12).

La segregación vertical hace referencia a la distribución no equilibrada en diferentes niveles de actividades y a la concentración de mujeres en puestos de baja responsabilidad (13). Los puestos de responsabilidad no están distribuidos de manera proporcional entre hombres y mujeres, sino que la presencia de ellos sigue siendo mayoritaria en estos puestos. El aumento de las estudiantes de medicina, de las residentes y de las médicas facultativas no está acompañado de un crecimiento proporcional de las profesionales en puestos de gestión y dirección en los hospitales (14). Existe una escasa representación de las mujeres tanto en los altos cargos profesionales, académicos y sindicales, así como en las especialidades de mayor autoridad (2). El “techo de cristal” es un concepto muy usado para hablar de las limitaciones institucionales y se lo define como el conjunto de acciones y prácticas basadas en redes formales e informales que excluyen a las mujeres de los cargos de mando y poder (14,15). Esta metáfora “techo de cristal” intenta mostrar que existen barreras invisibles, pero efectivas, que permiten a las mujeres avanzar sólo hasta un determinado nivel en la escala jerárquica de las organizaciones. Otros autores proponen 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 (16).

Además de la segregación vertical, se observa en la profesión médica la existencia de una segregación horizontal, que se manifiesta en la escasa representación de las 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 por otro lado, especialidades consideradas como masculinas, tales como cirugía, traumatología, neurología siguen siendo ejercidas mayoritariamente por hombres (10,17). En las residencias nacionales de Argentina, se observa un predominio de mujeres en las especialidades clínicas, (medicina general, pediatría, medicina interna, terapia intensiva y psiquiatría), mientras que en cirugía general y en anestesiología se observa un predominio de hombres, representando las mujeres el 31% y 42% del total de médicos respectivamente. Con respecto a tocoginecología, las mujeres predominan en las residencias nacionales (18). Esta segregación horizontal de género en las especialidades médicas también se observa en otros países, como por ejemplo en los Estados Unidos de Norteamérica, donde se observa un predominio de mujeres en las residencias de medicina general, pediatría, psiquiatría y tocoginecología, mientras que en medicina interna, terapia

intensiva, cirugía general y anestesiología el porcentaje de mujeres es menor (44%, 38%, 37%, y 36% respectivamente) (19).

En las especialidades quirúrgicas, donde siempre han dominado los hombres, la inclusión de las mujeres no es bien vista y mucho menos, bien recibida. La elección de ciertas especialidades presenta algunas dificultades que hacen declinar a las recién egresadas a elegir ciertas áreas, optando por especialidades clínicas o sólo algunas especialidades quirúrgicas como ginecología y obstetricia (20). Una de las explicaciones que frecuentemente se perciben y que desalienta a muchas mujeres a hacerse cirujanas, es que las especialidades quirúrgicas demandan demasiado tiempo, y que el estilo de vida de los cirujanos no es compatible con una vida familiar y social plena (21).

Varios autores afirman que en las especialidades quirúrgicas, la mujer que compite o trabaja con hombres, tiene que trabajar el doble para poder demostrar sus capacidades, en este caso a los pacientes, al equipo de trabajo (llámese enfermeras y técnicos involucrados, incluyendo estudiantes de medicina de uno y otro género a su cargo, etcétera), a sus colegas y, por supuesto, a los directivos (14, 22). Varios estudios (23, 24) han evaluado el clima educacional, definido como el producto de un conjunto de factores: el entorno físico (seguridad, alimentación, vivienda, confort y otras instalaciones), el clima emocional (seguridad, retroalimentación constructiva, ausencia de intimidación y acoso) y el ambiente de aprendizaje (motivación, aprender con los pacientes, participación activa, organización de la enseñanza) y que influyen significativamente en el comportamiento de los estudiantes y en los procesos de seguimiento y evaluación de programas de formación médica de posgrado (25). Uno de estos estudios, realizado en las residencias médicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, demostró que el clima educacional fue percibido como negativo por las mujeres de las residencias de clínica médica y cirugía al compararlas con los varones de estas residencias (24).

El mismo discurso hegemónico patriarcal opera también en los encargados de la selección del personal como un argumento a la hora de seleccionar a aquellas personas que van a promocionar (14). Uno de los argumentos de este discurso, hace pensar que contratar a mujeres implica un mayor costo económico institucional por licencias de maternidad y un mayor ausentismo en general en comparación con los hombres. Sin embargo, el costo adicional de la protección del trabajo de las mujeres, representado por la licencia por maternidad, se ve neutralizada en las cifras finales por el mayor costo masculino de los infortunios laborales y, en menor medida, del

aguinaldo que resultan de las características del empleo por género (antigüedad y distribución por actividades económicas) (2). Lo mismo sucede con la idea que las mujeres se ausentan más de sus puestos de trabajo, no existen indicadores desagregados por sexo que prueben esta afirmación (17).

Hay pocos estudios que den cuenta de un tratamiento sistémico de la situación de las personas ocupadas en el sector de la salud y aún menos que lo aborden desde la perspectiva de género (17). Esta perspectiva busca examinar el impacto del género en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones que llevan a cabo con otros (26). Siguiendo esta línea, y considerando que, si las relaciones de género implican relaciones de poder y diferenciación de espacios masculinos y femeninos (17,27), cabe preguntarse cómo la perspectiva de género va configurando las relaciones y a los propios profesionales en el proceso de formación de los médicos y en particular en la formación durante las residencias. El presente trabajo pretende lograr una aproximación al estudio de las relaciones de género dentro de las residencias médicas en Argentina.

En Argentina egresan cada año entre 4800 y 5500 médicos de las facultades de medicina públicas y privadas (28). Todos los años, el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales, así como diversas instituciones universitarias, de las fuerzas armadas y de seguridad y privadas, convocan a los graduados recientes del área de la salud para el ingreso al sistema de formación en residencia (29). Cada provincia o institución define las características del o de los concursos (examen, promedio, antecedentes, lugar de nacimiento, idioma y/o entrevista) y el valor relativo de los mismos, según su reglamentación. A partir del año 2011, el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales se encuentran en un proceso de unificación del examen de ingreso a residencias médicas a través del Examen Único Médico (29).

El Examen Único Médico (EUM) es un emprendimiento conjunto del Ministerio de Salud de la Nación y las autoridades provinciales para unificar la preinscripción, el cronograma y la prueba de selección múltiple que se requiere para el ingreso a las residencias médicas en las distintas jurisdicciones provinciales. Esta unificación abarca desde la publicación de vacantes hasta la readjudicación del cargo (29). En relación con la distribución de los médicos por región, la tendencia coincide con la oferta de formación de grado y posgrado con que cuenta cada una de ellas (28).

El momento de incorporación de los 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 y el discurso hegemónico patriarcal, que operan en las

elecciones que hacen los médicos recientemente recibidos y los que los seleccionan, permitiendo entonces visibilizar y analizar los mecanismos de segregación de género.

Este trabajo se propone determinar cómo se distribuyen hombres y mujeres en las distintas especialidades, desde las distintas instancias del proceso que implica el ingreso al sistema de residencias médicas de un hospital universitario de gestión privada, considerando la instancia de inscripción, la realización del examen, la aprobación del examen, el ingreso a entrevistas y el resultado final de las mismas. De esta manera se podrá evaluar si existe segregación horizontal y vertical en las residencias médicas, y en caso de existir, en qué tipo de residencias opera esa segregación, a fines de proponer o hipotetizar los mecanismos de segregación por género en la formación médica.

1.1. Justificación

La obtención de datos estadísticos desagregados de la distribución de los profesionales en las especialidades médicas, permitirá captar la situación de segregación horizontal por género y así poder visibilizar las diferencias en el acceso a las distintas especialidades médicas entre hombres y mujeres en todos los niveles, desde la propia elección de los médicos por distintas especialidades, así como también la existencia de esta segregación en el personal encargado de la selección.

La difusión de datos desagregados por sexo y la generación de información con un enfoque de género es considerado de creciente importancia en las agendas de programas políticos, laborales, educativos y económicos de los países de América Latina.

Es importante abordar este tema ya que cuando las instituciones médicas consideran el género en su gestión, esto tiene un impacto positivo en sus políticas y en sus prácticas de reclutamiento, promoción y retención de mujeres y de hombres, y que eso, a su vez, supone un beneficio para la calidad de la profesión médica, contribuyendo con el mejoramiento de las condiciones de trabajo, en la calidad del empleo en el sector salud y, por ende, en la calidad de vida de los hombres y las mujeres.

1.2. Pregunta de investigación

¿En cuáles de las instancias del proceso de ingreso a las residencias médicas básicas se pueden detectar segregación por género?

1.3. Hipótesis

Existen segregación horizontal y vertical de género en los ingresantes al sistema de residencias médicas básicas y en los encargados de la selección de los residentes.

2. Objetivos

Los objetivos fueron describir y comparar las proporciones relativas de hombres y mujeres que acceden a las instancias en las que se decide el ingreso a la residencia médica básica (inscripción al examen, realización del examen, aprobación del examen, ingreso a la entrevista e ingreso a la residencia) en general y por residencia para evaluar si existe segregación vertical y horizontal de género.

3. Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo observacional y analítico de las cohortes de los médicos postulantes al sistema de residencias médicas de primer nivel del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) de los años 2015 y 2016, para determinar la existencia de segregación vertical (existencia de una diferencia estadística en la proporción de mujeres que ingresan a la residencia a igual rendimiento académico) y segregación horizontal (evidencia de una diferencia estadística en la proporción de sexos según las categorías de residencia consideradas culturalmente de cuidado en desmedro de prácticas agresivas). Se consideraron las residencias médicas básicas como sinónimo de primer nivel. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires con fecha 18 de agosto de 2016 (número 2940).

El HIBA es un hospital universitario de gestión privada que posee un sistema de residencias para profesionales de la salud que ofrece vacantes para médicos, psicólogos, enfermeros, kinesiólogos y fonoaudiólogos. Además ofrece vacantes para médicos extranjeros para realizar becas adscriptas con régimen de residencia. Cuenta con aproximadamente 443 médicos residentes en 24 programas de residencias médicas básicas. El proceso de selección de médicos para las residencias básicas incluye una inscripción, un examen de conocimientos y una entrevista personal. La descripción del proceso está disponible en:

<https://www1.hospitalitaliano.org.ar/#/edu/home/residentes>.

La **inscripción** es arancelada y consiste en una declaración jurada online y presentación de documentación respaldatoria. Para la inscripción se requiere título de médico otorgado por universidad pública o privada con reconocimiento estatal, ser argentino o extranjero con la totalidad de la carrera realizada en el país, y un promedio de la carrera igual o mayor a 7. La inscripción se inicia en enero y las fechas corresponden con el resto de los sistemas de selección para ingreso a residencias del país.

El **examen** consiste en 100 preguntas de selección múltiple. Se aprueba con el 60 por ciento del puntaje que resulta del promedio de los tres exámenes más altos. Los postulantes con derecho a la entrevista personal son aquellos que, entre los aprobados, obtienen los puntajes más altos del examen de conocimientos. El orden de mérito de ingreso a la entrevista está determinado por la nota del examen.

Las **entrevistas** son realizadas por el director del programa, el coordinador de la

residencia elegida y un profesional de otra residencia. Los entrevistadores cuentan, en el momento de la entrevista, con los datos correspondientes a la nota del examen de conocimiento, al promedio general de la carrera y al currículum de los aspirantes. Cada entrevistador califica independientemente y el puntaje final de la entrevista es el resultado de la media aritmética de las tres calificaciones. El orden de mérito determina la elección del postulante para su ingreso como residente en el Hospital Italiano.

Se incluyeron en el estudio los médicos inscriptos al concurso de los años 2015 y 2016. Se excluyó la segunda inscripción de los médicos que participaron de ambos concursos. El muestreo fue consecutivo. Los datos fueron obtenidos de los registros electrónicos del Departamento de Posgrado del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires, previa aprobación del comité de ética institucional. Las 24 residencias médicas básicas se clasificaron en 3 categorías: clínicas, quirúrgicas y otras. La agrupación en las 3 categorías se realizó teniendo en consideración estudios previos (2) y a juicio del investigador. En el anexo 1 se detalla la clasificación de las residencias en las 3 categorías.

Se evaluaron los datos demográficos: sexo biológico (hombre y mujer), edad y nacionalidad (argentina y otras). Se utilizó el sexo biológico que fue el dato disponible en los registros electrónicos. Se generó la variable edad mayor a 27 años en los médicos postulantes 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 los que rindieron, se registró la nota del examen de residencia.

Se evaluó la cantidad de mujeres y hombres entrevistadores para cada entrevista de cada residencia básica y se creó la variable proporción de hombres del total de entrevistadores. Esta variable se construyó como el cociente entre la cantidad de hombres entrevistadores sobre el total de entrevistadores. Se evaluó la cantidad de hombres y mujeres jefes de residentes presentes en cada residencia básica al momento de realizarse el proceso de selección de los médicos residentes y se elaboró la variable: proporción de hombres del total de jefes de residentes. Esta variable se construyó como el cociente entre la cantidad de hombres jefes del total de jefes de residentes. Se evaluó la cantidad de hombres y mujeres residentes presentes en cada residencia básica al momento de realizarse el proceso de selección de los residentes y se creó la variable proporción de hombres del total de residentes. Esta variable se construyó como el cociente entre la cantidad de hombres residentes del total de

residentes.

Se creó la variable accesibilidad específica por residencia para cada una de las 24 residencias médicas. Se consideró como accesibilidad a la probabilidad de ingreso por residencia (30). Se calculó como el cociente entre la cantidad vacantes de cada residencia y la cantidad de médicos postulantes para cada residencia. Se clasificaron en categorías de accesibilidad: alta $\geq 25\%$; intermedia entre $< 25\%$ y $\geq 11\%$; y baja $< 11\%$. El anexo 2 describe los porcentajes de accesibilidad específica por residencia.

Se presentaron las variables cuantitativas como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (RIC percentil 25%-75%) según la distribución observada. Se presentaron las variables categóricas con su frecuencia absoluta y relativa. Se compararon las variables cuantitativas entre sexos con test de t o Mann-Whitney según supuestos. Se compararon las variables categóricas entre sexos con Chi cuadrado o Fisher según supuestos. Para la comparación entre sexos y las categorías de residencia en la instancia inscripción, se utilizó Chi cuadrado y se ajustaron los p valores por comparaciones múltiples con el método de Bonferroni.

Considerando las instancias progresivas del proceso de ingreso como inscripción, realización de examen, aprobación del examen, ingreso a entrevista e ingreso a la residencia, se estimaron las probabilidades de pasar a la siguiente instancia para mujeres y hombres. Se estimó la probabilidad condicional de ingresar a la residencia considerando la multiplicación de todas las probabilidades previas. Todas las probabilidades se presentaron como proporciones con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Para cada paso entre instancias, se utilizó un modelo de regresión logística univariado para estimar la asociación entre el sexo hombre y pasar a la siguiente instancia. Se consideraron como potenciales confundidores las variables que fueron estadísticamente significativas en las comparaciones basales entre sexos y las relevantes según la bibliografía y la experiencia del equipo investigador. Se utilizó un modelo de regresión multivariado incluyendo las variables potenciales confundidoras para ajustar el OR de sexo hombre. Se presentaron los OR crudos y ajustados con sus intervalos de confianza del 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%. El análisis estadístico se realizó con el software STATA versión 14.2 (Texas, EEUU).

4. Resultados

Se inscribieron en total 2452 médicos. Se excluyeron 78 (3,18%) médicos de la cohorte 2016 que ya se habían inscripto en la cohorte 2015. De los 2374 médicos inscriptos, 1949 (82,1%) realizaron el examen y del total de los médicos que realizaron el examen, 1796 (92,15%) aprobaron. Ingresaron a entrevista 579 médicos (32,07%) e ingresaron a residencias 220 médicos (38,19%). En la figura 1 se observan las frecuencias absolutas y relativas del total de los médicos de cada una de las instancias del sistema de ingreso a las residencias médicas.

La probabilidad de realizar el examen en los que se anotaron fue de 0,82 (1949/2374, IC95% 0,80-0,84). La probabilidad de aprobar en los que realizaron el examen fue de 0,92 (1796/1949, IC95% 0,91-0,93). La probabilidad de ingresar a entrevista en los que aprobaron fue de 0,32 (579/1796, IC95% 0,30-0,34). La probabilidad de ingresar a la residencia en los que ingresaron a entrevista fue de 0,38 (220/579, IC95% 0,34-0,42). La probabilidad de aprobar el examen en los que se inscribieron fue de 0,76 (IC95% 0,62-0,89). La probabilidad de ingresar a entrevista en los que se inscribieron fue de 0,22 (IC95% 0,19-0,25). La probabilidad de ingresar a residencia en los que se inscribieron fue de 0,08 (IC95% 0,08-0,09).

La probabilidad de realizar el examen en las mujeres fue de 0,84 (1220/1457, IC95% 0,82-0,85). La probabilidad de aprobar en las que realizaron el examen fue de 0,92 (1125/1220, IC95% 0,90-0,94). La probabilidad de las mujeres de ingresar a entrevista en las que aprobaron fue 0,30 (343/1125, IC95% 0,28-0,33). La probabilidad de ingresar a residencia en las que ingresaron a entrevista fue de 0,33 (114/343, IC95% 0,28-0,38). La probabilidad de aprobar el examen en las que se inscribieron fue de 0,77 (IC95% 0,6-0,95). La probabilidad de ingresar a entrevista en las que se inscribieron fue de 0,24 (IC95% 0,19-0,28). La probabilidad de ingresar a residencia en las que se inscribieron fue de 0,08 (IC95% 0,07-0,08).

La probabilidad de realizar el examen en los hombres fue de 0,79 (729/917, IC95% 0,77-0,82). La probabilidad de aprobar en los que realizaron el examen fue de 0,92 (671/729, IC95% 0,90-0,94). La probabilidad de los hombres de ingresar a entrevista en los que aprobaron el examen fue de 0,35 (236/671, IC95% 0,31-0,39). La probabilidad de ingresar a la residencia en los que ingresaron a entrevista fue de 0,45 (106/236, IC95% 0,38-0,51). La probabilidad de aprobar el examen en los que se inscribieron fue de 0,73 (IC95% 0,53-0,94). La probabilidad de ingresar a entrevista en los que se inscribieron fue de 0,26 (IC95% 0,19-0,32). La probabilidad de ingresar a residencia en los que se inscribieron fue de 0,12 (IC95% 0,1-0,13).

En la figura 2 se observan las probabilidades de mujeres y hombres de pasar a cada una de las instancias del proceso de ingreso al sistema de residencias médicas luego de la inscripción.

A continuación se describen las características de mujeres y hombres de cada instancia (inscripción, realización de examen, aprobación del examen, ingreso a entrevista, ingreso a residencia) y las variables asociadas a pasar a la siguiente instancia. La comparación de las características de mujeres y hombres en cada instancia se presenta en las tablas 1, 3, 5, 7 y 9. La asociación entre el sexo y pasar a cada una de las instancia se presentan en las tablas 2, 4, 6 y 8, junto con otras potenciales variables asociadas. En las tablas 10, 11 y 12 se presenta la asociación entre el sexo e ingresar a residencia para las 3 categorías de residencias: clínicas, quirúrgicas y otras, respectivamente, junto con otras potenciales variables asociadas.

4.1. Perfil de los médicos inscriptos y análisis de la asociación entre el sexo y la realización del examen

De los 2374 médicos inscriptos, fueron mujeres 1457 (61,37%). En la tabla 1 se comparan las características de mujeres y hombres inscriptos. La media de edad fue 26,84 años (DE 2,81), y 802 médicos (33,78%) tenían más de 27 años. Fueron de nacionalidad argentina 2364 médicos (99,58%). Se recibieron de universidades públicas 1537 (64,75%) y la media del promedio de la carrera fue 7,91 (DE 0,65).

Con respecto a las residencias a las que se inscribieron, 1108 (46,67%) optaron por residencias clínicas, 1098 (46,25%) por residencias quirúrgicas y 168 (7,08%) por otras residencias. La mediana de la accesibilidad específica por residencia de los médicos que se inscribieron fue 6,67 (RIC 5,33-9,67).

Al comparar la cantidad de médicos inscriptos en las residencias clínicas con la cantidad de inscriptos en las residencias quirúrgicas, 801 mujeres (58,72%) y 307 hombres (36,46%) se habían inscripto en residencias clínicas, mientras que 563 mujeres (41,28%) y 535 hombres (63,54%) se habían inscripto en residencias quirúrgicas. Esa diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Al comparar la cantidad de médicos inscriptos en las residencias quirúrgicas con la cantidad de médicos inscriptos en otras residencias, 563 mujeres (85,82%) y 535 hombres (87,70%) optaron por residencias quirúrgicas, mientras que 93 mujeres (14,18%) y 75 hombres (12,30) optaron por otras residencias. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,324$).

Al comparar la cantidad de médicos inscriptos en las residencias clínicas con la cantidad de médicos inscriptos en otras residencias, 801 mujeres (89,60%) y 307 hombres (80,37%) se habían inscripto en residencias clínicas, mientras que 93 mujeres (10,40%) y 75 hombres (19,63%) optaron por otras residencias. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

En la tabla 2 se muestran los OR crudos y ajustados para la realización del examen. Se observó asociación estadísticamente significativa con el sexo, con la edad en años y la edad mayor a 27 años, la nacionalidad argentina, tener el título expedido por universidades públicas, el promedio de la carrera, la accesibilidad específica por residencia y la categoría de residencia por la que se inscribieron en el análisis bivariado. No se observó asociación entre el sexo y la realización del examen en el análisis multivariado (ajustado por edad mayor a 27 años, nacionalidad argentina, universidad pública, y categoría de residencia).

4.2. Perfil de los médicos que realizaron el examen y análisis de la asociación entre el sexo y la aprobación del examen

De los médicos inscriptos, 1949 (82,1%) realizaron el examen. Fueron mujeres 1220 (62,60%). En la tabla 3 se comparan las características de mujeres y hombres que realizaron el examen. La media de edad fue 26,52 años (DE 2,40) y 554 médicos tenían más de 27 años. Solo 1 médico fue extranjero. Se habían recibido de universidades públicas 1308 médicos (67,11%) y la media del promedio de la carrera fue 7,93 (DE 0,64).

Con respecto a las residencias a las que se inscribieron, del total de los médicos que realizaron el examen, 934 (47,92%) optaron por residencias clínicas, 910 (46,69%) por residencias quirúrgicas y 105 (5,39%) por otras residencias. La mediana de la accesibilidad específica por residencia de los médicos que realizaron el examen fue 6,52 (RIC 5,33-9,67).

De los médicos inscriptos, 425 (17,9%) no realizaron el examen. Hubo 408 (96%) médicos que no rindieron con un promedio menor a 7 ($p=0,04$). Fueron mujeres 237 (16,27%) y hombres 188 (20,5%) ($p=0,009$). No se encontraron diferencias entre los hombres y las mujeres que no realizaron el examen en la edad, la universidad de origen y la nacionalidad argentina. Tampoco se encontraron diferencias en la proporción de hombres y mujeres con promedios menores a 7 (97,3% y 94,5% respectivamente). De los 17 médicos restantes que no realizaron el examen no se pudo recabar la causa.

En la tabla 4 se muestran los OR crudos y ajustados para la aprobación del examen. Se observó asociación estadísticamente significativa con el sexo, con la edad en años y la edad mayor a 27 años, tener el título expedido por universidades públicas, el promedio de la carrera y la categoría de residencia por la que se inscribieron en el análisis bivariado. No se observó asociación entre el sexo y aprobación del examen en el análisis multivariado (ajustado por edad mayor a 27 años, nacionalidad argentina, universidad pública, promedio de la carrera y categoría de residencia).

4.3. Perfil de los médicos que aprobaron el examen y análisis de la asociación entre el sexo y el ingreso a entrevista

Aprobaron el examen 1796 (92%) médicos. Fueron mujeres 1125 (62,64%). En la tabla 5 se comparan las características de mujeres y hombres que aprobaron el examen. La media de edad fue 26,45 años (DE 2,32) y 488 médicos (27,17%) tenían más de 27 años. Solo 1 médico era extranjero. Se recibieron en universidades públicas 1243 médicos (69,21%). La media del promedio de la carrera fue 7.95 (DE 0.64).

Con respecto a las residencias a las que se inscribieron, del total de los médicos que aprobaron el examen, 864 (48,11%) optaron por residencias clínicas, 841 (46,83%) por residencias quirúrgicas y 91 (5,07%) por otras residencias. La mediana de la accesibilidad específica por residencia de los médicos que aprobaron el examen fue 6,52 (RIC 5,33-9,67).

La media de la nota de examen de los que aprobaron fue 64,09 (DE 7,23). Ocho médicos no aprobaron el examen pero ingresaron a entrevista, 4 fueron mujeres y 4 hombres. En dos casos no se pudo rescatar la nota de examen (1 mujer y 1 hombre) pero como ingresaron a entrevista se consideraron como aprobados

En la tabla 6 se muestran los OR crudos y ajustados para el ingreso a entrevista. Se observó asociación estadísticamente significativa con el sexo, tener el título expedido por universidades públicas, el promedio de la carrera, la accesibilidad específica por residencia y la categoría de residencia por la que se inscribieron, la nota del examen y la inscripción en el año 2016 en el análisis bivariado. No se observó asociación entre el sexo y el ingreso a entrevista en el análisis multivariado (ajustado por edad mayor a 27 años, universidad pública, accesibilidad específica por residencia, categoría de residencia, nota del examen y año 2016).

4.4. Perfil de los médicos que ingresaron a entrevista y análisis de la asociación entre el sexo y el ingreso a residencia

Ingresaron a entrevista 579 (32%) médicos y 343 (59,24%) fueron mujeres. En la tabla 7 se comparan las características de mujeres y hombres que ingresaron a la entrevista. La media de edad fue 26,46 años (DE 2,47) y 149 médicos (25,73%) tenían más de 27 años. La totalidad de los médicos que ingresaron a entrevista fueron argentinos. Se recibieron de universidades públicas 426 médicos (73,58%). La media del promedio de la carrera fue 8,03 (DE 0,68) y la media de la nota de examen en los médicos que ingresaron a entrevista fue 68,7 (DE 7,02).

Con respecto a las residencias a las que se inscribieron, el total de los médicos que ingresaron a entrevista, 283 (48,88%) optaron por residencias clínicas, 239 (41,28%) por residencias quirúrgicas y 57 (9,84%) por otras residencias. La mediana de la accesibilidad específica por residencia de los médicos que ingresaron a entrevista fue 8,05 (RIC 6,15-17,86).

Con respecto a los entrevistadores, la mediana de la proporción de hombres del total de entrevistadores fue 0,67 (RIC 0,33-1). Considerando la constitución de la residencia, la mediana de la proporción de hombres del total de jefes de residentes fue 0,5 (RIC 0-1) y la mediana de proporción de hombres del total de residentes fue 0,43 (RIC 0,28-0,68).

En la tabla 8 se muestran los OR crudos y ajustados para el ingreso a residencia. Se observó asociación estadísticamente significativa con el sexo, el promedio de la carrera, la accesibilidad específica por residencia y la categoría de residencia por la que se inscribieron en el análisis bivariado. El OR ajustado para el ingreso a residencia de los hombres con respecto a las mujeres fue de 1,60 (1,08-2,38) independientemente del promedio de la carrera, de la accesibilidad específica por residencia, de la categoría de residencia, de la nota del examen, de la proporción de hombres del total de entrevistadores y de la proporción de hombres del total de residentes.

4.5. Perfil de los médicos que ingresaron a residencia

De los 579 médicos que ingresaron a entrevista, 220 (38%) ingresaron a la residencia y 114 (51,82%) fueron mujeres. En la tabla 9 se comparan las características de mujeres y hombres que ingresaron a la residencia. La media de edad fue 26,38 (DE 2,17) y 60 médicos (27,27%) tenían edad mayor a 27 años. Todos los ingresantes a residencias fueron argentinos. Se recibieron en universidades públicas 154 médicos

(70%) y la media del promedio de la carrera fue 8,14 (DE 0,72). La media de la nota de examen en los médicos que ingresaron a residencia fue 69,27 (DE 7,77).

Con respecto a las residencias a las que se inscribieron, del total de los médicos que ingresaron a residencia, 108 (49,09%) optaron por residencias clínicas, 81 (36,82%) por residencias quirúrgicas y 31 (14,09%) por otras residencias. La mediana de la accesibilidad específica por residencia de los médicos que ingresaron a residencia fue 9,68 (RIC 6,42-18,18).

4.6 Análisis de la asociación entre el sexo y el ingreso según residencias (clínicas, quirúrgicas y otras)

De los 220 médicos que ingresaron a la residencia, 108 (49,09%) ingresaron a residencias clínicas, 81 (36,82%) a residencias quirúrgicas y 31 (14,09%) a otras residencias. En la figura 3 se observa la distribución de mujeres y hombres en las 3 categorías de residencias.

En la tabla 10 se muestran los OR crudos y ajustados para el ingreso a residencias clínicas. Se observó asociación estadísticamente significativa con el sexo, el promedio de la carrera y la nota del examen en el análisis bivariado. No se observó asociación entre el sexo y el ingreso a residencia en el análisis multivariado (ajustado por promedio de la carrera, accesibilidad específica por residencia, nota del examen, proporción de hombres del total de entrevistadores y proporción de hombres del total de residentes).

En la tabla 11 se muestran los OR crudos y ajustados para el ingreso a residencias quirúrgicas. Se observó asociación estadísticamente significativa con el sexo y el promedio de la carrera en el análisis bivariado. El OR ajustado para el ingreso de los hombres con respecto a las mujeres fue de 1,98 (1,05-3,74) independientemente del promedio de la carrera, de la accesibilidad específica por residencia, de la nota del examen, de la proporción de hombres del total de entrevistadores y de la proporción de hombres del total de residentes.

En la tabla 12 se muestran los OR crudos y ajustados para el ingreso a otras residencias. No se observaron variables asociadas estadísticamente en el análisis bivariado. No se observó asociación entre el sexo y el ingreso a residencia en el análisis multivariado (ajustado por promedio de la carrera, accesibilidad específica por residencia, nota del examen, proporción de hombres del total de entrevistadores y proporción de hombres del total de residentes).

5. Discusión

Este trabajo demostraría una instancia del proceso de ingreso al sistema de residencias básicas en las que las proporciones diferenciales por sexo sugieren inequidad de género. A igual tasa de aprobación del examen, la mayor probabilidad de los hombres de ingresar a la residencia en comparación con las mujeres, es altamente sugestivo de la existencia de mecanismos de segregación vertical de género.

En esta investigación, las instancias realización del examen y aprobación del examen parecen depender sobre todo de las características académicas de los médicos postulantes, y el ingreso a entrevista sería el resultado de la nota del examen. Estos pasos del proceso de selección serían independientes del género. No se observó asociación entre el sexo y el ingreso en cada una de estas instancias.

El rendimiento académico, medido en este estudio como el promedio de la carrera y la nota del examen, podría ser considerado como uno de los elementos constituyentes de las capacidades intelectuales. Bajo este concepto, la igualdad en el promedio y la tasa de aprobación del examen, es un indicador de igualdad de capacidades intelectuales de ambos sexos. Sin embargo, el contexto histórico-social, intentó, a través de un modelo biologicista, justificar los estereotipos que constituyen la base de la discriminación de género. Diversos trabajos se han dedicado a rastrear aquellas teorías que, bajo una supuesta base científica, pretendían demostrar y defender las creencias acerca de la inferioridad intelectual de la mujer, contribuyendo así a fundamentar su segregación y mantenerlas alejadas de la producción de conocimiento (31). Varias investigaciones en biología y psicología defendieron la idea de que las diferencias sexuales en las habilidades cognitivas eran la causa de la desigual presencia de hombres y mujeres en ciertos ámbitos científicos basándose en estudios de dimorfismo sexual, análisis de condicionamientos genéticos, hormonales y de estructura cerebral y varios trabajos han puesto de manifiesto los sesgos que incorporaron estos estudios (32,33).

Hombres y mujeres tienen diferentes intereses y estos son condicionados a través de las expectativas sociales y culturales que asignan estereotipos a cada uno de los géneros (34). De esta manera, se generarían mecanismos de subordinación sobre las mujeres y éstas aceptarían esta posición de subordinación. La internalización de los estereotipos de género, contribuye a activar las llamadas “profecías autocumplidas” del efecto pigmalión, es decir, el comportamiento de una persona no depende tanto de la situación real en la que se encuentre, sino fundamentalmente de la que percibe(35). Tanto los hombres como las mujeres adquieren un rol a partir de los demás, y acaban

creyéndolo propio, moldeando y facilitando un comportamiento que deriva en la segregación horizontal y vertical de género (36).

Se observó en esta investigación que la entrevista 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 esta instancia se ponen en juego factores subjetivos de los encargados 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 los entrevistadores, en los residentes en general y en los jefes de residentes. Esto hace pensar que esta selección diferencial de hombres responde a una lógica institucional que favorece la promoción de los hombres más allá de sus méritos académicos y profesionales.

Si bien fue diferente la proporción de mujeres y hombres que ingresaron a la residencia del total de los que ingresaron a entrevista, en el análisis de subgrupos esta diferencia sólo se conservó en las residencias quirúrgicas. La falta de asociación entre el sexo y el ingreso a las residencias clínicas y a otras residencias podría deberse a una falta de poder. Considerando la instancia entrevista en las residencias clínicas, de los 84 hombres 40 (47,62%) ingresaron a la residencia, mientras que de las 199 mujeres, 68 (34,17%) ingresaron. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa y el poder estimado para esta comparación fue de 60%. Para la misma comparación en el subgrupo de otras residencias, de los 21 hombres, 12 (57,14%) ingresaron a la residencia, mientras que de las 36 mujeres, 19 (52,78%) ingresaron. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa y el poder estimado para esta comparación fue de 6%. Ambas estimaciones de poder se realizaron con el software STATA versión 14.2.

A pesar de que en este estudio no fue posible obtener la información sobre todos los entrevistadores, lo que podría haber ocasionado un sesgo de información, 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 los 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 los directores de residencias y empleadores de médicos, encontraron que en ambos grupos, se realizó la búsqueda de postulantes que fueran “como ellos y que compartieran la filosofía organizacional” y uno de los criterios de selección tácito fue el género (14,22). 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 (22).

Varios argumentos relativos a la conveniencia laboral son esgrimidos a la hora de seleccionar a los residentes, como por ejemplo que contratar a mujeres podría implicar un mayor costo económico institucional por licencias de maternidad y un mayor ausentismo en general en comparación con los hombres (14). Sin embargo, estos argumentos pueden considerarse subjetivos ya que las investigaciones sobre género han demostrado que el argumento del alto costo de la maternidad resulta fácilmente rebatible (37,38). Un estudio que evaluó el costo laboral de la mano de obra femenina realizado con datos de la Encuesta Permanente de Hogares demostró que el costo adicional que implican las licencias de maternidad y los posibles ausentismos se ve neutralizado por suspensiones y otros ausentismo (viajes imprevistos, faltas sin motivos, huelgas) (37,38). Además, los hombres tienen una tasa más elevada de ausencias por enfermedad comparados con las mujeres e influirían en esta disparidad los accidentes y enfermedades laborales, que están más sesgados hacia los varones (37,38). El mismo estudio concluye que no quedaría espacio de significación numérica para ubicar un ausentismo femenino específico, además de la maternidad. No tiene magnitud suficiente para constituir un costo en sentido propio que introduzca una diferencia significativa en la contratación regular de un hombre o una mujer (37,38).

Existen varias propuestas laborales en pos de avanzar hacia la equidad de género. En algunas empresas, dado que se trata de una licencia solicitada con antelación, la soluciones planteadas son el adelanto del trabajo que el empleado no va a poder realizar durante la licencia, en caso de que esto sea posible, la contratación de un suplente temporal, o el pago de horas extras a los empleados que quisieran suplir a la persona en licencia (37). Por otro lado, varios países contemplan la licencia por maternidad para los padres, llamada licencia por paternidad (39). Los períodos son variables según el país que se considere, por ejemplo un día en Arabia Saudita e Italia; hasta 90 días Islandia y Eslovenia; en Suecia, la licencia por paternidad consiste en 10 días después del nacimiento más dos meses de licencia reservada para cada padre) y en Argentina la licencia por paternidad es de dos días (39).

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 la diferencia de proporción de sexos según las residencias que culturalmente se consideran de cuidado en desmedro de prácticas agresivas.

Varios estudios han demostrado la existencia de segregación horizontal en las residencias médica, 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 (18), así como también en otros países como Estados Unidos y Canadá donde este porcentaje es 38% (19, 20).

La discriminación de género está profundamente internalizada en los estudiantes de medicina, en los profesionales médicos y en los encargados de la selección, tanto hombres como mujeres. El principal mecanismo de segregación es el discurso hegemónico patriarcal, el cual dificulta la posibilidad de detectar esas discriminaciones y lo invisibiliza (10,11,40). Este discurso asocia al sexo con determinadas características relacionadas con un estereotipo de las mujeres (cuidadoras, sensibles, familiares, menos fuertes, menos tecnificadas) (2). El rol social y cultural asignado a la mujer impacta sobre su identidad y obstaculiza la incorporación de estas 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 (14,41).

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 (22). Probablemente las mujeres que optan por las residencias quirúrgicas sean diferentes a las que optan por otras residencias. Se desconoce y no es posible predecir la forma en que estas diferencias influyen en la probabilidad de ingresar a la residencia. Sin embargo, cuando algunas mujeres, consideradas igual de competentes que sus pares varones, adoptan características similares a los hombres, se tiende a considerar que violan las normas esperadas socialmente (o prescriptivas) y reaccionan negativamente frente a ellas (15).

Este estudio representa el sistema de ingreso a las residencias médicas básicas de un

hospital universitario privado. Esto es sólo un fragmento de todo el proceso que experimenta una persona que decide ingresar a una residencia médica básica. La trayectoria de la carrera implica otras instancias, como ingresar a una facultad de medicina, permanecer en la carrera, adquirir conocimientos y graduarse. Luego del ingreso a la residencia, otras instancias son permanecer en la residencia y terminar la residencia. Todos los posibles factores sociales, culturales, educativos, vivencias individuales, percepciones, que impactan sobre cada postulante en todos estos procesos no fueron abordados en este estudio.

Además en este trabajo, como se mencionó, se evaluó solo el rendimiento académico como uno de los elementos constituyentes de la capacidad intelectual, cuando en realidad la misma implica un concepto mucho más general que, entre otras cosas, incluye la habilidad de razonar, planear, resolver problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender rápidamente y aprender de la experiencia. No es un mero aprendizaje de los libros, ni una habilidad estrictamente académica, ni un talento para superar pruebas. Más bien, el concepto se refiere a la capacidad de comprender el propio entorno (42). El instrumento más utilizado para la evaluación de estas capacidades en un sistema de ingreso a residencias médicas es el examen de preguntas de opciones múltiples, que lamentablemente no permite más que una visión parcial de las mismas (43). Tampoco se recabaron aspectos personales de los entrevistadores y personas encargadas de la selección de los residentes. Si bien es muy difícil abordar estos aspectos, una mejor aproximación podría lograrse con futuros estudios empleando métodos que permitan, entre otros aspectos, la medición las capacidades intelectuales y abordajes cualitativos para considerar aquellos aspectos relevantes que no pueden evaluarse con estudios cuantitativos.

Para la realización de esta investigación, se utilizó una base de datos secundaria de los registros electrónicos del Departamento de Posgrado del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Este registro es un sistema sólido de datos, con alta calidad e información precisa del seguimiento de los postulantes al sistema de residentes en el tiempo que permitieron desarrollar un enfoque de género, responder a la pregunta de investigación y probar las hipótesis.

Los resultados de este estudio que sugieren que la existencia de segregación vertical en el ingreso a las residencias médicas es generada por la selección diferencial a cargo de los entrevistadores, no pueden ser generalizado a todos los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires y de las provincias, donde el ingreso a la

residencia depende únicamente del ranking generado con el promedio entre la nota de la carrera de medicina y la nota del examen de residencia, y la adjudicación del cargo, se realiza en un solo acto, sin que medie una instancia de entrevista. Sin embargo, lo observado en este hospital universitario de gestión privada, puede extenderse a otros hospitales privados y nacionales universitarios en donde existe una instancia de entrevista que determina el ingreso a la residencia de los médicos postulantes, y en esta instancia podrían encontrarse la segregación de género descrita. Con respecto a la segregación horizontal, la elección diferencial de hombres y mujeres por las distintas residencias al momento de la inscripción en el examen de residencia que se observó en este trabajo, puede ser representativo de todos los hospitales independientemente de las particularidad que presenta el proceso de selección de los residentes en cada uno.

En otras profesiones también se han realizado estudios desde una perspectiva género. Por ejemplo la Subsecretaría de Estudios y Prospectiva, a través de la Dirección Nacional de Información Científica (DNIC), realizó una encuesta nacional de grupos de investigación en tecnologías de información y comunicación (TIC), con el objetivo de recabar información sobre el rol de hombres y mujeres en esta disciplina (44). El análisis de la encuesta puso de manifiesto la existencia de una segregación horizontal y vertical de género. La distribución tanto de los recursos humanos que participan en estos grupos, como la dirección de los mismos presentan una brecha de alrededor de 70% varones y 30% mujeres, la cual puede ser considerada como una situación de masculinización en esta área disciplinar (44). Esta inequidad de género sería una consecuencia de la baja participación de las mujeres en la matrícula de los estudios universitarios (ingeniería de sistemas, informática, etc.) (44). Con respecto a la segregación vertical, en los grupos de investigación dirigidos por mujeres, la brecha se reduce considerablemente tanto cuando se analiza la composición de sus integrantes, como respecto de las funciones que desempeñan (investigadores y estudiantes de grado) y el nivel académico alcanzado (doctorado y estudiantes de grado), mientras que en el caso de los grupos con directores todos los planos antes mencionados están masculinizados, e incluso se verifica en un número importante de casos donde no hay presencia femenina (44). Con respecto a la segregación horizontal, los grupos con directoras se inclinan a temas de corte teórico, mientras que los que tienen director a temas más aplicados (44). A pesar de la existencia de esta inequidad, en términos de productividad en cantidad promedio de proyectos desarrollados, presupuesto y acceso al financiamiento para implementar las iniciativas, se aprecia equidad entre los grupos de I+D en TIC más allá del género del director

(44).

Considerando datos generales de la ocupación laboral de hombres y mujeres, de acuerdo a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Indec), las mujeres que acceden al mercado de trabajo no lo hacen en igualdad de condiciones que los varones. No ocupan puestos directivos de forma equitativa y no perciben los mismos salarios que los varones por el mismo trabajo. Si bien las mujeres representan la mitad de la población, su tasa de empleo es más baja que la de los varones (en Argentina 43,1% para las mujeres y 67,8% para los varones, EPH. 3er trimestre de 2013) (45). La segregación horizontal se refiere a la segmentación de la participación de mujeres y hombres en los sectores de actividad económica y ramas de la estructura productiva con menores niveles salariales. Las mujeres se concentran en los sectores de comercio y de servicios y tareas de cuidado y los varones en la industria y el transporte. La segregación vertical hace referencia a la dificultad de las mujeres de acceder a puestos jerárquicos y de mayor responsabilidad y remuneración. Aún en los casos que las mujeres acceden a puestos jerárquicos, en general son gerencias con menores remuneraciones como por ejemplo administración, recursos humanos, a diferencia de los hombres que suelen ocupar las gerencias financieras, de ventas y productivas, mejor remuneradas (45). También se observa una brecha salarial ya que en el mercado de trabajo se paga menos a las mujeres que a los varones por hacer el mismo trabajo o un trabajo distinto pero de igual valor, y además, cuanto más femenina sea la ocupación menor es el salario para hombres y mujeres. Incluso teniendo en cuenta factores como la educación y la experiencia (45). Otro aspecto que influye en los salarios tanto de varones como de mujeres es el tiempo de trabajo remunerado, ya que las mujeres, por sus responsabilidades familiares, sobre todo en los sectores donde el trabajo está más flexibilizado y menos protegido, trabajan menos horas que los varones lo que repercute en su ingreso (45). En Argentina la brecha salarial que corresponde a los salarios promedio en pesos entre asalariados y asalariadas privados registrados fue de 23,9 % en el 3er trimestre de 2013 (45).

No hay una solución rápida para disminuir estas inequidades en medicina. Se necesitan acciones a largo plazo para modificar los orígenes de estos mecanismos de segregación. La propuesta es concientizar a mujeres y hombres sobre la existencia de estas inequidades y los mecanismos de segregación de género por los cuales se origina. Para evitar la segregación de género que en este estudio se observó en la instancia de entrevista, una posible solución sería convertir esta instancia en una selección objetiva, por ejemplo, evaluando los antecedentes académicos (promedio,

currículum) de forma anonimizada y complementar la evaluación de las aptitudes que se esperan para acceder a ciertas residencias mediante una evaluación psicotécnica.

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 maestros. 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 un factor muy importante para evitar las tendencias sexistas de hombres y mujeres. Se hace necesario un cambio de actitud y mentalidad de toda la sociedad; de hombres y mujeres que deben tener mayor conciencia de las capacidades de la mujer y de las oportunidades que recibe para demostrarlas.

“El privilegio no es visible para quien lo tiene. Está simplemente ahí, forma parte del mundo, de la vida, es como son las cosas. Son los otros quienes tienen una carencia, una ausencia, una deficiencia” (Wildman, 1996). El privilegio es invisible porque el grupo privilegiado determina las normas sociales según sus propias características. Lo que ellos hacen es lo normal, no hay en realidad tales privilegios. Son los otros quienes carecen de algo por alejarse de la norma. La visibilización de la segregación de género es el 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.

Figura 1. Flujograma de la distribución de los médicos en las instancias del sistema de residencias médicas en los años 2015-2016

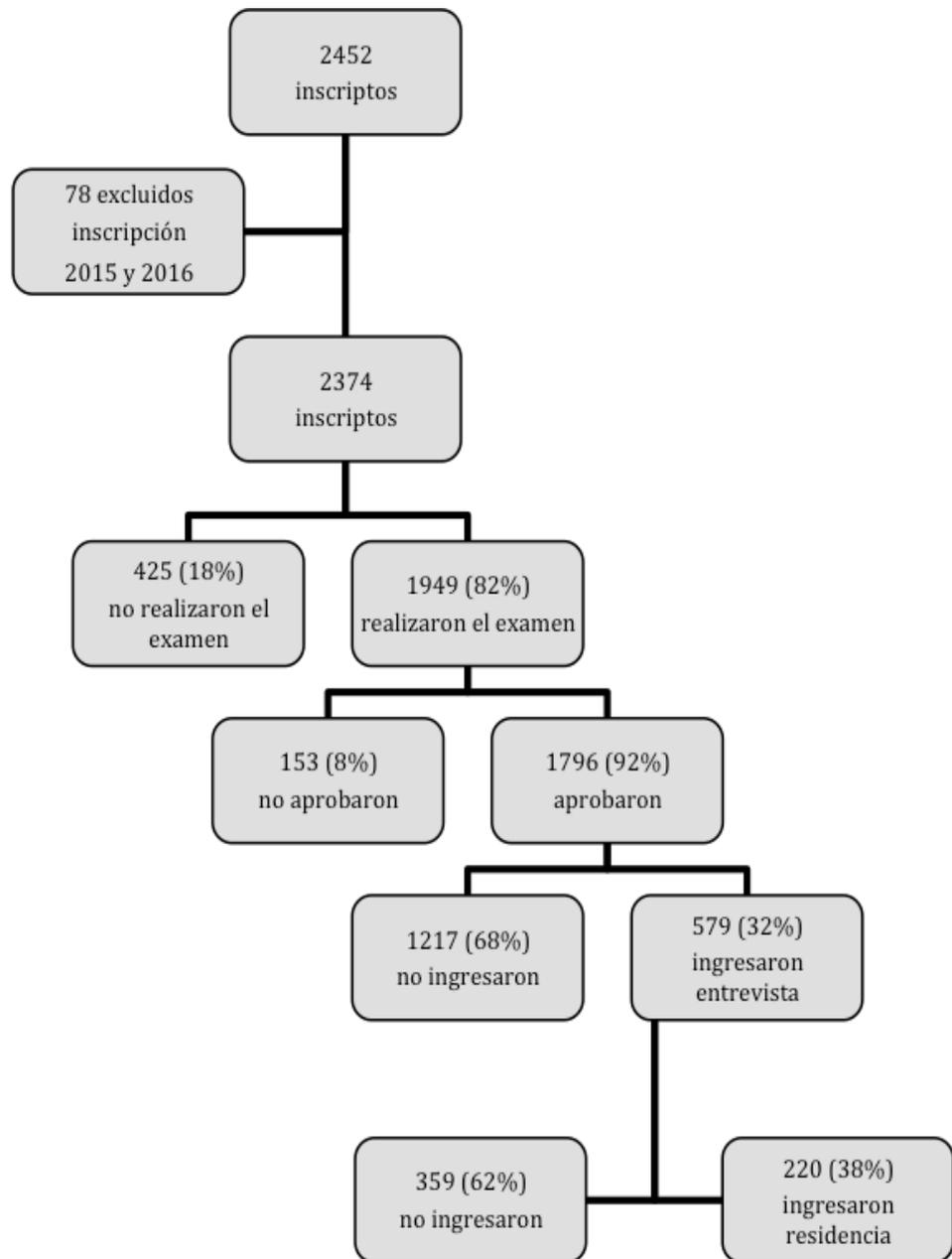


Figura 2. Probabilidades de mujeres y hombres con intervalos de confianza 95% de pasar a cada una de las instancias del proceso de ingreso al sistema de residencias médicas luego de la inscripción en los años 2015-2016

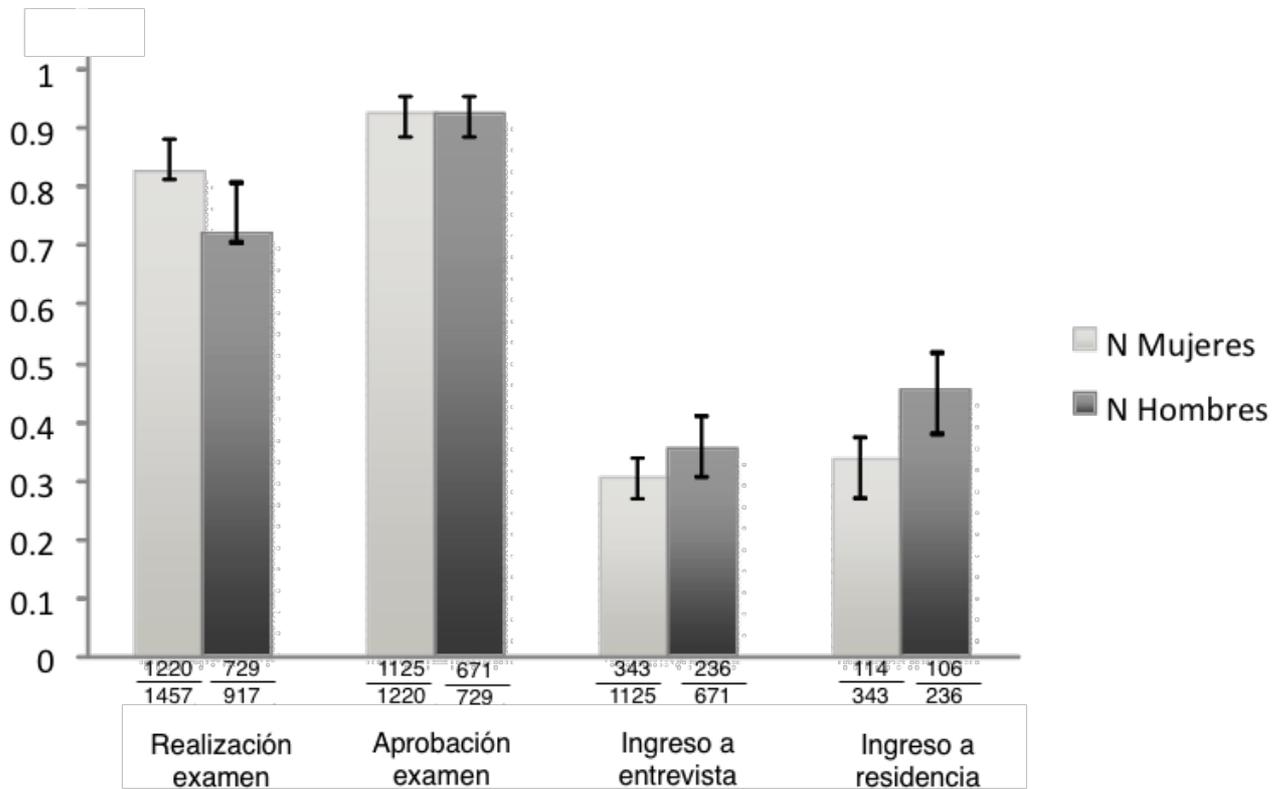


Figura 3. Distribución de mujeres y hombres en las 3 categorías de residencias en los años 2015-2016

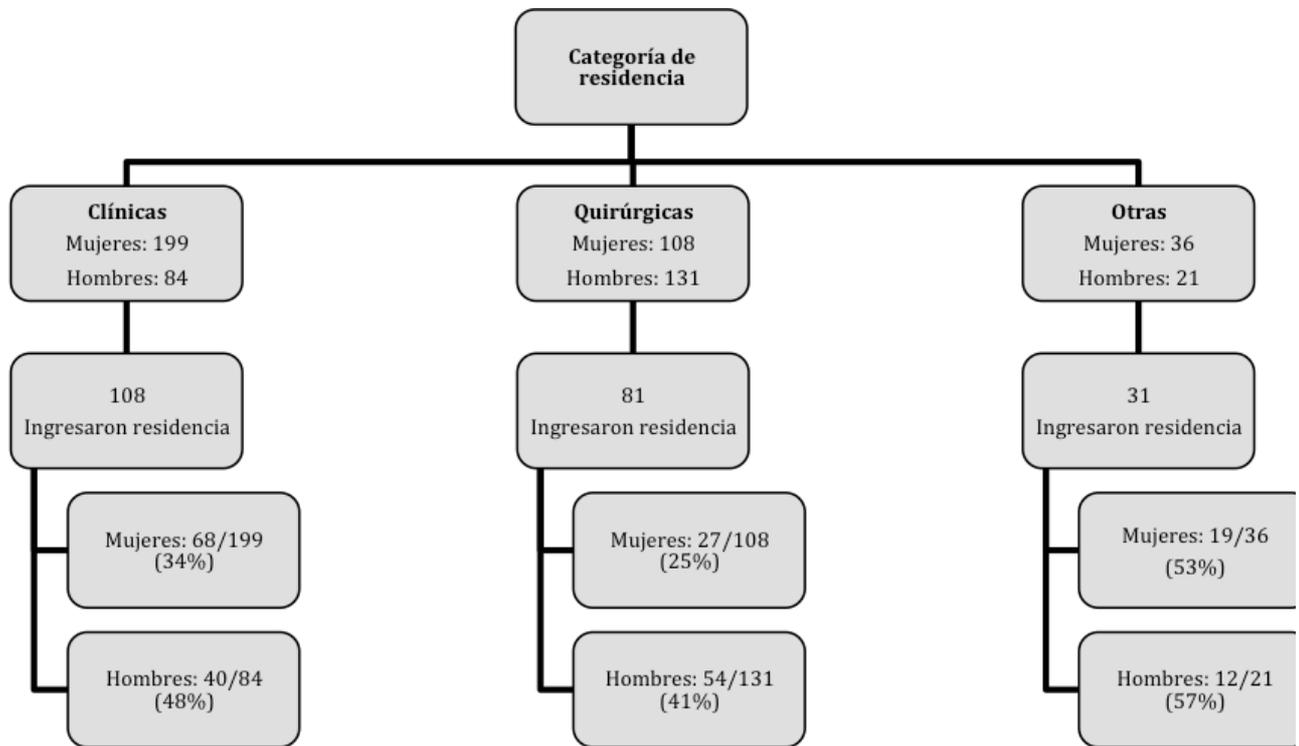


Tabla 1. Comparación de las características de mujeres y hombres inscriptos al sistema de residencias médicas en los años 2015-2016

Característica	Mujer N=1457	Hombre N=917	p valor
Edad en años	26,63 (DE 2,22)	27 (DE 2,65)	0,003 ¹
Edad mayor a 27 años	459 (31,50%)	343 (37,40%)	0,003 ²
Nacionalidad argentina	1.453 (99,73%)	911 (99,35%)	0,164 ²
Universidad pública	971 (66,64%)	566 (61,72%)	0,015 ²
Promedio de la carrera	7,91 (DE 0,65)	7,92 (DE 0,65)	0,749 ¹
Accesibilidad específica por residencia	6,67 (RIC 5,33-9,68)	6,42 (RIC 5,26-10)	0,461 ³
Residencias			
Clínicas	801 (54,98%)	307 (33,48%)	<0,002 ²
Quirúrgicas	563 (38,64%)	535 (58,34%)	
Otras	93 (6,38%)	75 (8,18%)	
Año 2016	686 (47,08%)	439 (47,87%)	0,707 ²

¹ Test t

² Chi2

³ Mann-Whitney

Tabla 2. Variables asociadas a la realización del examen y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y la realización del examen en los años 2015-2016

Variable	OR (IC95%)	p valor
Hombres	0,75 (0,61-0,93)	0,009
Edad en años	0,78 (0,75-0,82)	0,002
Edad mayor a 27 años	0,28 (0,23-0,35)	<0,001
Nacionalidad argentina	42,14 (5,32-333,53)	<0,001
Universidad pública	1,75 (1,41-2,16)	<0,001
Promedio de la carrera	1,30 (1,10-1,54)	0,002
Accesibilidad específica por residencia	0,97 (0,96-0,98)	<0,001
Residencia		
Clínicas (referencia)	1	
Quirúrgicas	0,90 (0,72-1,13)	0,369
Otras	0,31 (0,22-0,44)	<0,001
Año 2016	0,90 (0,73-1,12)	0,357
Hombres ajustado^a	0,86 (0,68-1,08)	0,192

^a ajustado por edad mayor a 27 años, nacionalidad argentina, universidad pública, y categoría de residencia

Tabla 3. Comparación de las características de mujeres y hombres que realizaron el examen en los años 2015-2016

Característica	Mujer N=1220	Hombre N 729	p valor
Edad en años	26,41 (DE 2,02)	26,58(DE 2,27)	0,103 ¹
Edad mayor a 27 años	328 (26,89%)	226 (31%)	0,051 ²
Nacionalidad argentina	1220 (100%)	728 (98,86%)	0,374 ²
Universidad pública	839 (68,77%)	469 (64,33%)	0,044 ²
Promedio de la carrera	7,92 (DE 0,63)	7,94 (DE 0,65)	0,788 ¹
Accesibilidad específica por residencia	6,67 (RIC 5,33-9,68)	6,42 (RIC 5,26-9,84)	0,381 ³
Residencias			
Clínicas	683 (55,98%)	251 (34,43%)	<0,001 ²
Quirúrgicas	469 (38,44%)	441 (60,49%)	
Otras	68 (5,57%)	37 (5,08%)	
Año 2016	581 (47,62%)	334 (45,82%)	0,493 ²

¹ Test t

² Chi2

³ Mann-Whitney

Tabla 4. Variables asociadas a la aprobación del examen y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y la aprobación del examen en los años 2015-2016

Variable	OR (IC95%)	p valor
Hombres	0,98 (0,69-1,37)	0,893
Edad en años	0,88 (0,83-0,94)	<0,001
Edad mayor a 27 años	0,49 (0,35-0,68)	<0,001
Universidad pública	3,04 (2,17-4,26)	<0,001
Promedio de la carrera	1,89 (1,44-2,49)	<0,001
Accesibilidad específica por residencia	0,99 (0,97-1,01)	0,299
Residencia		
Clínicas (referencia)	1	
Quirúrgicas	0,99 (0,70-1,39)	0,943
Otras	0,53 (0,28-0,97)	0,04
Año 2016	1,05 (0,76-1,47)	0,758
Hombres ajustado^a	1,04 (0,73-1,49)	0,809

^a ajustado por edad mayor a 27 años, universidad pública, promedio de la carrera y categoría de residencia.

Tabla 5. Comparación de las características de mujeres y hombres que aprobaron el examen en los años 2015-2016

Característica	Mujer N 1125	Hombre N 671	p valor
Edad en años	26,32 (DE 1,79)	26,57 (DE 2,29)	0,014 ¹
Edad mayor a 27 años	284 (25,24%)	204 (30,40%)	0,017 ²
Nacionalidad argentina	1125(100%)	670 (99,85%)	0,374 ²
Universidad pública	799 (71,02%)	444 (66,17%)	0,031 ²
Promedio de la carrera	7,95 (DE 0,63)	7,95 (DE 0,66)	0,985 ¹
Accesibilidad específica por residencia	6,67 (RIC 5,33-9,68)	6,42(RIC 5,26-9,84)	0,462 ³
Residencias			
Clínicas	634 (56,36%)	230 (34,28%)	<0,001 ²
Quirúrgicas	434 (38,58%)	407 (60,66%)	
Otras	57 (5,07%)	34 (5,07%)	
Nota del examen	64 (DE 7,1)	64,25 (DE 7,45)	0,487 ¹
Año 2016	538 (47,82%)	307 (45,75%)	0,395 ²

¹ Test t

² Chi2

³ Mann-Whitney

Tabla 6. Variables asociadas al ingreso a entrevista y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y el ingreso a entrevista en los años 2015-2016

Variable	OR (IC95%)	p valor
Hombres	1,24 (1,01-1,51)	0,04
Edad en años	1 (0,95-1,05)	0,909
Edad mayor a 27 años	0,90 (0,72-1,12)	0,345
Universidad pública	1,36 (1,09-1,70)	0,006
Promedio de la carrera	1,33 (1,14-1,56)	<0,001
Accesibilidad específica por residencia	1,16 (1,14-1,19)	<0,001
Residencia		
Clínicas (referencia)	1	
Quirúrgicas	0,81 (0,66-1,00)	0,052
Otras	3,44 (2,19-5,39)	<0,001
Nota del examen	1,17 (1,15-1,19)	<0,001
Año 2016	1,12 (1-1,49)	0,048
Hombres ajustado^a	0,97 (0,73-1,28)	0,816

^a ajustado por edad mayor a 27 años, universidad pública, nota del examen, accesibilidad específica por residencia, categoría de residencia y año 2016.

Tabla 7. Comparación de las características de mujeres y hombres que ingresaron a entrevista en los años 2015-2016

Característica	Mujer N 343	Hombre N 236	p valor
Edad en años	26,33 (DE 1,95)	26,55 (DE 2,38)	0,245 ¹
Edad mayor a 27 años	84 (24,49%)	65 (27,54)	0,409 ²
Nacionalidad argentina	343 (100%)	236 (100%)	
Universidad pública	249 (72,59%)	177 (75%)	0,519 ²
Promedio de la carrera	8,01 (DE 0,68)	8,06 (DE 0,67)	0,909 ¹
Accesibilidad específica por residencia	8,05 (RIC 6,15-14,81)	9,68 (6,01-18,18)	0,075 ³
Residencia			
Clínicas	199 (58,02%)	84 (35,59%)	<0,001 ²
Quirúrgicas	108 (31,49%)	131 (55,51%)	
Otras	36 (10,50%)	21 (8,90%)	
Nota del examen	68,16 (DE 7,85)	69,4 (DE 7,73)	0,810 ¹
Proporción de hombres del total de entrevistadores	0,5 (RIC 0,33-1)	1 (RIC 0,5-1)	<0,001 ³
Proporción de hombres del total de jefes de residentes	0 (RIC 0-1)	1 (RIC 0-1)	<0,001 ³
Proporción de hombres del total de residentes	0,36 (RIC 0,28-0,57)	0,6 (RIC 0,36-0,71)	<0,001 ³
Año 2016	183 (53,35%)	109 (46,19%)	0,09 ²

¹ Test t

² Chi2

³ Mann-Whitney

Tabla 8. Variables asociadas al ingreso a residencia y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y el ingreso a residencia en los años 2015-2016

Variable	OR (IC95%)	p valor
Hombres	1,64 (1,16-2,30)	0,005
Edad en años	0,99 (0,92-1,07)	0,836
Edad mayor a 27 años	1,14 (0,78-1,66)	0,507
Universidad pública	0,75 (0,51-1,09)	0,127
Promedio de la carrera	1,46 (1,14-1,88)	0,003
Accesibilidad específica por residencia	1,04 (1,02-1,06)	<0,001
Residencia		
Clínicas (referencia)	1	
Quirúrgicas	0,83 (0,58-1,19)	0,312
Otras	1,93 (1,01-3,43)	0,024
Nota del examen	1,02 (0,99-1,04)	0,129
Proporción de hombres del total de entrevistadores	1,13 (0,66-1,92)	0,657
Proporción de hombres del total de jefes de residentes	0,85 (0,57-1,25)	0,413
Proporción de hombres del total de residentes	0,94 (0,46-1,90)	0,866
Año 2016	1,03 (0,74-1,44)	0,857
Hombres ajustado^a	1,60 (1,08-2,38)	0,018

^a ajustado por promedio de la carrera, accesibilidad específica por residencia, categoría de residencia, nota del examen, proporción de hombres del total de entrevistadores, y proporción de hombres del total de residentes.

Tabla 9. Comparación de las características de mujeres y hombres que ingresaron a residencia en los años 2015-2016

Característica	Mujer N 114	Hombre N 106	p valor
Edad en años	26,37 (DE 2,18)	26,49 (DE 1,97)	0,679 ¹
Edad mayor a 27 años	29 (25,44%)	31 (29,25)	0,526 ²
Nacionalidad argentina	114(100%)	106 (100%)	
Universidad pública	74 (64,91%)	80 (75,47%)	0,088 ²
Promedio de la carrera	8,13 (DE 0,77)	8,14 (DE 0,67)	0,910 ¹
Accesibilidad específica por residencia	9,68 (RIC 6,25-17,86)	9,68 (RIC 6,42-20)	0,503 ³
Residencia			
Clínicas	68 (59,65%)	40 (37,74%)	<0.001 ²
Quirúrgicas	27 (23,68%)	54 (50,94%)	
Otras	19 (16,67%)	12 (11,32%)	
Nota del examen	69,16 (DE 7,85)	69,4 (DE 7,73)	0,818 ¹
Año 2016	63 (55,26%)	49 (46,23%)	0,180 ²

¹ Test t

² Chi2

³ Mann-Whitney

Tabla 10. Variables asociadas al ingreso a residencias clínicas y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y el ingreso a residencias clínicas en los años 2015-2016

Variable	OR (IC95%)	p valor
Hombres	1,75 (1,04-2,94)	0,034
Edad en años	0,95 (0,83-1,10)	0,522
Edad mayor a 27 años	1,14 (0,66-1,97)	0,624
Universidad pública	0,80 (0,47-1,36)	0,408
Promedio de la carrera	1,65 (1,16-2,34)	0,005
Accesibilidad específica por residencia	1,03 (0,99-1,06)	0,079
Nota del examen	1,05 (1,01-1,09)	0,009
Proporción de hombres del total de entrevistadores	1,50 (0,65-3,44)	0,339
Proporción de hombres del total de jefes de residentes	0,97 (0,53-1,78)	0,926
Proporción de hombres del total de residentes	0,91 (0,17-4,78)	0,911
Año 2016	1,02 (0,63-1,66)	0,917
Hombres ajustado^a	1,74 (0,99-3,07)	0,056

^a ajustado por promedio de la carrera, accesibilidad específica por residencia, nota del examen, proporción de hombres del total de entrevistadores, y proporción de hombres del total de residentes.

Tabla 11. Variables asociadas al ingreso a residencias quirúrgicas y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y el ingreso a residencias quirúrgicas en los años 2015-2016

Variable	OR (IC95%)	p valor
Hombres	2,10 (1,20-3,67)	0,009
Edad en años	0,99 (0,85-1,15)	0,902
Edad mayor a 27 años	1,05 (0,53-2,06)	0,887
Universidad pública	0,72 (0,40-1,29)	0,268
Promedio de la carrera	1,58 (1,01-2,46)	0,042
Accesibilidad específica por residencia	1,03 (0,99-1,06)	0,079
Nota del examen	1,02 (0,98-1,07)	0,341
Proporción de hombres del total de entrevistadores	1,26 (0,45-3,51)	0,660
Proporción de hombres del total de jefes de residentes	1,01 (0,56-1,84)	0,962
Proporción de hombres del total de residentes	1,58 (0,42-5,95)	0,500
Año 2016	1,00 (0,58-1,71)	0,998
Hombres ajustado^a	1,98 (1,05-3,74)	0,035

^a ajustado por promedio de la carrera, accesibilidad específica por residencia nota del examen, proporción de hombres del total de entrevistadores, y proporción de hombres del total de residentes.

Tabla 12. Variables asociadas al ingreso a otras residencias y evaluación de confundidores de la asociación entre el sexo y el ingreso a otras residencias en los años 2015-2016

Variable	OR (IC95%)	p valor
Hombres	1,19 (0,40-3,52)	0,750
Edad en años	0,96 (0,83-1,10)	0,532
Edad mayor a 27 años	0,60 (0,21-1,73)	0,347
Universidad pública	0,37 (0,09-1,59)	0,184
Promedio de la carrera	1,18 (0,55-2,55)	0,663
Accesibilidad específica por residencia	1,05 (0,99-1,10)	0,090
Nota del examen	1,00 (0,94-1,07)	0,978
Proporción de hombres del total de entrevistadores	10,88 (0,93-126,88)	0,057
Proporción de hombres del total de jefes de residentes	0,76 (0,093-6,11)	0,794
Proporción de hombres del total de residentes	15,79 (0,65-382,09)	0,090
Año 2016	1,04 (0,36-2,96)	0,940
Hombres ajustado^a	0,62 (0,15-2,52)	0,506

^a ajustado por promedio de la carrera, accesibilidad específica por residencia nota del examen, proporción de hombres del total de entrevistadores, y proporción de hombres del total de residentes.

Anexo 1. Clasificación de residencias básicas ordenadas por categorías

Residencia	Categoría de residencia
Psiquiatría infanto-juvenil	clínica
Terapia intensiva	clínica
Medicina Familiar	clínica
Psiquiatría	clínica
Clínica médica	clínica
Cardiología	clínica
Dermatología	clínica
Neurología	clínica
Gastroenterología	clínica
Pediatría	clínica
Traumatología	quirúrgica
Ginecología	quirúrgica
Otorrinolaringología	quirúrgica
Urología	quirúrgica
Cirugía general	quirúrgica
Tocoginecología	quirúrgica
Anestesiología	quirúrgica
Cirugía pediátrica	quirúrgica
Oftalmología	quirúrgica
Neurocirugía	quirúrgica
Informática en salud	otra
Terapia radiante	otra
Anatomía patológica	otra
Diagnóstico por imágenes	otra

Anexo 2. Información de residencias y accesibilidad específica por residencia ordenadas por categoría de accesibilidad

Residencia	Promedio vacantes 2015-2016	Promedio postulantes 2015-2016	Porcentaje de accesibilidad específica por residencia	Categoría accesibilidad
Informática en salud	3	6	50,00	alta
Psiquiatría infanto-juvenil	0,5	1	50,00	alta
Terapia radiante	1,5	3,5	42,86	alta
Traumatología	10	39	25,64	alta
Anatomía patológica	3	14,5	20,69	intermedia
Terapia intensiva	4	21	19,05	intermedia
Medicina Familiar	5	28	17,86	intermedia
Ginecología	1,5	9	16,67	intermedia
Psiquiatría	4	24	16,67	intermedia
Diagnóstico por imágenes	8	60	13,33	intermedia
Otorrinolaringología	2,5	20	12,50	intermedia
Urología	2	16	12,50	intermedia
Clínica médica	17,5	151	11,59	intermedia
Cardiología	6,5	69	9,42	baja
Dermatología	4	51,5	7,77	baja
Neurología	3	40	7,50	baja
Gastroenterología	2,5	36	6,94	baja
Cirugía general	7	109	6,42	baja
Pediatría	8,5	132,5	6,42	baja
Tocoginecología	5	79,5	6,29	baja
Anestesiología	8	136	5,88	baja
Cirugía pediátrica	2	37,5	5,33	baja
Oftalmología	3	70,5	4,26	baja
Neurocirugía	1	32,5	3,08	baja

Anexo 3. Protocolo presentado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires el 18 de agosto de 2016

ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

Introducción

En los últimos años la profesión médica ha experimentado un importante proceso de feminización que se caracteriza por el incremento en el número de mujeres que estudian esta profesión, así como también el de las que la ejercen.

De acuerdo a los datos del ministerio de salud, la mayoría de los jóvenes que realizan la residencia en salud son mujeres de edades comprendidas entre los 25 y 33 años. Teniendo en cuenta la población de médicos matriculados tanto generales como especialistas, se observa en la pirámide un proceso de feminización de la profesión que responde a una tendencia de carácter global. Para los grupos de edad de más de 45 años se comprueba el predominio tradicional masculino, tendencia que se ha ido modificando en los últimos años, con una preponderancia de mujeres entre los médicos más jóvenes (1).

El incremento de mujeres en esta profesión puede interpretarse como una mejora en las desigualdades laborales tradicionales entre hombres y mujeres (2). Sin embargo el acceso masivo de las mujeres a este mercado de trabajo, se lleva a cabo, como ocurre en otros ámbitos laborales, a medida que se generan nuevas desigualdades (2). Estas desigualdades se manifiestan en dos grandes expresiones: la segregación vertical y la segregación horizontal de la ocupación laboral femenina

Con respecto a la segregación vertical, se observa que los puestos de responsabilidad no están distribuidos de manera proporcional entre hombres y mujeres, sino que la presencia de ellos sigue siendo mayoritaria en estos puestos. El aumento de las estudiantes de medicina, de las residentes y de las médicas facultativas no está acompañado de un crecimiento proporcional de las profesionales en puestos de gestión y dirección en los hospitales (14,15). Existe una escasa representación de las mujeres tanto en los altos cargos profesionales, académicos y sindicales, así como en las especialidades de mayor autoridad (2). El “techo de cristal” es un concepto muy usado para hablar de las limitaciones institucionales y se lo define como el conjunto de acciones y prácticas basadas en redes formales e informales que excluyen a las mujeres de los cargos de mando y poder (15). Esta metáfora techo de cristal intenta mostrar que existen barreras invisibles, pero efectivas, que permiten a las mujeres

avanzar sólo hasta un determinado nivel en la escala jerárquica de las organizaciones. Otros autores proponen 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 [Citation error]. Además de la segregación vertical, se observa en la profesión médica la existencia de una segregación horizontal de género, que se manifiesta en la escasa representación de las mujeres en ciertas especialidades médicas. Mientras que en los estudios universitarios existe paridad de varones y mujeres, 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 por otro lado, especialidades consideradas como “masculinas”, tales como cirugía, traumatología, neurología siguen siendo ejercidas mayoritariamente por hombres (10,17). El porcentaje de mujeres residentes en los Estados Unidos de Norteamérica se distribuye de la siguiente forma: más del 25% de ellas se encuentra en el área de medicina interna, 16% en pediatría, 14% en medicina familiar, 9% en ginecoobstetricia y 7% en psiquiatría. La proporción de mujeres residentes en subespecialidades quirúrgicas es menor del 1% (15).

En estas especialidades quirúrgicas, donde siempre ha dominado el género masculino, la inclusión del llamado sexo débil no es bien visto, y mucho menos, bien recibido. La elección de una especialidad presenta algunas dificultades que hacen declinar a las recién egresadas a elegir ciertas áreas, optando por especialidades clínicas o sólo algunas especialidades quirúrgicas como ginecología y obstetricia (20). Una de las explicaciones que frecuentemente se perciben y que desalienta a muchas a mujeres de hacerse cirujanas es que las especialidades quirúrgicas demandan demasiado tiempo, y que el estilo de vida de los cirujanos no es compatible con una vida familiar y social plena (21).

Al igual que todas las profesiones de las mismas características, la mujer que “compite” o trabaja con hombres, tiene que trabajar el doble para poder demostrar sus capacidades, en este caso a los pacientes, al equipo de trabajo (llámese enfermeras y técnicos involucrados, incluyendo estudiantes de medicina de uno y otro género a su cargo, etcétera), a sus colegas y por supuesto a los directivos (14),(22). Un estudio realizado en las residencias médicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, evaluó la percepción del ambiente educacional, también denominado “clima” o “atmósfera”, entendido como un producto de un conjunto de factores: el entorno físico (seguridad, alimentación, vivienda, confort y otras instalaciones), el clima emocional (seguridad,

retroalimentación constructiva, ausencia de intimidación y acoso) y el ambiente de aprendizaje (motivación, aprender con los pacientes, participación activa, organización de la enseñanza) (25). Dicho ambiente fue percibido como negativo por las mujeres de las residencias de clínica médica y cirugía al compararlas con los varones de estas residencias (24).

Puede considerarse que el discurso hegemónico es uno de los mecanismos fundamentales en la discriminación de género. Este mismo discurso dificulta la posibilidad de detectar esas discriminaciones y lo invisibiliza. Por lo tanto debe tenerse en cuenta que las segregaciones vertical y horizontal, también en el ámbito de la profesión médica son difíciles de detectar, inclusive para las propias mujeres. El discurso hegemónico asocia el sexo con unas determinadas características más allá de lo profesional, relacionadas con un estereotipo de las mujeres (cuidadoras, sensibles, familiares, menos fuertes, menos tecnificadas). La transmisión cultural del discurso hegemónico en la enseñanza, construye la supuesta neutralidad genérica de las ciencias médicas, a las que se les otorga atributos de "masculinidad": neutralidad y objetividad [6]. Dentro de la profesión médica, el lugar de la otredad o alteridad ha sido adjudicado a las mujeres; este concepto de otredad ha sido propuesto para referir el hecho de que en la sociedad contemporánea la realidad se juzga desde una perspectiva que presupone un punto de vista occidental (europeo), masculino y de raza blanca (11). Las mujeres, entonces, son consideradas otras, ya que cuando se habla de profesionales se presupone que se habla de médicos y en caso de tratarse de médicas, es necesario especificar que se trata de profesionales mujeres. Desde esta perspectiva, las mujeres estarían excluidas de los espacios tradicionalmente perteneciente a la esfera masculina (11).

El mismo discurso hegemónico opera en los encargados de la selección del personal como un argumento a la hora de seleccionar a aquellas personas que van a promocionar (14). Uno de los argumentos de este discurso, hace pensar que contratar a mujeres implica un mayor costo económico institucional por licencias de maternidad y un mayor ausentismo en general en comparación con los hombres. Sin embargo, las investigaciones sobre género han demostrado que el argumento del alto costo de la maternidad resulta fácilmente rebatible. El costo adicional de la protección del trabajo de las mujeres se ve neutralizada en las cifras finales por el mayor costo masculino de los infortunios laborales y, en menor medida, del aguinaldo que resultan de las características del empleo por género (antigüedad y distribución por actividades económicas) (2). Lo mismo sucede con la idea que las mujeres se ausentan más de sus puestos de trabajo, no existen indicadores desagregados por sexo que prueben esta afirmación(17).

Desde los años noventa, se aprecia un interés creciente en toda América Latina en la necesidad de considerar la dimensión de género en las políticas y programas laborales, educativos y económicos (12). A tal fin se crearon en varios países mecanismos y estructuras intersectoriales con el fin de abordar los problemas o déficits laborales desde un enfoque de género. Uno de ellos fue el Proyecto Institucionalización del Enfoque de Género en la CEPAL (La Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y Ministerios Sectoriales. Dentro de sus objetivos principales se encuentra la recolección de información que permita construir indicadores de género y de ocupación en salud y convocar a los centros académicos y universidades a profundizar los estudios y líneas de investigación que aborden el proceso de trabajo en el sector salud con un enfoque de género así como también comunicar en forma periódica los avances y logros en la promoción de la calidad del empleo en el sector salud desde una perspectiva de género (12).

Hay pocos estudios que den cuenta de un tratamiento sistémico de la situación de las personas ocupadas en el sector y aún menos que lo aborden desde la perspectiva de género. Es necesario conformar el campo de estudio sobre las trabajadoras de la salud y producir datos desagregados por sexo (17). Siguiendo esta línea, y considerando que, si las relaciones de género implican relaciones de poder y diferenciación de espacios masculinos y femeninos (17,27), cabe preguntarse cómo repercute esta distinción en la distribución de las especialidades médicas.

Se pretende con este trabajo abordar la problemática de cómo la perspectiva de género va configurando las relaciones y a los propios profesionales en el proceso de formación de los médicos y en particular en la formación durante las residencias básicas o de primer nivel. El presente trabajo pretende lograr una aproximación al estudio de las relaciones de género dentro de las especialidades médicas en Argentina.

El momento de incorporación de los médicos a la residencias puede poner de manifiesto estas relaciones ya que es una instancia en la que se ponen en juego las creencias dominantes y el discurso hegemónico, que operan en las elecciones que hacen los médicos recientemente recibidos y los que los seleccionan, permitiendo entonces visibilizar y analizar los mecanismos de segregación de género.

En este trabajo se propone determinar cómo se distribuyen hombres y mujeres en las distintas especialidades, desde las distintas instancias del proceso que implica el ingreso al sistema de residencias médicas, considerando la instancia de inscripción, el acceso a entrevistas, el resultado final de las mismas y la adquisición del cargo. De esta manera se podrá evaluar si existe una segregación horizontal en las residencias de las especialidades médicas, y en cuáles especialidades opera esa segregación, a

finés de proponer o hipotetizar los mecanismos de segregación por género en la formación médica

Justificación

La obtención de datos estadísticos desagregados de la distribución de los profesionales en las especialidades médicas, permitirá captar la situación de segregación horizontal por género y así poder visibilizar las diferencias en el acceso a las distintas especialidades médicas entre hombres y mujeres en todos los niveles, desde la propia elección de los médicos por distintas especialidades, así como también la existencia de esta segregación en el personal encargado de la selección.

La difusión de datos desagregados por sexo y la generación de información con un enfoque de género es considerado de creciente importancia en las agendas de programas políticos, laborales, educativos y económicos de los países de América Latina.

Es importante abordar este tema ya que cuando las instituciones médicas consideran el género en su gestión, esto tiene un impacto positivo en sus políticas y en sus prácticas de reclutamiento, promoción y retención de mujeres y de hombres, y que eso, a su vez, supone un beneficio para la calidad de la profesión médica, contribuyendo con el mejoramiento de las condiciones de trabajo, en la calidad del empleo en el sector salud y por ende en la calidad de vida de los hombres y las mujeres

Pregunta de investigación

¿En cuáles de las instancias del proceso de ingreso a las residencias médicas de primer nivel se pueden detectar mecanismos de segregación horizontal por género?

Hipótesis

Existen mecanismos de segregación de género en los ingresantes al sistema de residencias médicas de primer nivel como en los encargados de la selección de los residentes.

Objetivos

General

Evaluar si en el sistema de ingreso a las residencias médicas de primer nivel se generan inequidades por género

Específico

1. Describir y comparar las proporciones relativas de hombres y mujeres que acceden a las instancias en las que se decide el ingreso a la residencia médica de primer nivel (inscripción al examen, ingreso a la entrevista e ingreso a la residencia), en general y por especialidad.
2. Identificar instancias del proceso de ingreso al sistema de residencias de primer nivel en las que las proporciones diferenciales por sexo sugieren inequidad por género, en general y específicamente por especialidad.

Materiales y métodos

Diseño: estudio retrospectivo observacional y analítico de una cohorte de médicos postulantes al sistema de residencias médicas de primer nivel del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Ámbito: Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). El HIBA es un hospital universitario que permite la formación de postgrado inmediato de médicos egresados mediante el sistema de residencias médicas.

Sistema de residencias médicas básicas del HIBA

La residencia médica es una propuesta de formación en servicio, donde el profesional se integra a las actividades asistenciales con dedicación exclusiva y responsabilidades progresivas. La residencia se caracteriza por ofrecer oportunidades de práctica intensiva y supervisada en ámbitos asistenciales y por la misma recibe un estipendio mensual. El aprendizaje se desarrolla en un ámbito de contacto cotidiano con colegas, otros profesionales del equipo de salud, pacientes y familiares. La formación se organiza bajo los principios de autonomía y responsabilidad creciente y se orienta hacia la adquisición de las competencias necesarias para el ejercicio autónomo de la profesión. Contempla también espacios protegidos para la formación teórico-práctica así como para la evaluación de los aprendizajes y la orientación del proceso formativo de los residentes.

Las residencias se clasifican en residencias de primer nivel y de segundo nivel, son residencias de primer nivel aquellas que no requiere formación previa en otra especialidad. Las residencias de segundo nivel o llamadas también postbásicas, tienen como requisito para acceder haber aprobado dos o tres años de una residencia de primer nivel.

Se inscriben en el concurso de residencias de primer nivel un promedio 1200 médicos anualmente. Los instrumentos de selección son: un examen de conocimientos que

consiste en 100 preguntas de selección múltiple, que se aprueba con el 60 por ciento del puntaje que resulta del promedio de los tres más altos y una entrevista personal

Los aspirantes con derecho a la entrevista personal son aquellos que, entre los aprobados, obtienen los puntajes más altos del examen de conocimientos

Las entrevistas son realizadas por el director del programa, el coordinador de la residencia de la especialidad elegida y un profesional de otra especialidad.

Los entrevistadores cuentan, en el momento de la entrevista, con los datos correspondientes a la nota del examen de conocimiento, al promedio general de la carrera y a los antecedentes personales de los aspirantes. Se califica independientemente y el puntaje final de la entrevista es el resultado de la media aritmética de las tres calificaciones. El orden de mérito es el que determina la elección del candidato para su ingreso como residente en el Hospital Italiano.

En caso de igualdad en el puntaje final de las entrevistas entre dos o más aspirantes, se respeta el siguiente orden de prioridades para determinar el desempate: puntaje en el examen de conocimientos; promedio de calificaciones de la carrera

Ante la no presentación del aspirante seleccionado dentro de las 48 horas de publicado el resultado, se llama al siguiente de acuerdo al sistema preestablecido.

Se cubren vacantes por renuncia en primer año solamente hasta el 31 de agosto.

Población general: médicos que se inscriben al sistema de residencias.

Población accesible: médicos inscriptos al concurso de los años 2015 y 2016 en el examen de residencias de primer nivel del Hospital Italiano de Buenos Aires

Criterios de inclusión: médicos inscriptos para rendir el examen de residencias de primer nivel en el concurso de los años 2015 y 2016 en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Criterios de exclusión:

Médicos inscriptos que al momento de rendir el examen no pueden realizarlo por distintas circunstancias.

Variables a evaluar

Variable de resultado

Instancias del ingreso al sistema de residencias médicas

- Ingreso a entrevista: resultado del examen de ingreso a residencias que determina el ingreso a la entrevista. Variable dicotómica (SI/NO)
- Ingreso a la residencia: resultado de la entrevista que determina el ingreso

a la residencia médica. Variable dicotómica (SI/NO)

Variables explicativas

- Sexo del médico que se inscribe en la residencia: según se constata en el documento de identidad: Femenino/masculino
- Residencias de especialidad médica de primer nivel: se considerarán las siguientes residencias de especialidades médicas de primer nivel:

Departamento de Cirugía
Anestesiología
Cirugía General
Cirugía Pediátrica
Ginecología
Neurocirugía
Oftalmología
Ortopedia y Traumatología
Otorrinolaringología
Tocoginecología
Urología

Departamento de Medicina
Cardiología
Clínica Médica
Dermatología
Gastroenterología
Medicina de Familia
Neurología

Psiquiatría
Terapia Intensiva
Terapia Radiante

Departamento de Pediatría
Pediatría
Psiquiatría Infanto-Juvenil

Departamento de Diagnóstico y Tratamiento
Anatomía Patológica
Diagnóstico por Imágenes

Departamento de Informática en Salud
Informática en Salud de primer nivel

Otras variables confundidoras

Confundidores del ingreso a entrevista

- Universidad de origen: Tipo de universidad que expidió el título de médico. Variable dicotómica: universidad pública (nacional y provincial)/Universidad privada.
- Edad inscripto: edad del médico al momento de la inscripción. Variable cuantitativa discreta en años.
- Promedio: Promedio de la carrera de medicina del inscripto. Variable cuantitativa continua.
- Lugar de origen: Nacionalidad: Variable dicotómica: argentino/extranjero.

Confundidores del ingreso a la residencia

- Orden de entrevista: orden en que ingresa a la entrevista de acuerdo al puntaje obtenido en el examen. Variable cualitativa ordinal.

- Cantidad de entrevistadores: número de personas que realizan la entrevista. Variable cuantitativa discreta.
- Sexo de los entrevistadores: sexo de las personas que realizan la entrevista. Variable dicotómica: femenino/masculino
- Cantidad de jefes de residentes: número de jefes de residentes. Variable cuantitativa discreta.
- Sexo de los jefes de residentes: sexo de los jefes de residentes. Variable dicotómica: femenino/masculino
- Cantidad de residentes: número de residentes. Variable cuantitativa discreta.
- Sexo de los residentes: sexo de los residentes. Variable dicotómica: femenino/masculino

Muestreo y cálculo muestral:

Se incluirá en forma consecutiva a todos los médicos que se inscriban al examen de residencias. Dado que se planea incluir a la totalidad de la población de estudio, no se realizará cálculo de tamaño muestral.

Trabajo de campo:

Se solicitará al área de docencia del Instituto Universitario Hospital italiano de Buenos Aires los listados de las cohortes de los años 2015 y 2016 de los médicos que se inscribieron al concurso de residencias médicas de primer nivel, se realizará el seguimiento de la cohorte en todas las instancias del ingreso al sistema de residencias: inscripción, resultado del examen, ingreso a entrevista, resultado de la entrevista e ingreso a la residencia. Se recabarán datos referentes a los inscriptos, al personal encargados de la selección y a la constitución de la residencia, dichos datos han sido explicitados en el apartado de variables.

Figura 1. Trabajo de campo.



Análisis estadístico

Las cantidad de hombres y mujeres se expresarán como proporciones. Se compararán las proporciones relativas de hombres y mujeres para cada instancia del ingreso al sistema de residencias (inscripción, ingreso a entrevista e ingreso a la residencia) en general y luego por subgrupo de cada especialidad mediante chi2 o fisher según supuestos.

Se evaluará la asociación entre el sexo con el ingreso a entrevista y con el ingreso a la residencia mediante regresión logística, se expresarán los OR con sus intervalos de confianza del 95%.

Se realizará un análisis de regresión logística múltiple para evaluar la asociación de los confundidores con el sexo en el ingreso a entrevista y en el ingreso a la residencia. Se expresarán los OR crudos y ajustados con sus intervalos de confianza del 95%.

Se considerará un nivel de significancia menor al 5%.

Se realizará un análisis de inequidad social considerando si el género actúa como factor de selección y/o ingreso diferencial a ciertas especialidades de las residencias médicas. Se utilizará el índice de paridad de género (IPG), un índice socioeconómico normalmente diseñado para calcular el acceso relativo de los hombres y las mujeres a la educación. Se calcula como el cociente del número de mujeres por el número de hombres en una etapa determinada de educación (primaria, secundaria etc.). Es utilizado por organizaciones internacionales, en particular en el cálculo del progreso de países en vías de desarrollo. El Instituto de Estadísticas de UNESCO también utiliza una definición más general de IPG: para cualquier indicador de desarrollo se puede definir el IPG relativo a este indicador por dividir su valor para mujeres por su valor para los hombres. Por ejemplo, algunos documentos de UNESCO consideran la paridad de género en el alfabetismo. Un IPG igual a 1 significa que dicho indicador no

detecta diferencia alguna entre los sexos. Cuando es inferior a 1 indica un valor más alto en los hombres que en las mujeres, y cuando es superior a 1 indica justo lo contrario. Se desarrollará este índice para en la instancia de inscripción general y para cada especialidad y en la instancia de selección general y para cada especialidad.

El análisis estadístico se realizará con STATA 14.

Consideraciones éticas

La conducción de esta investigación se desarrollará cumpliendo los principios éticos acorde a las normas regulatorias de la investigación en salud humana a nivel nacional e internacional, en concordancia con la Resolución del Ministerio de La Nación, la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y todas sus enmiendas, y respetando las Normas de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6.

Todos los datos del estudio serán tratados con máxima confidencialidad de manera anónima, con acceso restringido sólo para el personal autorizado a los fines del estudio de acuerdo con la normativa legal vigente Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326/00 (Ley de Habeas data) y la Ley 26. 529 /09.

La identidad de los datos personales serán mantenidos bajo absoluta confidencialidad y anonimato. Los datos se codificarán utilizando una clave numérica generada al azar. Esta clave reemplazará al nombre y apellido del paciente. A su vez se eliminarán los datos identificatorios de la base de datos a analizar comprendido por los 18 identificadores detallados por las normas HIPAA

Dado que se trata de un estudio observacional que utiliza datos de bases secundarias, no requerirá consentimiento informado del individuo a participar del mismo.

Financiamiento

Los gastos administrativos del estudio serán financiados por el Área de Investigación en Medicina Interna del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Cronograma

Meses Actividades	09/2016	10/2016	11/2016	12/2016	01/2017	02/2017	03/2017
Trabajo de campo (recopilación de información)	X						

Análisis de datos)		x	x	x			
Reporte					x	x	x

Anexo 4. Aprobación del protocolo por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires el 18 de agosto de 2016



Comité de Ética de Protocolos de Investigación

MIEMBROS DEL COMITÉ

Coordinador

DR. GUSTAVO IZBIZKY
Médico

DR. ANIBAL ARIAS
Médico

DR. CARLOS BURGER
Abogado

DRA. PAULA CAMBIASO
Biopédica

DRA. PAOLA CASCIATO
Médica

DR. LEONARDO GARFI
Médico

DR. OSCAR MAZZA
Médico

DR. AUGUSTO PÉREZ
Médico

DRA. LUCRECIA PEÑEIRO
Dra. en Química

SRA. MARIA E. SAHORES
Lego

DRA. DEBORA SZEINMAN
Médica

APROBACIÓN DEL PROTOCOLO N° 2940

Buenos Aires, 18 de agosto de 2016.

El Comité de Ética de Protocolos de Investigación* del Hospital Italiano de Buenos Aires ha evaluado y aprobado el protocolo **"ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS"**. Se aprueba la realización del estudio en este Hospital a cargo de **VANINA PAGOTTO**, no requiere la aprobación de ANMAT.

[APROBADO EN REUNIÓN DEL 18 DE AGOSTO DE 2016, SEGÚN CONSTA EN LIBRO DE ACTAS N° 8, FOLIO 72]

**Este Comité funciona de acuerdo con las normativas establecidas por el I.C.H. (F.D.A., -EEUU; Comunidad Europea, Japón)*

IKB00010193

"El Consentimiento que se adjunta, con firma y sello de este Comité, es el que corresponderá fotocopiar para entregar a los pacientes enrolados en el Hospital Italiano.
"No se podrá enviar pacientes en el estudio hasta que este Comité no reciba la aprobación de ANMAT del Protocolo, del Centro y del Consentimiento Informado (si lo hubiere).

IMPORTANTE¹:

Los investigadores deberán presentar a este Comité los formularios adjuntos, en el caso que correspondiera:

- 1- Copia de la aprobación del protocolo por la ANMAT
- 2- Comunicación de inicio de la investigación (reclutamiento del 1° paciente)
- 3- Informe sobre la marcha del protocolo dentro del año de inicio del mismo:
 - ✓ El progreso del protocolo con los pacientes reclutados y datos parciales si los hubiese, una vez por año, (salvo que este Comité decida que el informe deba ser más frecuente).
 - ✓ Los eventos adversos informados por el patrocinante o detectados por Uds. mismos.
 - ✓ Otras modificaciones al protocolo no se podrán aplicar sin ser antes evaluadas por este Comité, salvo en casos de riesgo de vida para el paciente.
 - ✓ En caso de suspensión del protocolo, la comunicación deberá ser inmediata.
- 4- Comunicación de finalización de la investigación

De este documento se emiten tres copias: una para el archivo del Comité otra para el investigador y otra para el patrocinante (en el caso que correspondiera).

Ver Plan de seguimiento de protocolo en página 3 de este documento

CEPI | Juan D. Perón 4190 - 4192, Capital Federal, (C1199ABB) | Av. Pta. Perón 2231 - B1754AZK San Justo
TEL: (005411) 4959-0200 int. 8425
e-mail: cepi@hospitalitaliano.org.ar | www.hospitalitaliano.org.ar

Anexo 5. Glosario

Estereotipo sexual: conjunto de caracteres, actitudes, necesidades y conductas que socialmente se atribuyen a cada sexo (13).

Invisibilización: en el ámbito de género, supone que pasen desapercibidos todos los logros y aportaciones de la mujer a lo largo de la historia. Se ignoran sus conocimientos y sus obras (13).

Roles de género: papel que se adjudica a hombres o mujeres de manera diferenciada y construido sobre ideas culturales, religiosas o políticas; limitan en muchos casos las actitudes, comportamientos o valores de ambos (13)

Género: es un término técnico específico en ciencias sociales que alude al conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres. Según la Organización Mundial de la Salud, se refiere a los roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres, orientado a visibilizar aquellas diferencias y desigualdades sociales entre hombres y mujeres que provienen del aprendizaje, así como los estereotipos, los prejuicios y la influencia de las relaciones de poder en la construcción de los géneros (4)

Sexo: refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres (4).

Segregación de género: refiere a la concentración de las mujeres en determinadas ocupaciones y/o familias profesionales que, generalmente, se caracterizan por tener condiciones de empleo poco satisfactorias, bajos salarios y pocas oportunidades de formación continua y adquisición de cualificaciones añadidas. Son, por tanto, empleos feminizados, fuente de desigualdades en el mercado laboral, ya que el valor asociado a ellos y su remuneración es menor. La segregación puede ser **horizontal**, cuando la concentración se produce en determinadas ocupaciones/familias profesionales; y **vertical**, que hace referencia a la distribución no equilibrada en diferentes niveles de actividades y a la concentración de mujeres en puestos de baja responsabilidad (13).

Techo de Cristal: barrera invisible que se encuentran las mujeres en un momento determinado en su desarrollo profesional, de modo que una vez llegado a este punto muy pocas mujeres franquean dicha barrera, estancando la mayoría su carrera profesional. Las causas de este estancamiento provienen en su mayor parte de los prejuicios empresariales sobre la capacidad de las mujeres para desempeñar puestos

de responsabilidad, así como sobre su disponibilidad laboral ligada a la maternidad y a las responsabilidades familiares y domésticas, actividades que suelen coincidir con las fases de itinerario profesional ligadas a la promoción profesional (14,15).

Androcentrismo: visión del mundo y de las cosas, desde el punto de vista teórico y del conocimiento, en la que los hombres son el centro y la medida de todas ellas, ocultando y haciendo invisible todo lo demás, entre ellas las aportaciones y contribuciones de las mujeres a la sociedad. Una visión androcéntrica presupone que la experiencia masculina sería "la universal", la principal, la referencia o representación de la humanidad, obviando la experiencia femenina (13).

Discurso hegemónico: desde un aspecto social, se entiende como la dominación y mantenimiento de poder que ejerce una persona o un grupo para la persuasión de otro u otros sometidos, minoritarios o ambas cosas, imponiendo sus propios valores, creencias e ideologías, que configuran y sostienen el sistema político y social, con el fin de conseguir y perpetuar un estado de homogeneidad en el pensamiento y en la acción, así como una restricción de la temática y el enfoque de las producciones y las publicaciones culturales (17,27).

Masculinidad hegemónica: prácticas que promueven la posición social dominante de los hombres, y la posición social subordinada de la mujer. Conceptualmente, la masculinidad hegemónica propone explicar cómo y por qué los hombres mantienen los roles sociales dominantes sobre las mujeres, y otras identidades de género, que se perciben como "femeninos" en una sociedad dada (9).

Patriarcado: sistema de relaciones sociales sexo-políticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurado por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, ya sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia. Se reproduce a través de las instituciones sociales en un proceso denominado socialización de género patriarcal (8).

Perspectiva de género: perspectiva que busca examinar el impacto del género en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones que llevan a cabo con otros ((26).

Estudios de género: denominación de un campo interdisciplinario centrado en el estudio académico de diversos temas relacionados al género como categoría central.

Este campo de estudio emergió desde distintas disciplinas: la sociología a partir de la década de 1950, las teorías del psicoanalista Jacques Lacan, la antropología con las investigaciones de Rita Segato y el trabajo de feministas tales como Judith Butler (46,47).

Igualdad de género: implica que hombres, mujeres y demás géneros que no entren en los géneros binomios deben recibir los mismos beneficios, las mismas sentencias y ser tratados con el mismo respeto. El principio de igualdad y de no discriminación por razón de sexo es una obligación de derecho internacional general, que vincula a todas las naciones y, dado su carácter primordial, se establece siempre como un principio que debe inspirar el resto de los derechos fundamentales (48).

Equidad de género: significa que las mujeres y los varones gozan de condiciones iguales en el ejercicio pleno de sus derechos humanos, en su posibilidad de contribuir al desarrollo nacional político, económico social y cultural y de beneficiarse de sus resultados. La equidad de género se encaminará principalmente a brindar oportunidades justas a mujeres y varones, pero a diferencia de la igualdad, serán atendiendo principalmente a la idea de que mujeres y varones son distintos, por lo que estas oportunidades serán de acuerdo a las características, contextos y necesidades específicas en donde se encuentren y que posean, desde los diversos ámbitos en los que interactúan, por ejemplo en el ámbito laboral, educativo, de la salud, el económico, cultural y social en general (48).

Efecto Pigmalión: en psicología y pedagogía, es uno de los sucesos que describe la creencia que tiene una persona de poder influir en el rendimiento de otra (35).

Profecía autocumplida: es una expectativa que incita a las personas a actuar en formas que hacen que la expectativa se vuelva cierta (35).

Referencias

1. La gestión de recursos humanos en salud Argentina. Una estrategia de consensos 2008 - 2015 [Internet]. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación; [cited 2017 Feb 3]. Available from: http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/2015-12-08-GestionRHUS_Argentina_WEB.pdf
2. Pastor Gosálbez MI, Eraso ÁB, Merino PP. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. Cuadernos de Relaciones Laborales. 2012;30(2):497–518.
3. Quemada CR-J, Prieto PB. La violencia contra las mujeres : prevención y detección : cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Díaz de Santos; 2005.
4. WHO | Gender, equity, human rights. 2017 Jul 5 [cited 2017 Jul 19]; Available from: <http://www.who.int/gender-equity-rights/en/>
5. De Beauvoir S. El Segundo Sexo. Cátedra, editor. Madrid, España; 2005.
6. Butler J. El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Paidós Iberica Ediciones S A; 2007.
7. Segato R. Las estructuras elementales de la violencia.: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Silberberg, editor. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes; 2003.
8. Fontenla M. ¿Qué es el patriarcado? [Internet]. 2008 [cited 2017 Oct 25]. Available from: http://www.mujeresenred.net/IMG/article_PDF/article_a1396.pdf
9. Connell RW. Change among the Gatekeepers: Men, Masculinities, and Gender Equality in the Global Arena [Internet]. [cited 2017 Oct 25]. Available from: <https://www.amherst.edu/media/view/248665/original/Connell.pdf>
10. Pozzio M. “El traumatólogo y la pediatra” Una aproximación a la configuración de especialidades médicas como territorios de género [Internet]. [cited 2017 Feb 8]. Available from: http://www.esocite2010.escyt.org/sesion_ampliada.php?id_Sesion=193
11. Castro RP, Bronfman MP. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. Cadernos de Saúde Pública. 1993;9(3):375–94.
12. Bielli A, Buti A, Canino MV, Estébanez ME, Lascaris Comneno T, Martins Lastres HM, et al. Proyecto Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género - GENTEC [Internet]. Unesco, editor. 2004 [cited 2017 Feb 8]. (Reporte Iberoamericano). Available from: http://www.comunicacion.amc.edu.mx/comunicacion/docs/Reporte_Final%20GENTEC.pdf
13. Francés MJP. Palabras para la igualdad de género en la educación. Pedagogía Magna. 2011;(11):465–9.
14. Reed V, Buddeberg-Fischer B. Career obstacles for women in medicine: an

overview. *Med Educ.* 2001;35(2):139–47.

15. 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(17):87–104.
16. Barberá Heredia E, Ramos A, Sarrió M, Candela C. Más allá del techo de cristal. Diversidad de género. *Revista del Ministerio de Empleos y Seguridad Social de España.* 2002;40:55–68.
17. 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” [Internet]. Santiago de Chile: CEPAC - ECLAC Naciones Unidas; marzo de 2001 [cited 2017 Feb 8]. Available from: http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/Cepal_30.pdf
18. Planificación y gestión del sistema nacional de residencias en argentina [Internet]. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación 2013; [cited 2017 Jul 15]. Available from: http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerc_a_de/dure-daverio-dursi-observatrhuis_planif_gestion_sistresid-2013.pdf
19. Jolliff L, Leadley J, Coakley E, Sloanne A. Women in U.S. Academic Medicine and Science: Statistics and Benchmarking Report 2011-2012. Association of American Medical Colleg [Internet]. 2012 [cited 2017 Jul 17]; Available from: <https://members.aamc.org/eweb/upload/Women%20in%20U%20S%20%20Academic%20Medicine%20Statistics%20and%20Benchmarking%20Report%202011-20123.pdf>
20. Burton KR. A force to contend with: The gender gap closes in Canadian medical schools. *Can Med Assoc J.* 2004;170(9):1385–6.
21. Neumayer L, Kaiser S, Anderson K, Barney L, Curet M, Jacobs D, et al. Perceptions of women medical students and their influence on career choice. *Am J Surg.* 2002;183(2):146–50.
22. Cortés-Flores AO, Fuentes-Orozco C, López-Ramírez MKL, Velázquez-Ramírez GA, Farías-Llamas OA, Olivares-Becerra JJ, et al. Medicina académica y género: La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gac Méd Méx.* 2005;141(4):341–4.
23. Llera J DE. Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Arch Argent Pediatr.* 2014 Feb;112(1):6–11.
24. Galli A, Eiguchi K, Yulitta H, Brissón ME. Aplicación del postgraduate hospital educational environment measure en residencias médicas en la ciudad de buenos aires. argentina. *Investigación en Educación Médica.* 2015;4(14):e3–4.
25. Soemantri D E al. Measuring the educational environment in health professions studies: a systematic review. *Med Teach.* 2010;32(12):947–52.
26. Borrell C, del Mar García-Calvente M, Martí-Boscà JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit.* 2004;18(Supl.1):2–6.
27. 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(5):49–68.

28. Examen único de ingreso a residencias médicas. Análisis estadístico de examen único 2013 [Internet]. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.; 2014 [cited 2017 Jul 17]. Available from: <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/datos/analisis-estadistico-eu-2013.pdf>
29. Sistema nacional de residencias del equipo de salud [Internet]. <http://www.msal.gov.ar>. [cited 2017 Jul 17]. Available from: <http://www.msal.gov.ar/residencias/index.php/las-residencias/concursos-de-ingreso-a-residencias>
30. Eiguchi K. [OBJ] Visión actual del Sistema de Residencias Médicas en el GCBA [Internet]. Docencia e Investigación. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.; 2014 [cited 2017 Feb 28]. Available from: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/REsidencias-Web.pdf>
31. Perez SE. And the Winner is... Algunas reflexiones que pueden llevar a una visión más ajustada de la ciencia. *ENDOXIA*. 2000;12(2):697–722.
32. Gomez TO. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. Repositorio Institucional de la Universidad de Granada Universidad de Granada. España.; 2002.
33. Gomez TO. Feminismo, ciencias naturales y biomédicas: debates, encuentros y desencuentros. Repositorio Institucional de la Universidad de Granada Universidad de Granada. España.; 1999.
34. Vázquez-Cupeiro S. Ciencia, estereotipos y género: una revisión de los marcos explicativos. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*. 2015;68:177–202.
35. Gaba M. Las Organizaciones Generizadas. La Perspectiva de Género en Acción en el Mundo de las Organizaciones [Internet]. 2010 [cited 2017 Nov 16]. Available from: <http://www.academica.org/000-031/355>
36. Buquet Corleto A. Sesgos de Género en las Trayectorias Académicas Universitarias: Orden Cultural y Estructura Social en la División Sexual del Trabajo [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México ; 2013 [cited 2017 Nov 17]. Available from: <file:///C:/Users/Usuariohi/Downloads/0696364.pdf>
37. Berger S, Szretter H. Argentina: costos laborales de la protección a la maternidad y el cuidado infantil. In ASET Asociación Argentina de Especialistas en Estudio del Trabajo; [cited 2017 Feb 15]. Available from: <http://www.aset.org.ar/congresos/5/aset/PDF/BERGERYSZRETTTER.PDF>
38. Licencia por Maternidad [Internet]. www.argentina.gob.ar. [cited 2017 Feb 16]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/buscastrabajo/licencias#2>
39. Maternity and paternity at work. Law and practice across the world [Internet]. International Labour Organization. Geneva; 2014 [cited 2017 Feb 16]. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_242615.pdf
40. Arthur J, Davies I, Wright D. Pierre Bourdieu. La dominación masculina. Anagrama, editor. Barcelona, España; 2000.

41. Gargiulo DA, Hyman NH, Hebert JC. Women in surgery: do we really understand the deterrents? *Arch Surg.* 2006 Apr;141(4):405–7; discussion 407–8.
42. Gottfredson L. Mainstream Science on Intelligence: An Editorial With 52 Signatories, History and Bibliography. *Wall Str J I.* 1994;24(1):13–23.
43. Binda M del C. Consideraciones sobre el Examen de Preguntas de Opciones Múltiples (Multiple choice). *Revista Argentina de Radiología.* 2006;70(4).
44. Situación de género en los grupos de I+D en TIC [Internet]. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. Presidencia de la Nación.; 2014 [cited 2017 Jul 20]. Available from: <http://www.mincyt.gov.ar/informes/situacion-de-genero-en-los-grupos-de-id-en-tic-10399>
45. Indicadores más relevantes de la inserción de mujeres y los varones en el mercado de trabajo [Internet]. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Presidencia de la Nación.; 2014 [cited 2017 Jul 20]. Available from: http://www.trabajo.gov.ar/downloads/cegiot/140703_brochure.pdf
46. Gender Studies [Internet]. Whitman College. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://www.whitman.edu/academics/departments-and-programs/gender-studies>
47. The Center for the Study of Gender and Sexuality: About [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://gendersexuality.uchicago.edu/about/>
48. La igualdad de género [Internet]. <http://igualdaddegenero.unam.mx>. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://igualdaddegenero.unam.mx/wp-content/uploads/2016/08/onu-mujeres-igualdad-equidad.pdf>