Violencia de género en las trayectorias de médicas cirujanas en Uruguay

Tesis presentada para optar por el título de Magíster en Psicología Social

Autora: Lic. Susan Fernández

Directora de tesis: Profa. Dra. Alejandra López Gómez

Universidad de la República
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Social

Montevideo, Uruguay
Septiembre de 2026

Resumen

Introducción: La violencia de género en el ámbito médico constituye un factor que afecta las trayectorias profesionales de las mujeres, limitando su desarrollo y acceso a posiciones de jerarquía. En Uruguay, la evidencia empírica sobre este fenómeno es aún escasa, particularmente en el subcampo de la cirugía.

Objetivo: Nos propusimos comprender y analizar las percepciones y apreciaciones de médicas cirujanas sobre la violencia de género en sus trayectorias profesionales en Montevideo, Uruguay.

Método: Para ello realizamos un estudio cualitativo de carácter descriptivo y transversal, desde un enfoque psicosocial y de género, basado en entrevistas semiestructuradas en profundidad a cirujanas con diversas edades, trayectorias profesionales y experiencias reproductivas.

Resultados: Las participantes identifican la violencia de género como un obstáculo persistente en sus trayectorias, aunque reconocen transformaciones en sus formas de expresión y en su visibilidad institucional. Predominan manifestaciones sutiles de violencia psicológica y sexual. Frente a ello, las cirujanas despliegan estrategias de afrontamiento individuales —principalmente confrontación y silencio— y colectivas. Estas últimas, como la creación del Capítulo Cirujanas Uruguayas, han contribuido a visibilizar el problema y promover cambios. Asimismo, se evidencia una percepción crítica sobre la ineficacia y limitada confianza en los mecanismos institucionales de sanción.

Conclusión: Los hallazgos muestran que la violencia de género en el campo médico se inscribe en estructuras de dominación que exceden las respuestas individuales. Las estrategias colectivas emergen como herramientas clave para su problematización y transformación, posicionando el tema en la agenda profesional y política del ámbito quirúrgico.

Palabras clave: campo médico, violencia de género, cirugía, estrategias de afrontamiento, techo de cristal.

Abstract

Introduction: Gender-based violence in the medical field constitutes a factor that affects women's professional trajectories, limiting their development and access to leadership positions. In Uruguay, empirical evidence on this phenomenon remains scarce, particularly in the surgical subfield.

Objective: To understand surgeons' perceptions of gender-based violence in their professional trajectories in Montevideo, Uruguay.

Methods: A qualitative descriptive study was conducted from a psychosocial and gender perspective, based on semi-structured interviews with women surgeons of different ages, professional trajectories, and reproductive experiences.

Results: Participants identify gender-based violence as a persistent obstacle in their professional trajectories, while also recognizing changes in its forms of expression and institutional visibility. Subtle manifestations of psychological and sexual violence predominate. In response, surgeons deploy both individual strategies—mainly confrontation and silence—and collective strategies. The latter, such as the creation of the "Women Surgeons Uruguay Chapter," have contributed to making the problem visible and promoting change. Participants also express a critical view of the limited effectiveness of and trust in institutional sanction mechanisms.

Conclusion: Findings show that gender-based violence in the medical field is embedded in broader structures of domination that go beyond individual responses. Collective strategies emerge as key tools for addressing and transforming this issue, positioning it within the professional and political agenda of the surgical field.

Keywords: medical field, gender-based violence, surgery, coping strategies, glass ceiling.

Índice

Resumen **1**
Agradecimientos **5**
INTRODUCCIÓN **6**
CAPÍTULO 1 **11**
¿Qué se sabe a nivel internacional sobre la violencia de género en la práctica médica de la cirugía? **11**
1.1 Violencia de género en las trayectorias de las cirujanas a nivel internacional 12
1.2 La situación de las cirujanas en el campo médico en América Latina 17
CAPÍTULO 2 **22**
La violencia de género en el campo médico hacia las mujeres cirujanas en Uruguay **22**
Introducción 23
2.1 Desigualdades de género en la formación profesional médica 24
2.2 Evidencia sobre violencia de género en el campo médico en Uruguay 29
CAPÍTULO 3 **34**
Claves teóricas para entender la violencia de género y su expresión en el campo médico
Introducción 35
3.1 La violencia de género en el campo médico 36
3.1.1 Delimitando el concepto de violencia de género 36
3.1.2 El concepto de campo y habitus médico 37
3.2 División sexual del trabajo y tareas de cuidado en las trayectorias académicas y profesionales de las mujeres 39
3.3 Teorías de percepción y apreciación social 41
CAPÍTULO 4 **43**
Objetivos y abordaje metodológico **43**
4.1 Objetivo general 44
4.2 Objetivos específicos 44
4.3 Abordaje metodológico: introducción 44
4.4 Diseño 45
4.4.1 Universo y muestra 46
4.4.2 Estrategias para el acceso a las participantes 46
4.4.3 Participantes 47
4.5 Técnicas de recolección de información 48
4.5.1 Entrevistas con informantes calificadas 48
4.5.2 Entrevista semidirigida en profundidad 48
4.5.3 Análisis de datos 50
4.6 Aspectos éticos 51

CAPÍTULO 5 **52**
Resultados y discusión **52**
Introducción 53
5.1 Campo y habitus médico en Uruguay: las características del subcampo médico-quirúrgico 54
5.1.1 El ámbito médico-quirúrgico como un subcampo médico: organización laboral 55
5.1.2 Percepciones sobre la posición de las mujeres en el subcampo médico-quirúrgico 59
5.1.3 Características del habitus médico-quirúrgico: género, jerarquía y poder 65
5.1.4 Un campo en reestructuración: entre la norma y las transiciones generacionales y de género 69
En suma 72
5.2 Violencia de género en las trayectorias educativas y laborales de las cirujanas 73
5.2.1 La presencia de la violencia de género psicológica en las trayectorias de las participantes 78
5.2.2 Violencia sexual en el campo médico: el caso particular de la cirugía 82
5.2.3 La persistencia del techo de cristal en cirugía: la percepción de las participantes 87
5.2.4 Estrategias de afrontamiento ante las situaciones de violencia de género experimentadas por las cirujanas 90
5.2.4.1 Estrategias de afrontamiento individuales 91
5.2.4.2 Estrategias de afrontamiento colectivas 97
En suma 97
5.3 Decisiones reproductivas y vida profesional de las médicas cirujanas 99
5.3.1 Implicancias de la maternidad en la vida laboral 101
5.3.2 Experiencias sobre embarazo y maternidad en el subcampo médico-quirúrgico 104
5.3.3 La influencia de las apreciaciones sobre el trabajo remunerado y no remunerado en las elecciones reproductivas de las participantes del estudio 108
5.3.4 Estrategias de conciliación entre el trabajo remunerado y no remunerado utilizadas por las participantes del estudio 112
En suma 114
Conclusiones **116**
Referencias **121**
Anexos **148**

Agradecimientos

Las primeras trayectorias de las que tomé conocimiento han sido las de mujeres que, en la lucha cotidiana, se debatieron entre el cuidado y el ejercicio laboral. Gracias a mi abuela **Alba**, por su fe inquebrantable en la educación como clave para el desarrollo de las mujeres; a mi abuela **Rita**, por su rebeldía; a mi madre **María Rosa**, por el ejemplo constante de tenacidad; y a mi hermana **Ellen**, por ser compañera de camino y crecimiento. De todas ellas aprendí el valor de la autonomía, dejando una marca imborrable en mi propia trayectoria.

A mi **padre**, por impulsarme a lograr mis metas siempre, y a mis **abuelos**, por construir los cimientos de la familia que hoy somos.

A mis **amigas**, por ser sostén y compartir lo cotidiano: el mate, las risas, los nervios y el llanto.

A mi tutora **Alejandra**, por las oportunidades, el acompañamiento y el aprendizaje compartido.

Al **Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva** por ser un espacio de acogida y debate crítico. Agradezco a sus integrantes por los conocimientos compartidos y, fundamentalmente, por las redes de colaboración y afecto que se tejieron en este tiempo.

A **cada una de las mujeres** que participaron en el estudio; gracias por su valentía y entereza para romper el silencio.

Al **Capítulo Cirujanas Uruguayas**, por abrirme la puerta a un mundo desconocido.

A la **Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII)**, Programa Becas de Posgrado Nacional, por haber sido soporte financiero fundamental para realizar esta investigación y apostar al desarrollo del conocimiento a través de su programa de becas.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación ha sido elaborada para la obtención del título de Magíster en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar). El estudio contó con la financiación de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), Programa Becas de Posgrado Nacional[1]. Es una investigación realizada desde una perspectiva de derechos humanos y de género, en el entendido de que la violencia de género atenta contra derechos humanos fundamentales y ha sido utilizada como medio para mantener relaciones de poder que ubican al hombre blanco, heterosexual, adulto en una posición de superioridad respecto a las mujeres, infancias, adolescencias, vejeces y disidencias.

La desigualdad de género en el campo médico es un tema de relevancia social, ya sea por sus efectos históricos en la configuración de las clasificaciones y diagnósticos en salud-enfermedad, en las formas de organización de los servicios de salud, en la distribución de las especialidades médicas y en los efectos en la atención de las poblaciones usuarias (Valls-Llobet, 2009). Históricamente, la medicina ha sido regida por la lógica de lo mismo y el universal masculino; el hombre ha sido ubicado como modelo único de ser humano a ser estudiado y los sujetos se han vuelto objetos de intervención (Fernández, 2010; Valls-Llobet, 2009). En este marco, el conocimiento científico se ha desarrollado a partir de sesgos de género posicionando a las mujeres como objetos de conocimiento, fragmentando sus cuerpos y colocándolas en posiciones de inferioridad (Valls-Llobet, 2009).

Este proceso de exclusión y discriminación hacia las mujeres también se vio reflejado en sus posibilidades de acceso al conocimiento, las mujeres fueron despojadas de sus saberes mediante la persecución de brujas, se consideraba brujas a parteras y doctoras que tenían conocimientos sobre hierbas y remedios curativos. Ello facilitó el camino para el ascenso de la medicina profesional representada por la figura del doctor, hombre, heterosexual y europeo (Federici, 2010). Esta exclusión también alcanzó al ámbito quirúrgico, ejemplo de ello es el caso de James Barry, cirujano imperial que realizó la primera cesárea exitosa y cuya identidad femenina sólo se reveló tras su muerte en 1865 (Valenzuela, 2020).

Así, en la época moderna, los conocimientos sobre salud-enfermedad se consolidaron fundamentalmente en las facultades de medicina, donde el estudio de sujetos mayormente masculinos invisibilizó las patologías crónicas predominantes en las mujeres (Valls-Llobet,

[1] La investigación que da origen a los resultados presentados en la presente publicación recibió fondos de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación bajo el código **POS_NAC_2023_1_178640**.

2009). Como consecuencia, los diagnósticos se han constituido omitiendo el contexto sociohistórico y las diferencias entre hombres y mujeres. Según Valls-Llobet (2009), la investigación ha priorizado las patologías masculinas, tildando de poco rigurosos los aportes de las mujeres sobre salud reproductiva y morbilidad diferencial. La ausencia de la perspectiva de género ha derivado en la psiquiatrización del malestar femenino bajo etiquetas como la "histeria" (Valls-Llobet, 2009). No es hasta fines del siglo XX que se inició el estudio de las diferencias patológicas entre sexos (Valls-Llobet, 2009).

Actualmente, aunque el acceso de las mujeres al ámbito público, al trabajo remunerado y a la universidad es un hecho, las condiciones de permanencia siguen siendo problemáticas. La introducción de la perspectiva de género ha permitido visibilizar cómo la división sexual del trabajo y el rol de cuidadoras afectan la salud de las mujeres, exponiendo las relaciones de poder y la violencia de género como barreras al derecho a la salud. En este escenario, y tal como sostiene la cirujana Valenzuela (2020), el pleno reconocimiento de las mujeres en especialidades como la cirugía continúa siendo un tema pendiente y en constante disputa.

La cirugía, como uno de los subcampos del campo médico, cuenta con subrepresentación femenina (Kawase et al., 2015; Vargas y Bedoya Vaca, 2021) y es uno de los que tiene mayor capital simbólico, cultural y económico (Castro y Villanueva, 2019). Diversos estudios a nivel internacional dan cuenta de la existencia de esta problemática, tal como presentaremos en esta tesis. La desigualdad de género se ha vuelto un obstáculo en la inserción y avance de médicas mujeres en la cirugía, lo que se expresa en la discriminación y violencia de género, acoso sexual, brecha salarial, dificultad para equilibrar el trabajo remunerado con el trabajo no remunerado, deserción en la formación quirúrgica, así como afectaciones en la salud mental de las mujeres (Bernardi et al., 2020; Hu et al., 2019; Liang et al., 2019). Es por ello que el objetivo principal de la investigación fue comprender las percepciones y apreciaciones sobre la violencia de género en las trayectorias educativas y profesionales de las médicas cirujanas en el campo médico en Montevideo, Uruguay, desde la perspectiva de las propias mujeres. Realizamos[2] un abordaje cualitativo a partir de entrevistas semidirigidas en profundidad a médicas cirujanas entre los meses de agosto y noviembre de

[2] Esta investigación ha sido escrita mayormente en primera persona del singular y plural ya que comparto con la teoría feminista la perspectiva de la ciencia como construcción de conocimientos en un hacer con otros/as. Esta tesis es el resultado de negociaciones y de aportes de personas que han contribuido a entender el tema pero fundamentalmente del testimonio de mujeres que tuvieron la valentía de dar voz a sus vivencias como profesionales del campo médico.

2024. El estudio contó con el aval del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Psicología (n.º de expediente: 191175-000161-23).

La investigación también responde a preguntas que se relacionan con mis vivencias personales como responsable de la investigación. Como usuaria del Sistema Nacional Integrado de Salud en más de una ocasión me tocó presenciar y vivenciar situaciones de violencia de género en las consultas médicas. Me inquietaba el hecho de que muchas médicas, enfermeras y personal administrativo reprodujeran estos modos de vincularse ejerciendo su poder hacia los/las usuarios/as. Estas situaciones parecían naturalizadas, lo cual me llevó a tomar contacto con la idea de campo médico y la desigualdad de género que lo caracteriza (Castro, 2014a).

La violencia de género, como expresión de la discriminación de género, atenta contra derechos humanos fundamentales como el respeto y la dignidad humana siendo un impedimento para el pleno desarrollo de las mujeres en su vida social, política, económica y cultural (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1979). Afecta a las mujeres en toda su trayectoria vital y se manifiesta de múltiples maneras como violencia física, sexual, económica, psicológica, amenazas, privación de libertad, llegando en su máxima expresión a provocar la muerte (ONU Mujeres, 2023). El acoso sexual, como una de sus expresiones en el ámbito educativo o laboral, genera consecuencias tanto físicas como psicológicas: dolores de cabeza, de estómago, trastornos del sueño o alimentación, ansiedad, depresión, estrés, afectando también las condiciones de trabajo como la restricción de oportunidades laborales, reducción de la productividad y satisfacción laboral (Galeotti, 2018). El acoso sexual vulnera derechos como la intimidad, dignidad, libertad, seguridad y salud en el trabajo. Afecta principalmente a las mujeres causando consecuencias negativas en las relaciones educativas y laborales, aumenta el ausentismo llegando a la desvinculación del ambiente educativo o laboral (Espasandín y López, 2018).

Históricamente el movimiento feminista ha bregado por visibilizar y combatir la desigualdad y violencia de género. Instrumentos internacionales han hecho propias las reivindicaciones sociales por los derechos de las mujeres. En el marco de Naciones Unidas se organizaron cuatro conferencias mundiales: la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, en México en 1975; la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, en Copenhague en 1980; la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los

Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, en Nairobi en 1985; y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, de la que se desprende su Plataforma de Acción (ONU, 1995/2014). También se realizó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en 1979 siendo un instrumento poderoso a nivel internacional ya que ha sido ratificada por 189 países (ONU, 1979). En 1994 se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo que prioriza los derechos, la salud reproductiva de la mujer y su autonomía (ONU Mujeres, 1995) y la Convención de Belém do Pará que busca prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Organización de los Estados Americanos, 1994). Asimismo, en 2015 se aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que se propone lograr la igualdad de género (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015) y la Agenda Regional de Género que comprende una serie de acuerdos asumidos por los gobiernos en las reuniones de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017). Específicamente en el ámbito laboral la Organización Internacional del Trabajo (OIT) adoptó en 2019 el Convenio N° 190, siendo el primer tratado internacional que establece un mundo laboral libre de violencia y acoso de género como un derecho de todas las personas (OIT, 2019). Uruguay adoptó las medidas establecidas a nivel internacional y ha creado diferentes instrumentos legales y programáticos que siguen el mismo propósito.

Con esta investigación pretendemos contribuir en la visibilización de la violencia, el acoso y discriminación existentes en este campo. Si bien en Uruguay, el problema ha adquirido mayor visibilidad pública, el conocimiento académico disponible es escaso. Asimismo buscamos enriquecer las teorías existentes en el campo de la Psicología Social aportando nuevo conocimiento sobre la percepción humana como mediadora entre lo psíquico y lo social.

CAPÍTULO 1

¿Qué se sabe a nivel internacional sobre la violencia de género en la práctica médica de la cirugía?

1.1 Violencia de género en las trayectorias de las cirujanas a nivel internacional

Para la delimitación del problema de investigación realizamos una búsqueda de artículos científicos en bases de datos indexadas a través del Portal Timbó (ANII) —Scopus, JSTOR y EBSCO (SocINDEX, Medline)—, complementada con búsquedas en Google Académico para identificar producción académica no indexada en dichas bases. La búsqueda se realizó en español e inglés, considerando publicaciones entre 2015 y 2024. Utilizamos como palabras clave: poder médico and género and cirugía, jerarquía and género and cirugía, techo de cristal and formación médica and cirugía, poder médico and violencia de género and formación médica, desigualdad de género and medicina and formación, carrera de medicina and género and cirugía, acoso sexual and cirugía and violencia de género, acoso sexual and medicina and formación médica. Se priorizaron artículos científicos arbitrados, excluyendo tesis de grado y posgrado. Asimismo, se complementó la búsqueda mediante el rastreo de referencias bibliográficas de artículos de revisión, identificando estudios adicionales pertinentes en PubMed, incluyendo algunos artículos sugeridos por dicha plataforma a partir de las fuentes consultadas.

De ello se obtuvo un total de 82 artículos, seleccionados según su relevancia y pertinencia para la construcción del problema de investigación. Estos incluyen artículos originales de tipo empírico, artículos de revisión (narrativas y de alcance/scoping), informes de encuesta y, de manera complementaria, un informe de simposio con narrativas testimoniales y dos editoriales elaborados a partir de paneles y congresos de cirugía con perspectiva de género, incorporados por su pertinencia temática para ilustrar experiencias y perspectivas del campo quirúrgico en relación al género.

El género es un factor que afecta el desarrollo profesional, en el caso de las mujeres es de una importancia significativamente mayor (Schwarz et al., 2016). En un simposio sobre mujeres cirujanas de Europa, Estados Unidos, África, Australia y Asia se reconocieron obstáculos en la cotidianeidad de su trabajo. Los usuarios/as solían confundirlas con enfermeras, el saludo de un compañero dependía de si iban con un hombre, en reuniones académicas se referían a ellas por el nombre de pila y no como doctoras. Centrarse en el paciente se veía como una cualidad femenina pero en los hombres era una competencia profesional. Los reconocimientos, premios e invitaciones para conferencias llegaban más tarde,

la mala praxis de una compañera formaba opiniones sobre todas las demás, sin contar la brecha salarial (Roman et al., 2018).

Las cirujanas están más predispuestas a que se les asignen tareas no rentables o trabajar a tiempo parcial y es más probable que adquieran puestos y premios menos prestigiosos (Bernardi et al., 2020). Según la investigación de Blum et al. (2022), las mujeres cirujanas son menos propensas a realizar intervenciones y son quienes sufren más discriminación. En Japón se reportó disparidad de género en la experiencia quirúrgica, la brecha tiende a aumentar con los años de experiencia y la dificultad en el procedimiento (Kono et al., 2022). Una revisión sobre investigaciones de América del Norte, Europa, Asia, Oceanía y África identificó que en países con ingresos bajos se considera que las cirujanas tienen menos habilidades que los hombres para su trabajo, sin embargo, tienen más redes familiares que las apoyan en el cuidado del hogar e hijos/as (Xepoleas et al., 2020). En general, las cirujanas remarcaron como dificultad en su trayectoria la discriminación por parte de compañeros de trabajo (Xepoleas et al., 2020). En Irlanda y Gran Bretaña, 88% de las cirujanas que participaron de una investigación concibió a la cirugía como un espacio dominado por hombres, 59% fue discriminada en alguna ocasión y 22% percibió un techo de cristal en la formación (Bellini et al., 2019).

Una encuesta realizada a cirujanas en Japón, Estados Unidos, Finlandia y Hong Kong (China) señala que las mujeres tienen menos éxito en el avance de sus carreras y están subrepresentadas en posiciones de liderazgo (Kawase et al., 2015). En Canadá y Estados Unidos, las mujeres tienen menos probabilidad de ingresar a cirugía que sus compañeros hombres, se destaca que en Canadá esa probabilidad es del 50% de la que tienen los hombres (Nguyen et al., 2024; Pickel y Sivachandran, 2024). En especialidades como neurocirugía, oftalmología, cirugía ortopédica y urología, la representación femenina es de aproximadamente un tercio del total (Pickel y Sivachandran, 2024). A su vez, la participación de mujeres en cirugía plástica suele ser minoritaria (Elango et al., 2021).

Según Bernardi et al. (2020) hay sesgos en la evaluación de las cirujanas, los logros son minimizados como suerte y no se entienden como trabajo duro. Las mujeres tienen más probabilidades de ser asistentes de cátedra que directoras (Kearns et al., 2022). La aplicación de recursos en programas para promover el liderazgo de mujeres fue mayor por parte de organizaciones que contaban con mujeres líderes (Robinson et al., 2020). En múltiples estudios se remarcó la necesidad de tutorías para las cirujanas (Bellini et al., 2019; Bernardi et al., 2020;

Cochran et al., 2019; Corley et al., 2020; Myers et al., 2018; Xepoleas et al., 2020; Zogg et al., 2023). Dicha situación se reitera en el campo médico donde el género es significativo en cuanto a la promoción de mujeres líderes (Klein et al., 2020). En España, Turbau (2018) indica que la sensibilidad y espíritu crítico son obstáculos en la carrera de medicina. En la formación médica española, el currículum oculto tiene tres características: androcentrismo, esencialismo biológico y normalización de la desigualdad (Delgado, 2018).

Las mujeres cirujanas trabajan en condiciones estructurales desfavorables, con discriminación abierta y encubierta, microagresiones (Corley et al., 2020). En Estados Unidos, las cirujanas perciben en mayor medida la discriminación latente (Kawase et al., 2015). Las microagresiones de género más frecuentes en cirugía son ser tratada como ciudadana de segunda clase, suposición de roles de género tradicionales, cosificación sexual, suposición de inferioridad y el lenguaje sexista (Sprow et al., 2021). En Arabia Saudita un estudio realizado con mujeres que ejercen la cirugía ortopédica menciona que 61.05% experimentó microagresiones siendo los médicos cirujanos quienes mayormente provocaron la situación (Alhammadi et al., 2024).

En algunos estudios consultados, en la residencia en cirugía, la mayoría de médicas indicó ser discriminada por su género y reportaron situaciones de abuso verbal, emocional y físico, siendo todas las formas de maltrato más altas para las mujeres que para los hombres (Hu et al., 2019; Schlick et al., 2021). Las mujeres eran definidas sin autoridad, física y emocionalmente débiles, a su vez experimentaron sentimientos de incomodidad y fueron presionadas para aceptar comportamientos no profesionales y lascivos (Myers et al., 2018). Las cirujanas que han experimentado situaciones de discriminación han visto afectado su trabajo clínico y su salud mental (Zogg et al., 2023). Para superar la problemática proponen como necesario el reconocimiento del sesgo de género por parte de pares profesionales y el apoyo mutuo entre cirujanas (Zogg et al., 2023).

Situaciones de acoso sexual han sido reportadas en medicina, residencias quirúrgicas y profesionales en ejercicio en Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Nigeria, Estados Unidos, México, Colombia, Chile y Argentina. La mayoría de los estudios indican que fueron principalmente afectadas las mujeres (Becerra et al., 2023; Domínguez-Torres et al., 2024; Giglio et al., 2022; Huatuco et al., 2022; Iroegbu-Emeruem et al., 2023; Liang et al., 2019; Robinson et al., 2020; Silva Vera y Jiménez González, 2021; Stone et al., 2019). Se identificó como principales agresores a colegas y superiores masculinos (Domínguez-Torres et al., 2024;

Iroegbu-Emeruem et al., 2023; Silva Vera y Jiménez González, 2021). Estudiantes de medicina y residentes de cirugía son más propensas a reportar discriminación de género y acoso sexual (Domínguez-Torres et al., 2024; Kheir et al., 2023). En Estados Unidos un estudio realizado con residentes de cirugía informó que 43% de las mujeres experimentó acoso sexual, el tipo de acoso más común fueron los comentarios groseros, degradantes y explícitos (Schlick et al., 2021). Según la Encuesta Nacional sobre Acoso Sexual entre Cirujanos realizada en Estados Unidos, 58% de las encuestadas indicó haber sufrido acoso sexual en los últimos 12 meses (Nayyar et al., 2019).

En cuanto a especialidades quirúrgicas se han reportado experiencias de acoso sexual en cirugía general, cirugía plástica, cirugía cardiotorácica, cirugía vascular, traumatología y ortopedia, otorrinolaringología, cirugía oral y maxilofacial y oncología quirúrgica (Balch Samora et al., 2020; Ceppa et al., 2020; Chen et al., 2021; Lawlor et al., 2021; Nayyar et al., 2019; Nukala et al., 2020; Zurayk et al., 2019). La prevalencia de acoso sexual es significativamente mayor en cirujanas ortopédicas que en sus colegas hombres (Giglio et al., 2022). En cirugía cardiotorácica, 81% de las cirujanas encuestadas indicó haber sufrido una situación de acoso y 75% la presenció, 89% de los encuestados indicó que la víctima era mujer (Ceppa et al., 2020). En otorrinolaringología, 65% de las mujeres informaron algún grado de acoso sexual en su residencia y 41% en sus consultas actuales (Lawlor et al., 2021). Por su parte, en cirugía oral y maxilofacial, 96% de las personas encuestadas reportó alguna forma de acoso sexual (Zurayk et al., 2019). El acoso y la agresión sexual se encuentran entre los motivos por los que las médicas deciden abandonar la carrera quirúrgica (Liang et al., 2019). Asimismo entre los impactos del acoso sexual, cirujanas mencionaron que afectó la comunicación con sus pares, actividades de investigación y concurrencia a eventos sociales (Robinson et al., 2020).

En relación al acceso a mecanismos a los que recurrir ante estas situaciones y el proceso de denuncia, un estudio en Australia señala que las médicas que realizaron la denuncia tuvieron dificultades para volver a trabajar en el campo médico (Stone et al., 2019). En Estados Unidos, 84% de los incidentes de acoso sexual reportados por cirujanas no se comunicó a ninguna autoridad institucional (Nayyar et al., 2019). Tanto en médicas pasantes como en residentes de cirugía, la mayoría decide no denunciar (Freedman-Weiss et al., 2020; Nukala et al., 2020; Silva Vera y Jiménez González, 2021; Vargas y Bedoya Vaca, 2021). Entre las razones más frecuentes para no denunciar se encuentran: el sentimiento de inutilidad, el miedo a afectar negativamente su carrera, a represalias o a ser despedida, el anonimato, cuestionamiento sobre la gravedad del hecho, no ser creída o tomada en serio, miedo a ser

culpada y la jerarquía médica presente (Balch Samora et al., 2020; Chen et al., 2021; Gianakos et al., 2022; Nayyar et al., 2019). Una investigación sobre los motivos para no denunciar el acoso sexual en medicina identifica como barreras: la confusión a la hora de definir una situación de acoso, desconocimiento en los procesos de denuncia y desconfianza en los sistemas formales de denuncia (Zeidan et al., 2022).

En Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, un estudio reciente reportó que 43.09% refiere conocer el protocolo de actuación ante estas situaciones pero sólo 1.09% del estudiantado afirma que tiene mucho conocimiento sobre su funcionamiento (Becerra et al., 2023). El acoso sexual hacia médicos hombres también se ha reportado pero en menor medida, ante este tipo de situaciones los médicos informaron que desconocen cómo actuar ya sea en una situación vivenciada por ellos o hacia otra persona (Farkas et al., 2020). Respecto a las medidas tomadas, un estudio en cirugía oral y maxilofacial menciona que de 15 participantes que denunciaron la situación a alguna autoridad sólo en dos casos se tomaron medidas (Zurayk et al., 2019). No obstante, en cirugía ortopédica, 39% de las personas que informaron estas situaciones menciona que los comportamientos disminuyeron (Balch Samora et al., 2020).

Diferentes estudios señalan la dificultad de las cirujanas para equilibrar la vida laboral con responsabilidades familiares y el cuidado de los hijos/as (Bellini et al., 2019; Bernardi et al., 2020; Cochran et al., 2019; Liang et al., 2019; Schwarz et al., 2016; Umoetok et al., 2017). La falta de apoyo familiar es identificada como un obstáculo (Kawase et al., 2015). Las cirujanas indican más barreras relacionadas a la crianza de los hijos/as y falta de licencias parentales (Corley et al., 2020; Xepoleas et al., 2020), entre otras se destacan la menor autonomía para gozar de la licencia por maternidad y la mayor probabilidad de ser sancionadas por no equilibrar lo familiar con lo laboral (Acai et al., 2018; Bernardi et al., 2020). En este sentido, un estudio reporta que 85% de las residentes del área quirúrgica trabajaron sin modificar sus horarios hasta el nacimiento de sus hijos/as y 39% examinaron seriamente la posibilidad de dejar la residencia (Rangel et al., 2018). La deserción de las estudiantes en la formación quirúrgica se debe a falta de disponibilidad de licencia ya que las razones de solicitud se consideran inválidas: angustia, embarazo, maternidad o deberes con la crianza de los hijos/as (Liang et al., 2019).

Para las médicas y residentes quirúrgicas la maternidad es vista como algo a postergar, una complicación y un tabú (Mulcahey et al., 2018). La relación entre la familia y el trabajo aparece como una de las principales causas por las que las médicas no optan por

especialidades quirúrgicas (Paulo et al., 2020). Las cirujanas experimentaron prejuicios por parte de sus pares residentes y asistentes acerca de que las mujeres tuvieran hijos/as, se sintieron aisladas y percibieron reacciones negativas ante sus embarazos (Mulcahey et al., 2018; Schlick et al., 2021). La discriminación hacia las cirujanas —incluso cursando un embarazo— fue común en Estados Unidos, Reino Unido, Sudáfrica y Sudamérica (Tsukazan y Ugalde, 2021; Xepoleas et al., 2020) o durante el cuidado de los hijos/as (Hu et al., 2019; Varpio et al., 2020; Zogg et al., 2023). Un estudio sobre la experiencia de otorrinolaringólogas indicó que tener un hijo/a influyó en su decisión de ocupar cargos de liderazgo, la licencia por maternidad afectó sus oportunidades de ascenso profesional y nivel salarial (Lawlor et al., 2021). Según médicas residentes en Nigeria, el mayor desafío en su carrera es equilibrar la vida laboral con la vida personal (Iroegbu-Emeruem et al., 2023). En general las mujeres son más propensas que los hombres a abandonar la formación quirúrgica (Forel et al., 2018; Yeo et al., 2017). En Australia y Nueva Zelanda, la falta de interacción con otras mujeres en el ejercicio de la profesión, la falta de apoyo y los efectos en la salud mental fueron identificados como motivos por los que las mujeres dejaron la formación quirúrgica (Liang et al., 2019).

Diversos estudios han señalado las consecuencias de la discriminación de género y acoso sexual en la salud mental de las médicas (Ceppa et al., 2020; Chen et al., 2021; Liang et al., 2019). El acoso sexual en el ámbito laboral se encuentra asociado al síndrome de burnout, el agotamiento y una mayor posibilidad de abandonar o rechazar un trabajo (Ceppa et al., 2020). Situaciones de discriminación y acoso sexual en médicas, residentes de cirugía y profesionales en ejercicio se han asociado a síntomas de ansiedad y depresión (Chen et al., 2021; Gianakos et al., 2022; Hernández-Pérez et al., 2024). Estudios han reportado que las cirujanas manifiestan que tanto la discriminación directa como encubierta afectan su bienestar emocional/psicológico (Zogg et al., 2023).

1.2 La situación de las cirujanas en el campo médico en América Latina

En América Latina encontramos estudios que evidencian la subrepresentación femenina en el área médico-quirúrgica así como la existencia de discriminación y violencia de género hacia cirujanas en México (Hernández y Alvear, 2020), Colombia (Domínguez-Torres et al., 2024), Perú (Vilchez Cornejo et al., 2021), Chile (Albornoz et al., 2021), Ecuador (Vargas y Bedoya Vaca, 2021), Brasil (Santos et al., 2021), Argentina (Huatuco et al., 2022; Pagotto et al., 2020) y Uruguay (Sindicato Médico del Uruguay [SMU], 2020a). En México, Hernández y Alvear

(2020) con base en la teoría de Bourdieu (2000a), identificaron el disciplinamiento corporal en la enseñanza y las desigualdades de género como características del habitus médico. Los autores mencionan que “las mujeres suelen sufrir mayores agresiones y acoso; en ciertas especialidades como cirugía” (Hernández y Alvear, 2020, p. 53).

En estudiantes de medicina y residentes en cirugía se encontraron experiencias de violencia psicológica, física, económica, sexual, simbólica, laboral y docente (Albarrán y Osorino, 2022; Hernández-Pérez et al., 2024; Silva Vera y Jiménez González, 2021). Una investigación mostró que los médicos supervisores eran los principales perpetradores del abuso (Silva Vera y Jiménez González, 2021). Otro estudio señala que, según las participantes, estos hechos se intensifican cuando pasan a formarse en el ámbito hospitalario, ya que allí no tienen la protección de la facultad (Albarrán y Osorino, 2022). En hospitales escuela, el acoso sexual es frecuente, las estudiantes han experimentado desde insinuaciones sexuales hasta hostigamiento sexual (Villanueva, 2019). A su vez, el acoso sexual es una práctica aceptada por la institución y se expresa de manera pública, lo que habilita a una competencia explícita entre los hombres por conquistar a sus pares. Cirugía y traumatología son las especialidades más referidas por las entrevistadas (Villanueva, 2019). La violencia continúa siendo frecuente en internados de pregrado y residencias médicas, específicamente la violencia sexual, generando consecuencias en la salud mental de las estudiantes (Hernández-Pérez et al., 2024). Según un estudio realizado en 2024, 58.9% de las cirujanas en formación sufrió discriminación ya que no contaron con las mismas oportunidades de realizar procedimientos quirúrgicos que sus colegas hombres. También percibieron discriminación por parte de pacientes y personal de enfermería (Sánchez-Montes et al., 2024). El 40.4% de las encuestadas mencionó que se le dificulta equilibrar el ejercicio profesional con su vida familiar trabajando generalmente en horario nocturno para poder realizar las actividades domésticas (Sánchez-Montes et al., 2024).

En Colombia, la mayoría de las estudiantes de medicina percibieron violencia por el hecho de ser mujer, siendo la violencia psicológica la que más se reportó durante la formación médica “entre el 17 y 20% de las estudiantes… se les sugirió realizar otro tipo de especialización por el hecho de ser mujer. El 39% de las estudiantes percibió que le han asignado tareas específicas … por ser mujer” (Moreno et al., 2015, p. 33). También se registraron situaciones de acoso laboral y sexual siendo principalmente perpetradas contra residentes mujeres. El acoso laboral fue mayoritariamente perpetrado por profesores cirujanos y residentes de nivel superior (Domínguez-Torres et al., 2024).

Las médicas también presentaron desigualdades a nivel de las remuneraciones económicas, con mayor carga de trabajo, más dificultad para acceder a puestos de trabajo y cargos de liderazgo y menor reconocimiento por parte de los pacientes respecto a su saber (Cáceres-Manrique et al., 2019). El sistema médico se centra en los hombres, las mujeres en cargos de poder se deben “masculinizar” para permanecer allí. Las especialidades de mayor poder y prestigio son a las que menos acceden (Cáceres-Manrique et al., 2019).

En Perú, Vilchez Cornejo et al. (2021) encontraron que entre los maltratos más percibidos por los/las estudiantes de medicina estaban el psicológico, físico y sexual. Los autores señalan que la primacía del maltrato psicológico puede asociarse a que se confunde una enseñanza estricta con el abuso mediante un modelo de jerarquía vertical. La participación de mujeres en medicina es sustancial, sin embargo esto no se refleja en cirugía donde “las mujeres siguen enfrentando diferentes barreras ligadas a su género, las cuales sumadas a la falta de representación femenina en las ramas quirúrgicas desalientan a las estudiantes de medicina a escoger la cirugía como carrera” (Quispe-Arminta y Shu-Yip, 2021, p.456).

En Chile, las mujeres acceden menos a las especialidades, brecha que aumenta en las especialidades quirúrgicas (Crispi et al., 2018). En 2021 hubo un aumento de mujeres cirujanas, alcanzando 15% del total de cirujanos/as pero la participación de mujeres en puestos de liderazgo era sólo de 3% (Albornoz et al., 2021). Recientemente un estudio en el país indica que las mujeres médicas seleccionan mayoritariamente especialidades no quirúrgicas, traumatología, neurocirugía y urología son las especialidades donde existe mayor proporción de hombres (Pantoja de Prada et al., 2024). Respecto a situaciones de violencia de género y acoso sexual, un estudio realizado con estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile indicó una prevalencia de 14%, siendo las mujeres mayormente acosadas por estudiantes hombres (Becerra et al., 2023).

En Ecuador, un estudio realizado a estudiantes de posgrados de medicina y autoridades universitarias indicó que 87% de los encuestados/as reportó violencia de género a través de comentarios peyorativos y acoso sexual (Vargas y Bedoya Vaca, 2021). También se identificaron dificultades para conciliar la vida laboral con la vida familiar, incluyendo amenazas de expulsión y persecución por embarazo o encontrarse en período de lactancia (Vargas y Bedoya Vaca, 2021). A su vez, las mujeres tienen mayores exigencias a nivel de actividades académicas y en cirugía se encuentran subrepresentadas, caracterizando a la especialidad como netamente masculina (Vargas y Bedoya Vaca, 2021).

En Brasil, una investigación indica que la percepción de acoso moral durante la formación o el ejercicio profesional de médicas cirujanas fue reportada por un 49.1%. Asimismo, mencionaron haber recibido una formación quirúrgica inferior por el hecho de ser mujeres y estar más expuestas a la violencia física y psicológica que sus compañeros (Santos et al., 2021). En 2021, el porcentaje de mujeres en cirugía general era de 21.7%, mientras que en neurocirugía, ortopedia y urología las mujeres representaban un 8.8%, 6.5% y 2.3% respectivamente (Scheffer, 2020). En cirugía de tórax los sesgos de género son evidentes, la falta de mentoras y el cuidado de los hijos/as aparecen como dificultades para el avance en las trayectorias de las mujeres (Tsukazan y Ugalde, 2021). A nivel académico, en el 34 Congreso Brasilero de Cirugía únicamente 21% de los conferencistas eran mujeres y 31% de los espacios de programación científica tenían al menos una mujer como moderadora o conferencista. En esta edición se presentó el Panel de debates: Mujeres en la Cirugía como manera de dar visibilidad a las cirujanas y generar un ambiente más inclusivo (Viana et al., 2022).

En Argentina, la investigación de Pagotto et al. (2020) sostiene que las evaluaciones para ingresar a residencias están cargadas por sesgos de género: “A igual tasa de aprobación del examen, la mayor oportunidad de los hombres de ingresar a la residencia en comparación con las mujeres es altamente sugestiva de la existencia de mecanismos de segregación vertical de género” (p. 223). Mujeres cirujanas expresan dificultades para mantener la carrera y crianza de los hijos/as, pacientes han rechazado ser intervenidos/as por una mujer y jefes les han negado la participación en una intervención por ser mujeres (Cumpa y Gallino, 2020). En Córdoba, se registró que 73% de las cirujanas que ejercen en la provincia experimentó o presenció discriminación e inequidades de género mientras que 50% experimentó o presenció hostigamiento o acoso sexual. Asimismo, se evidencia inequidad salarial y la percepción de incompatibilidad de la profesión con la maternidad (Huatuco et al., 2022).

Los estudios revisados permiten afirmar que la desigualdad y la violencia de género en el campo quirúrgico constituyen un fenómeno extendido a nivel internacional, que se manifiesta con características similares en contextos geográficos, culturales y sanitarios diversos: la subrepresentación de las mujeres en las especialidades quirúrgicas y en los cargos de liderazgo, la discriminación durante la formación y el ejercicio profesional, el acoso sexual perpetrado principalmente por colegas y superiores varones, las barreras para denunciar y las tensiones entre la carrera quirúrgica, la maternidad y los cuidados. Cabe señalar que en la producción consultada predominan los estudios de corte cuantitativo, en su mayoría encuestas orientadas a estimar la prevalencia de estas situaciones e identificar sus principales

características. Si bien esta evidencia resulta fundamental para dimensionar el problema y dar cuenta de su existencia, aporta un conocimiento acotado sobre los modos en que las propias cirujanas perciben, interpretan y significan estas experiencias a lo largo de sus trayectorias. En el siguiente capítulo abordamos la situación de las cirujanas en Uruguay, donde el conocimiento académico sobre esta problemática es aún incipiente.

CAPÍTULO 2

La violencia de género en el campo médico hacia las mujeres cirujanas en Uruguay

Introducción

La violencia de género es un problema social relevante en Uruguay que afecta la salud física y psicológica de sus habitantes y, especialmente vulnera los derechos de niñas y mujeres. El Estado, la academia y las organizaciones de la sociedad civil, en particular las feministas, han sido fundamentales a la hora de visibilizar y promover transformaciones al respecto. El país adoptó la normativa internacional vigente y continuó sus lineamientos creando diferentes instrumentos legales y programáticos que tienen por objetivo lograr la igualdad de género. De la normativa nacional destacamos la *Ley n.° 19.580 Ley de violencia hacia las mujeres basada en género* del año 2017 y *Ley n.° 18.561 Ley de acoso sexual. Prevención y sanción en el ámbito laboral y en las relaciones docente alumno* del año 2009. En el marco de los compromisos del Estado uruguayo respecto a la igualdad de género se destaca la conformación del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) como organismo rector en esta agenda y, más recientemente, la creación de la Estrategia Nacional para la Igualdad de Género 2030 (Instituto Nacional de Estadística [INE] et al., 2020). En relación a la Estrategia el Comité de la CEDAW realizó una serie de recomendaciones a Uruguay entre ellas eliminar la discriminación en el empleo y la brecha salarial (ONU, 2016). En julio de 2025 se reinstaló el Consejo Nacional de Género, mecanismo de articulación intersectorial y multiactoral para las políticas de género el cual se encuentra elaborando el Plan Nacional de Género 2026-2030. La Udelar forma parte de este mecanismo[3].

A pesar de los múltiples mecanismos de prevención y erradicación existentes en el país, los datos demuestran que la violencia de género es un grave problema social. A nivel nacional, 76.7% de las mujeres de 15 años o más ha experimentado alguna situación de violencia de género a lo largo de su vida (INE et al., 2020). Según datos del Ministerio del Interior (2025), 81% de las denuncias por delitos sexuales (abuso sexual, atentado violento al pudor, violación y explotación sexual hacia niños, niñas y adolescentes) tuvieron a mujeres como víctimas. Durante el período de enero a octubre de 2025, cada 11 días una mujer fue víctima de feminicidio o de una tentativa por su condición de tal. El 50% de estas mujeres tenía hijos/as a cargo. Asimismo, todos los sujetos indagados por estos crímenes fueron hombres (Ministerio del Interior, 2025).

La desigualdad para las mujeres en lo económico y laboral es persistente, los cuidados tanto de hijos/as como de personas mayores recaen mayormente en ellas (Inmujeres, 2024).

[3] https://www.youtube.com/watch?v=uOJ4fm7Yzyk

Estadísticas recientes reafirman la existencia de brechas de género en el tiempo dedicado al trabajo no remunerado por parte de hombres y mujeres. Las mujeres realizan dos tercios del trabajo no remunerado frente a un tercio de los hombres; dedican, en promedio, 10.6 horas semanales más a las tareas del hogar y mantienen una mayor participación en el cuidado infantil (ONU, 2025).

La violencia de género es un fenómeno estructural que atraviesa distintos ámbitos, instituciones y niveles de la sociedad. En el ámbito académico es un problema emergente ya que si bien no se trata de un fenómeno reciente se ha registrado un aumento de las denuncias en distintas universidades de la región, incluyendo Uruguay (López Gómez, 2019). En tanto fenómeno estructural, la violencia de género permea todos los sectores de la sociedad sin importar la condición económica o educativa “la universidad, lejos de estar vacunada contra la violencia de género, es un ámbito donde ésta se expresa, produce y reproduce” (López Gómez, 2019, p. 2).

2.1 Desigualdades de género en la formación profesional médica

En Uruguay, la Universidad de la República (Udelar) inició hace algunos años la puesta en marcha de una política institucional para atender las desigualdades de género mediante la creación de la Comisión Abierta de Equidad de Género, la cual tiene entre otros cometidos implementar el Modelo de Calidad con Equidad de Género promovido por Inmujeres en la institución (MIDES, 2026; Udelar, 2026c). Asimismo, definió la creación de la Comisión central sobre violencia, acoso y discriminación con el objetivo de asesorar en materia de políticas institucionales, (Udelar, 2026a) y la Unidad Central sobre Violencia, Acoso y Discriminación encargada de procesar las denuncias en estos casos (Udelar, 2026b). También se han desarrollado espacios académicos en diversos servicios que realizan enseñanza, investigación y extensión en la agenda de género (Udelar, 2026d).

En 2021, la Udelar implementó la Primera Encuesta de Prevalencia sobre violencias, acoso y discriminación en las trayectorias de vida de estudiantes, docentes y personal técnico, administrativo y de servicios de la institución (Udelar, 2025). Los resultados muestran que 38.4% de las estudiantes y 52.3% de las docentes sufrió algún tipo de violencia contra la mujer. Las estudiantes afirman que fueron ignoradas en sus aportes, ridiculizadas, recibieron comentarios peyorativos y asumieron tareas menos visibles. Por su parte, las docentes además

de las situaciones informadas por las estudiantes, indicaron que se les impidió acceder a su permiso por embarazo o lactancia (Udelar, 2025).

A su vez, un estudio reciente sobre investigadoras uruguayas indica que quienes tienen hijos/as antes de comenzar con el doctorado lo inician en una edad más tardía y sus doctorados tienen una mayor duración que sus pares varones con hijos/as y que las mujeres sin hijos/as (Fernández Soto et al., 2024).

En el caso de la formación médica en nuestro país, la oferta académica se divide entre el ámbito público y el privado. En el ámbito privado se puede optar por la Universidad CLAEH y la Universidad Católica del Uruguay (UCU). A su vez, CLAEH[4], la UCU[5] y la Universidad de Montevideo[6] ofrecen formaciones en especialidades quirúrgicas. No obstante, más del 80% del estudiantado universitario del país se concentra en la Udelar (Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social [CERES], 2025). En concordancia con ello, la Facultad de Medicina y su Escuela de Graduados de la Udelar ofrecen la mayor oferta educativa para la formación médica y especialidades (CERES, 2025).

En sintonía con la política central de la Udelar, más recientemente la Facultad de Medicina implementó el Modelo de Calidad con Equidad de Género en la institución. El Consejo de la Facultad de Medicina aprobó su ejecución en 2019 (Facultad de Medicina, 2026a). A partir de ello se estableció la Comisión de Género encargada de asesorar en políticas centrales sobre acoso, violencia y discriminación y recepcionar denuncias sobre el tema (Facultad de Medicina, 2020). A su vez, la institución creó el Observatorio de Comportamientos Profesionales (OCP) a partir del que se establece el Acuerdo de comportamientos profesionales, que instaura un patrón mínimo que regula los comportamientos entre docentes, egresados/as, estudiantes y con los/las pacientes (Facultad de Medicina, 2021).

El aumento de mujeres profesionales y docentes en la Udelar es una expresión de la creciente feminización de la educación universitaria. En el caso de la profesión médica, para el año 2020 las mujeres representaban 70% de los ingresos y egresos en la Udelar (Rey et al., 2020). A pesar de ello los hombres continúan en una posición privilegiada. Según Rey et al. (2020), hay una sobrerrepresentación de mujeres docentes grado inferiores 1 y 2 y una

[4] https://universidad.claeh.edu.uy/medicina/category/propuesta-academica/posgrados/
[5] https://postgrados.ucu.edu.uy/programas/postgrados/
[6] https://www.um.edu.uy/ciencias-biomedicas/oferta-academica/especialidad/especialidad-en-traumatologia-y-ortopedia

subrepresentación en grado superiores, 4 y 5 de la carrera docente. Para el año 2020 los hombres ocupaban 77% de los grados 5. Las mujeres están subrepresentadas en puestos de mayor jerarquía y presentan mayores dificultades para conciliar la vida laboral con la familiar (Rey et al., 2020; Surroca, 2024).

Se entiende por cirujano/a al profesional que asiste patologías quirúrgicas, las diagnostica, trata e interviene en caso de ser necesario (Uruguay, 1986, art. 13). La cirugía ha sido caracterizada en Uruguay como una especialidad de hombres (Surroca, 2024; González et al., 2018). En cirugía general actualmente existe una tendencia al aumento de mujeres pero aún continúa predominando la presencia de hombres (Wagner et al., 2025). La existencia de la violencia de género en el ejercicio de la profesión médico-quirúrgica ha sido reportada en artículos académicos y encuestas específicas (d'Oliveira Pazos et al., 2021; SMU, 2020a; Surroca, 2024). Estudios en el área de cirugía plástica, reparadora y estética indican que son las mujeres quienes mayoritariamente han sido discriminadas por género o quienes han postergado la decisión reproductiva de tener hijos/as (d'Oliveira Pazos et al., 2021).

La Facultad de Medicina dispone de siete servicios académicos clínico-quirúrgicos: clínicas quirúrgicas A, B y F, uno, dos, tres y la Clínica quirúrgica pediátrica. Todas las clínicas quirúrgicas están a cargo de docentes hombres (Facultad de Medicina, 2026b). De las clínicas a las que tuvimos acceso a sus integrantes (A,B,F, Pediátrica, uno y tres) pudimos ver que las mujeres se ubican en puestos de menor jerarquía siendo profesoras adjuntas (grado 3) o asistentes (Clínica Quirúrgica A, 2026; Clínica Quirúrgica B, 2026; Clínica Quirúrgica F, 2026; Clínica quirúrgica pediátrica, 2026; Hospital Maciel, 2026; Hospital Pasteur, 2026). En tanto a los servicios quirúrgicos que ofrece el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” (hospital universitario), pudimos observar que tanto el Departamento Clínico de Cirugía como todas las especialidades que lo componen se encuentran a cargo de profesionales hombres (Hospital de Clínicas, 2026).

Actualmente el país cuenta con 13 especialidades quirúrgicas en las que hombres y mujeres se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 1
Cantidad de profesionales habilitados según su sexo

Especialidades	Mujer	Varón
Especialista en Anestesiología	297	194
Especialista en Cirugía General	114	338
Especialista en Cirugía Cardíaca	1	33
Especialista en Cirugía de Tórax	4	15
Especialista en Cirugía Infantil o Pediátrica	15	31
Especialista en Cirugía Plástica Reparadora y Estética	63	58
Especialista en Cirugía Vascular Periférica	10	38
Especialista en Ginecotocología	478	254
Especialista en Neurocirugía	15	23
Especialista en Oftalmología	172	98
Especialista en Ortopedia y Traumatología	40	210
Especialista en Otorrinolaringología	73	95
Especialista en Urología	21	88

Nota. Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud Pública (2025).

Según la información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en respuesta a una solicitud de acceso a la información pública en 2025 se registraban en Uruguay 452 cirujanos/as generales menores de 70 años habilitados/as para ejercer su profesión. Estos datos surgen del procesamiento del Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de Salud (SHARPS), con información acumulada hasta enero de 2025, y consideran únicamente a quienes poseen título habilitado y son menores de 70 años de edad. Cabe señalar que, dado que el registro se realiza por cada título o especialidad (MSP, s.f.), un mismo profesional puede estar habilitado en más de una especialidad quirúrgica; por lo tanto, las cifras de la Tabla 1 representan habilitaciones registradas por especialidad y no profesionales únicos. A partir de estos datos, logramos identificar que, exceptuando anestesiología; cirugía plástica, reparadora y estética; ginecología y oftalmología, predominan los hombres en el ejercicio de las especialidades quirúrgicas.

En Facultad de Medicina de la Udelar, únicamente 20% de las mujeres opta por las especialidades quirúrgicas (Wagner et al., 2025). Respecto a la residencia en cirugía general se visualiza una tendencia en aumento del ingreso de mujeres a la formación, no obstante continúa predominando la presencia de hombres (Wagner et al., 2025). En cuanto a la academia en cirugía general, las mujeres ocupan cargos grado 2 y 3, y los estudios señalan que "No hay ninguna mujer grado 4 o 5 en este momento en las clínicas quirúrgicas" (Wagner et al., 2025, p. 10). En relación a las mentorías, las autoras remarcan que en cirugía general tener una mentora es menos frecuente y ello puede ser un motivo para que las estudiantes no elijan cirugía como su especialidad (Wagner et al., 2025).

A su vez, en el país existen la Sociedad de Cirugía del Uruguay[7] (SCU), asociación científica y dos asociaciones gremiales a las que adhieren cirujanos/as, el Sindicato Anestésico Quirúrgico (SAQ) [8] que actualmente no cuenta con ningún mecanismo de actuación frente a situaciones de violencia de género[9] y el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), el cual -como veremos en el siguiente apartado- ha implementado medidas específicas para atender la violencia de género contra las mujeres en el colectivo médico.

Dentro de las especialidades quirúrgicas existen varias asociaciones científicas: Sociedad de Cirugía de Tórax del Uruguay[10], Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay[11], Sociedad Uruguaya de Cirugía Pediátrica[12], Sociedad Uruguaya de Cirugía Vascular y Endovascular[13], Sociedad Uruguaya de Neurocirugía[14], Sociedad Uruguaya de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial [15] y Sociedad Uruguaya de Cirugía Bariátrica y Metabólica[16] y en ninguna de ellas se encontró, al momento de la consulta, una mujer como presidenta.

El colectivo Capítulo Cirujanas Uruguayas, creado en 2020, se ubica en la SCU, cuenta con cirujanas de distintas subdisciplinas y tiene entre sus objetivos: "asegurar la continuidad de

[7] https://scu.org.uy/autoridades/
[8] https://www.mundoweb.com.uy/portfolio/sitio-web-sindicato-anestesico-quirurgico-saq/#:~:text=El%20Sindicato%20Anest%C3%A9sico%20Quir%C3%BArgico%20(S.A.Q.,y%20Sociedad%20Uruguaya%20de%20Urolog%C3%ADa.
[9] Información recabada vía Whatsapp a través del número de contacto oficial de la asociación.
[10] https://www.smu.org.uy/dpmc/sscc/12
[11] https://scpu.org.uy/#directivos
[12] https://www.smu.org.uy/dpmc/sscc/12
[13] https://sucive.org.uy/comision-directiva/
[14] https://sociedaduruguayadeneurocirugia.com/directorio
[15] https://web.aou.org.uy/sociedades-cientificas-y-seccionales/sociedad-uruguaya-de-cirugia-y-traumatologia-buco-maxilo-facial-sucbmf/
[16] https://www.sucbmbariatrica.uy/comision-directiva-estatutos/

la actividad científica de las mujeres cirujanas … Promover el soporte colectivo entre cirujanas mujeres, en su desarrollo académico, profesional y personal" (SCU, 2026, párr. 2). Surge a partir de la inquietud de las mujeres cirujanas como respuesta ante la falta de igualdad de oportunidades en el ejercicio de la profesión. Integra cirujanas de todo el país y su cometido es visibilizar la problemática a la que se enfrentan las cirujanas, dar respuesta a futuros desafíos, otorgar ayuda por medio de mentorías, empatía, empoderamiento, tolerancia cero con el comportamiento abusivo y promoción del conocimiento científico (SCU, 2022c).

2.2 Evidencia sobre violencia de género en el campo médico en Uruguay

En años recientes, en Uruguay se han visibilizado situaciones de violencia de género en el campo médico. El año 2020 fue clave ya que en el ciberespacio a través de la red social Twitter y con la etiqueta "*#MeLoDijeronEnLaFmed",* estudiantes, profesionales y docentes impulsadas por el colectivo Mujeres Medicina, relataron situaciones de violencia de género, específicamente en la Facultad de Medicina de la Udelar (Surroca, 2024). A partir de estas manifestaciones, Surroca (2024) realizó un análisis a partir del cual afirma que los discursos de las acusaciones públicas tienen como finalidad visibilizar la violencia de género que viven las mujeres en el campo médico dando cuenta de relaciones desiguales de poder que se establecen entre profesor-estudiante, médico-paciente y entre colegas. Según la autora, fue un hecho de resistencia colectiva que buscó motivar a las mujeres a enunciar las situaciones vividas, visibilizar la violencia de género en el ámbito educativo y profesional de la medicina y dar cuenta de un sistema que legitima y reproduce la violencia: "En todos los casos, los hombres son presentados como victimarios, con un rol activo de ejercicio de la violencia" (Surroca, 2024, p. 90). La violencia en estos ámbitos es utilizada como estrategia que permite excluir a las mujeres de puestos de poder. Dos temas fundamentales aparecen como parte de las estrategias utilizadas: la maternidad y la percepción de algunas especialidades como masculinas. En cirugía, la maternidad es vista como un obstáculo en el ejercicio de la profesión y presentarla como tal funciona como estrategia para desmotivar a las mujeres a elegir la especialidad (Surroca, 2024).

En este contexto, en el mes de octubre del 2020 se realizó el Primer Congreso Virtual del SMU "100 años trabajando en las bases del futuro", cuya conferencia de apertura tuvo por tema género y poder en el ejercicio de la profesión médica (SMU, 2020b). Este hecho merece

destacarse, en tanto fue un indicador de la apertura y voluntad política del gremio médico para visibilizar y analizar las desigualdades de género en su propio campo.

A su vez, en noviembre del mismo año realizó una encuesta sobre violencia de género en el ejercicio de la medicina. Se recogieron datos de violencia física, psicológica, sexual y simbólica, en la mayoría de los casos los agresores eran hombres (SMU, 2020a). Entre los espacios donde se ejerce la violencia, la mayoría señaló el hospital y respecto a la violencia sexual, el área anestésico-quirúrgica (SMU, 2020a). También el colectivo Mujeres Medicina realizó una encuesta de opinión en la comunidad médica, de la que se obtuvo que 20.8% cree que el género influye en la carrera, 64.8% entiende que denunciar situaciones de acoso causa efectos negativos, 42.3% piensa que el género los/las condiciona para elegir posgrado y 32% sufrió violencia en su formación o ámbito laboral (Mujeres Medicina, 2020).

Posteriormente, en 2021 el SMU presentó su Protocolo de actuación frente a situaciones de violencia basada en género, el mismo fue impulsado por la Comisión de género del sindicato (SMU, 2021).

En el marco de las actividades por el Día Internacional de la Mujer, en 2025, el Colegio Médico del Uruguay (CMU) organizó un coloquio con la finalidad de debatir el rol de las mujeres en medicina, a partir del cual la institución reafirmó su compromiso de incorporar cuestiones de género a su agenda de trabajo (CMU, 2025).

Recientemente un estudio que analiza los fallos realizados por el Tribunal de Ética Médica señaló que 11.77% de las denuncias fueron por comportamientos inapropiados de connotación sexual en el ejercicio profesional. Todos los profesionales denunciados fueron hombres, los comportamientos incluyeron contacto físico y agresión verbal. A su vez, la mayoría de las denuncias implicaron sanciones y suspensiones a los médicos (Real et al., 2025). El estudio concluye que este tipo de comportamiento ocurre con frecuencia en el campo médico y que existe una subrepresentación de las denuncias por estos comportamientos en el Tribunal (Real et al., 2025).

Respecto a las especialidades quirúrgicas en Uruguay, González et al. (2018) señalan que se comportan como guetos a los que se hace difícil ingresar, ya que quienes se encuentran dentro buscan conservar los espacios ganados. Son especialidades donde hay un mejor salario, más inserción laboral y pueden elegir los mejores lugares. Las barreras para el ingreso no son formales ni explícitas, las mujeres tienen muy poco acceso a cirugía y la mayoría de las especializaciones a las que acceden se relacionan a la familia o el cuidado de los niños/as,

actividades asociadas al rol femenino (González et al., 2018). Las mujeres son más cuestionadas y juzgadas “Yo vi en ateneos vi y escuché maltratar a colegas, colegas brillantes, pero tenés que pagar derecho de piso” (Especialidad cognitiva en González et al., 2018, p. 70). Las diferencias según género en el ejercicio de la profesión indican que algunas especializaciones se masculinizan ya que sustentan valores relacionados a la masculinidad hegemónica (González et al., 2018).

La primera socia de la Sociedad de Cirugía del Uruguay ingresó en 1949 pero fue recién en 2004 que una mujer fue presidenta de la sociedad. En 2020 la sociedad contaba con 23.6% de mujeres cirujanas (Piñeyro, 2020). El colectivo Cirujanas Uruguayas sostiene que los roles tradicionales de género, manifestaciones de sexismo y falta de mentores/as son factores que contribuyen a mantener el techo de cristal en cirugía. A su vez, denuncian la necesidad de herramientas a nivel institucional para lograr la equidad (SCU, 2022a). Recientemente el colectivo organizó su primer curso “Desigualdad de género, violencia y discriminación en el ámbito laboral” dirigido a cirujanos/as, estudiantes de medicina y médicos/as en general (Capítulo Cirujanas Uruguayas, 2025).

Desde el colectivo se realizó una encuesta a profesionales de la cirugía, 74% estuvo de acuerdo en que las cirujanas tienen más presión para equilibrar trabajo y familia. Un 55% cree que el embarazo altera la formación de las residentes cirujanas (SCU, 2022b). En Uruguay no hay reglamentación para el embarazo en mujeres residentes, lo que lleva a que cada cátedra tome criterios propios al respecto (SCU, 2022b), también se menciona la existencia de sesgos de género (SCU, 2022a). Se pretende que el colectivo cierre su funcionamiento en la medida que desaparezcan las barreras para las mujeres en la profesión (SCU, 2022a).

Un estudio reciente a cirujanos/as generales y residentes, describe el uso de la licencia por maternidad y paternidad y el medio horario para cuidados e indicó un subaprovechamiento de la licencia por maternidad: “aproximadamente la tercera parte de las mujeres encuestadas tomó menos de 3 meses de licencia, tanto a nivel público como privado. 41% de mujeres tomó menos de 6 meses del medio horario correspondiente” (Cerchiari et al., 2025, p. 10). En aquellos casos donde las profesionales trabajan de forma independiente, 65% hizo uso de la licencia de forma no remunerada y 20% no la utilizó, respecto al medio horario más del 50% no lo utilizó y sólo seis profesionales cumplieron con un medio horario no remunerado (Cerchiari et al., 2025). Las autoras explican que los porcentajes significativos de mujeres que no hicieron uso de su licencia por maternidad en esta modalidad se deben a que la mayoría de las

instituciones que contratan a las trabajadoras no se hacen cargo de aportes al Banco de Previsión Social (BPS) y subsidios por cuidados. A su vez el hecho de que las cirujanas sean el principal sustento económico de sus hogares podría explicar que renuncien a la licencia para no perder remuneración (Cerchiari et al., 2025).

Estudios específicos en el área de cirugía plástica, reparadora y estética indican que la mayoría de los cirujanos/as de la especialidad negaron la presencia de discriminación de género o haber postergado la maternidad o paternidad por la carrera. No obstante, quienes mayoritariamente han sido discriminadas por género o han postergado la maternidad son mujeres. Asimismo son quienes mayormente tienen la necesidad de disminuir el horario de trabajo (d'Oliveira Pazos et al., 2021). Lo observado en Uruguay coincide con lo reportado a nivel global. Los hallazgos en este estudio, en su mayoría, no muestran diferencias significativas entre cirujanos y cirujanas, por lo que sus autores concluyen que Uruguay se encuentra en camino a superar las desigualdades (d'Oliveira Pazos et al., 2021).

En los Congresos Ibero Latinoamericanos de Cirugía Plástica de los últimos 13 años, los países con mayor representación femenina fueron Uruguay, Nicaragua y Portugal. A nivel general se pudo identificar una tendencia en aumento de la presencia de mujeres en estos espacios (d'Oliveira Pazos et al., 2024). No obstante, el estudio también deja en evidencia la mayor participación de las mujeres en roles de menor jerarquía “las mujeres tuvieron mayor participación en la presentación de temas libres y concursos de residentes en los congresos … los hombres tuvieron más participación en los roles de presidentes de mesa y conferencistas” (d'Oliveira Pazos et al., 2024, p. 190).

Como podemos ver, la violencia de género en el campo médico, y especialmente en cirugía, es un problema vigente que tiene consecuencias directas para las mujeres. Diferentes trabajos resaltan la necesidad de estudios cualitativos en profundidad para comprender las barreras con las que se encuentran las mujeres cirujanas (Albornoz et al., 2021; Liang et al., 2019; Xepoleas et al., 2020). En Uruguay, desde el año 2020 se observa un incremento en la producción de estudios sobre violencia de género en el campo médico en general, junto con algunas investigaciones de alcance más acotado en torno a la cirugía plástica, reparadora y estética; sin embargo, al momento de iniciar el trabajo de campo, en 2024, no identificamos investigaciones que abordaran específicamente la violencia de género en las trayectorias de médicas de especialidades quirúrgicas desde una perspectiva psicosociológica y con un abordaje cualitativo. Los estudios publicados con posterioridad (Cerchiari et al., 2025; Real et

al., 2025; Wagner et al., 2025) aportan evidencia relevante, pero no se centran en las percepciones de las propias cirujanas sobre sus trayectorias. Esta vacancia —tanto temática como metodológica— constituye el punto de partida de la presente tesis, y se retoma y profundiza en el capítulo 4.

Al comprender las percepciones y apreciaciones sobre la violencia de género en las trayectorias de médicas cirujanas, tal como proponemos en este estudio, buscamos aproximarnos a este fenómeno y visualizar las modificaciones que se han generado en sus manifestaciones y efectos en las últimas décadas, desde las perspectivas de las propias protagonistas. Si bien el problema de investigación remite al campo médico uruguayo en su conjunto, la muestra se circunscribe a médicas cirujanas radicadas en Montevideo y su zona metropolitana. Esta decisión responde a que allí se concentran la formación y el ejercicio de la profesión médica en el país (Residencias Médicas, 2025c), lo cual permite aproximarnos a la estructura general del campo médico uruguayo —en el sentido en que Bourdieu (1988) utiliza esta noción— sin que ello implique una pretensión de representatividad estadística del total del territorio nacional. El trabajo de campo se desarrolló entre agosto y noviembre de 2024, indagando retrospectivamente sobre las trayectorias educativas y profesionales de las participantes hasta ese momento.

En este sentido, la pregunta problema que orienta este estudio es: ¿cuáles son las percepciones y apreciaciones sobre la violencia de género en las trayectorias educativas y profesionales de las médicas cirujanas en el campo médico en Montevideo, Uruguay, desde sus propias perspectivas?

CAPÍTULO 3

Claves teóricas para entender

la violencia de género

y su expresión en el campo médico

Introducción

El fenómeno de la violencia de género ha sido examinado mediante diversas teorías generales y sustantivas (Sautu, 2003) que convergen en abordajes inter- y multidisciplinarios. El espectro teórico abarca desde paradigmas de corte esencialista y neopositivista hasta perspectivas construccionistas y críticas. Si bien esta investigación se posiciona desde un paradigma socioconstruccionista —proponiendo una mirada psicosocial sobre el campo médico inspirada en Pierre Bourdieu y las teorías feministas sobre la división sexual del trabajo—, resulta pertinente presentar brevemente un mapa conceptual de otros marcos explicativos vigentes.

En primera instancia, las perspectivas biológicas interpretan la violencia a partir de causas filogenéticas y orgánicas (Acosta, 2014; Dajas, 2010; Pfaff et al., 2008; Ramírez, 2002). Dentro de esta línea, se hallan investigaciones que vinculan los niveles de testosterona con la agresividad (Booth y Dabbs, 1993; Ramírez, 2006; Soler et al., 2000), así como estudios que atribuyen el comportamiento violento a modificaciones o predisposiciones genéticas (Meyer-Lindenberg et al., 2006; Siever, 2008; Verona et al., 2002).

Desde las ciencias sociales cognitivas y del comportamiento, se postula que la agresión es una conducta aprendida (Bandura, 1978). En este marco, la familia aparece como el núcleo principal de socialización donde se replican patrones violentos. A esta vertiente se suma la teoría de los recursos sociales (Goode, 1971), la cual explica la violencia en las relaciones de pareja a través del manejo del poder, el estatus económico y el prestigio. Según Goode (1971), estos recursos funcionan como medios para alcanzar fines individuales o colectivos; paradójicamente, a mayor capital o recursos poseídos por el sujeto, menor es la tendencia a utilizar la fuerza de manera manifiesta.

Por otro lado, los enfoques centrados en el estrés y el afrontamiento ofrecen herramientas para comprender tanto la agresión como las respuestas ante ella. Farrington (1986) plantea la violencia como una respuesta ante estímulos estresores. Desde una perspectiva complementaria, Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar demandas externas o internas que exceden los recursos del individuo. Este modelo distingue, por un lado, entre conductas adaptativas automáticas y estrategias de afrontamiento propiamente dichas, entendidas como acciones deliberadas para minimizar o tolerar situaciones críticas; y, por otro,

entre afrontamiento centrado en el problema —dirigido a modificar o gestionar la situación estresante— y afrontamiento centrado en la emoción —orientado a regular el malestar subjetivo que dicha situación genera. Dada su relevancia para este estudio, esta noción se retoma y profundiza en el apartado de análisis de resultados.

Finalmente, el modelo socioecológico sobre la violencia de género de Heise (1998) basado en el enfoque de Bronfenbrenner (1979) la define como un fenómeno multifactorial. Este marco articula distintos niveles de influencia: el individual (microsistema), el relacional (mesosistema), el comunitario (exosistema) y el macrosocial (macrosistema). Bajo esta perspectiva, cualquier intervención eficaz debe considerar la interacción sistémica entre estos niveles y abordarse necesariamente desde la interdisciplina.

3.1 La violencia de género en el campo médico

3.1.1 Delimitando el concepto de violencia de género

El género se define como una construcción sociocultural e histórica que otorga significados simbólicos a las diferencias anatómicas, atravesando todas las dimensiones de la vida social e internalizándose en el psiquismo (Lamas, 2016). Como categoría analítica, el género permite visibilizar y criticar las formas fundamentales de desigualdad, al revelar cómo se producen relaciones de poder no sólo entre hombres y mujeres, sino también en el interior de cada grupo (Castro, 2016; Lamas, 2016).

Bajo esta premisa, el concepto de dominación masculina de Bourdieu (2000b) supone un sistema social cimentado en el privilegio de los varones y en la opresión de las identidades asociadas a lo femenino (Castro, 2012). En consecuencia, la violencia de género adquiere un carácter estructural, en tanto el orden social está orientado a la reproducción de dicha subordinación. Al respecto, Castro y Riquer (2003) proponen una lectura sociológica que articula el nivel estructural con el nivel de las interacciones cotidianas. Para estos autores, el análisis debe centrarse en las condiciones que permiten que una interacción devenga en violencia, examinando específicamente la configuración de las relaciones de poder y el acceso desigual a los recursos.

Frente a posturas que argumentan una simetría en el ejercicio de la violencia y el control (Straus, 2010), la crítica feminista sostiene que, cuando las mujeres ejercen violencia hacia sus parejas, generalmente lo hacen en defensa propia; por tanto, su acción no se inscribe en un

sistema general de dominación y control social (Gondolf, 2014). En sintonía con esto, Castro (2012) recupera la definición de Ward (2002), quien conceptualiza la violencia de género como:

> cualquier daño a otra persona perpetrado contra su voluntad, que tiene un impacto negativo sobre su salud física o psicológica, sobre su desarrollo y sobre su identidad, y que es el resultado de las desigualdades genéricas de poder que explotan la distinción entre hombres y mujeres ... Aunque no se dirige exclusivamente contra las mujeres y las niñas, la violencia de género las afecta principalmente a ellas en todas las culturas (Ward, 2002, citado por Castro, 2012, p. 27).

Esta perspectiva implica que la violencia es un mecanismo para preservar la diferenciación cultural y las jerarquías de poder (Castro et al., 2004), manifestándose en diversos estratos socioeconómicos con distintas prevalencias.

Por su parte, Segato (2003) introduce el concepto de violencia psicológica o moral, encargada de ratificar las jerarquías de género en los detalles imperceptibles de la cotidianeidad. Esta violencia moral constituye un conjunto de mecanismos legitimados por la costumbre para mantener el estatus relativo de los géneros. Para Segato, el género funciona como una estructura de posiciones donde lo masculino se erige como sujeto y lo femenino como objeto, constituyendo un orden arcaico de temporalidad lenta que organiza no sólo las relaciones de género, sino también las raciales (Segato, 2003).

3.1.2 El concepto de campo y habitus médico

Para comprender la operatividad de la violencia de género en las trayectorias educativas y laborales de las médicas cirujanas, hemos recurrido a la teoría de campo y habitus de Pierre Bourdieu (2000a). Para el autor, el concepto de campo alude a espacios de juego históricamente constituidos, dotados de instituciones específicas y leyes de funcionamiento propias (Bourdieu, 1988). Como sistema de posiciones estructuradas, el campo determina las relaciones de dominación, subordinación u homología de sus agentes, independientemente de sus características individuales (Castro, 2013; Costa, 1976). La constitución de un campo exige la existencia de un capital específico en juego —acumulado mediante luchas históricas— y de agentes dispuestos a disputar su distribución o conservación. En este sentido, la estructura de un campo es, en esencia, el estado de la distribución de dicho capital (Gutiérrez, 2005).

El campo produce el habitus, entendido como el conjunto de principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que, aunque adaptadas a sus fines, no suponen necesariamente un propósito consciente (Bourdieu, 2007). Cada campo moldea a sus agentes para que funcionen según sus reglas, integrando la *illusio* o el reconocimiento tácito del valor de lo que está en juego (Castro, 2013). Así, el habitus unifica las prácticas y bienes de un agente bajo un estilo de vida unitario que guarda una correspondencia directa con su posición social (Bourdieu, 1997). En América Latina, Castro (2014a) aplica este esquema al sistema médico, definiéndolo como un campo de fuerzas donde instituciones y actores disputan un capital simbólico para imponer esquemas de percepción y apreciación dominantes sobre la agenda sanitaria y el ejercicio profesional. Este campo integra desde organismos políticos y académicos hasta la industria farmacéutica y los propios pacientes, quienes ocupan posiciones periféricas de menor poder (Castro, 2013).

El campo médico es, simultáneamente, producto y productor del habitus médico: un conjunto de predisposiciones incorporadas que engendran conductas consideradas “razonables” en la profesión, mientras tornan inconcebibles aquellas acciones que no se ajustan a las estructuras objetivas (Castro, 2013). Complementariamente, Foucault (2002) identifica a la medicina y la enseñanza como disciplinas que ejercen un control minucioso sobre el cuerpo para garantizar su utilidad y docilidad. La efectividad de este poder disciplinario reside en la jerarquía, la cual moldea la identidad profesional desde los inicios de la formación en un sistema sumamente masculinizado (Castro, 2014a). El poder, en términos foucaultianos, no es meramente represivo sino productivo: atraviesa el cuerpo social y genera discursos y prácticas que los médicos reproducen (Foucault, 1979). Esta disciplina categoriza y homogeneiza a los agentes mediante rangos —desde el estudiante de grado hasta el docente—, marcando una jerarquía del saber y del poder (Foucault, 2002).

La naturalización de estas desigualdades se explica a través de lo que Bourdieu (2000b) denomina la “paradoja de la doxa”: el orden establecido se reproduce como algo aceptable y natural, invisibilizando las condiciones sociohistóricas de su génesis. La desigualdad de género es un problema estructural que opera bajo una visión falocéntrica y androcéntrica, sostenida por la violencia simbólica. Dado que dominadores y dominados comparten los mismos principios de división, se imponen a las mujeres propiedades negativas imputadas a su propia "naturaleza" (Bourdieu, 2000b). Esta estructura se perpetúa mediante instituciones como la familia y la escuela, que mantienen a las mujeres en posiciones de subordinación.

Fernández (2010) sostiene que con el surgimiento de la Modernidad se produce un cambio de paradigma donde lo humano se homologa a lo masculino como universal. En este esquema de poder, lo diferente —como lo femenino y la mujer— es negado, puesto en falta o inferiorizado. Este modo de pensar, que la autora ubica en lo que denomina “episteme de lo mismo”, coloca a hombres y mujeres en una dicotomía que los ubica como opuestos. Es una lógica atributiva, jerárquica y binaria que soporta y reproduce las desigualdades de género a partir del naturalismo, biologicismo y esencialismo (Fernández, 2010). Es biologicista, en tanto se sostiene en el isomorfismo sexual y es naturalista ya que las funciones biológicas determinarían el modo de actuar de cada sexo en la sociedad (Fernández, 2010).

En la práctica hospitalaria, se observa una ambivalencia respecto a la violencia: los profesionales empatizan con las agresiones externas, pero naturalizan una “violencia interna hegemónica” justificada como necesaria para la formación (Castro y Villanueva, 2018). Villanueva (2019) sostiene que los hospitales escuela funcionan como instituciones totales (Goffman, 2001), donde se vulnera la autonomía y los privilegios se distribuyen según el género. En especialidades como la cirugía, persiste un trato distintivo que excluye a las mujeres de la competencia intelectual o las posiciona como objetos, obligándolas a realizar un esfuerzo superior para destacar en un entorno donde lo masculino es sinónimo de eficiencia técnica (Villanueva, 2019). Finalmente, la jerarquía de género se incorpora al habitus médico; desde la desmotivación temprana por parte del entorno familiar hasta el acoso en la facultad, las mujeres enfrentan mecanismos que buscan “ponerlas en su lugar” (Castro, 2014b). Estas desigualdades constitutivas del campo médico impactan de manera directa en las trayectorias académicas y profesionales de las cirujanas, como se desarrolla en el apartado siguiente.

3.2 División sexual del trabajo y tareas de cuidado en las trayectorias académicas y profesionales de las mujeres

El examen de la división sexual del trabajo —comprendida como la distinción entre el trabajo productivo y el reproductivo— resulta fundamental para analizar las relaciones de poder de género y sus efectos en las trayectorias profesionales de las mujeres, particularmente en campos como el médico. Federici (2018) define el trabajo productivo como la fuente principal de acumulación capitalista, mientras que el reproductivo abarca las actividades que sostienen la vida, como el cuidado doméstico y la procreación. Este último implica el servicio físico y

emocional hacia quienes aportan el salario, así como la formación de los futuros trabajadores. Según Federici (2010), el confinamiento de la mujer a la esfera privada es un producto del tránsito violento del feudalismo al capitalismo, proceso en el que la caza de brujas despojó a las mujeres de su poder social y construyó jerarquías de género y raza como base de la dominación de clase.

Si bien en el siglo XIV las mujeres accedían a ocupaciones como la medicina y la cirugía (Shahar, 1983; King, 1991, citados por Federici, 2010), políticas estatales como la institucionalización de la prostitución y la despenalización de la violencia contra mujeres de clase baja degradaron su estatus. Estos procesos se cristalizaron en el siglo XIX con la creación del “ama de casa” y el salario familiar. Este último instauró el “patriarcado del salario”, donde el varón controla el recurso económico y supervisa las tareas no pagas de la mujer, consolidando un modelo de familia nuclear que garantiza la productividad del obrero mediante una “sirvienta” no remunerada (Federici, 2018).

En la actualidad, la distinción entre trabajo remunerado y no remunerado (Benería, 2006) permite observar cómo, pese al ingreso de las mujeres al mercado laboral, las responsabilidades del hogar siguen recayendo mayoritariamente en ellas, generando una “doble jornada” que agota su capacidad de resistencia (Federici, 2018). Este trasfondo condiciona las trayectorias, entendidas por Bourdieu (1997) como el conjunto de posiciones sucesivas ocupadas por un agente en un campo en constante transformación. La trayectoria laboral es, por tanto, un curso de acciones donde los sujetos ocupan posiciones condicionadas por estructuras sociales, pero donde también median sentidos subjetivos (Guzmán et al., 1999; Roberti, 2017).

En el mercado laboral, esta desigualdad se manifiesta como segregación. La segregación horizontal refiere a la concentración de mujeres en sectores específicos, mientras que la vertical alude a los obstáculos para acceder a puestos de liderazgo (Gamero et al., 2022). Para explicar estas dinámicas, se utilizan metáforas arquitectónicas: frente a la "escalera" del ascenso profesional (Smith, 2013), surge el “techo de cristal”, que denomina los mecanismos de discriminación sutiles e invisibles que impiden a las mujeres alcanzar niveles superiores de mando (Barberá Heredia et al., 2002). Esta figura se complementa con la de “suelo pegajoso” (Berheide, 1992, citado por Smith, 2013), que ilustra las dificultades de las mujeres para abandonar puestos mal remunerados en la base de la pirámide jerárquica. Finalmente, en el ámbito académico y científico, el “efecto tijera” (Serna López y Macleod

Howland, s.f.) grafica la evolución inversa entre géneros: mientras las mujeres tienen una presencia destacada en las formaciones de grado, su participación se reduce drásticamente en los niveles de posdoctorado y puestos de alta jerarquía investigativa. De este modo, la persistencia de las mujeres como encargadas principales del hogar y la crianza impacta directamente en sus carreras, obligándolas frecuentemente a renunciar a ascensos o especializaciones en beneficio de la estructura familiar (Burin, 2008).

3.3 Teorías de percepción y apreciación social

En el marco de esta investigación, resulta imperativo explicitar los alcances de los conceptos de percepción y apreciación. Si bien Pierre Bourdieu fundamenta gran parte de su obra en cómo los agentes aprehenden el mundo social, el autor utiliza estas nociones como herramientas operativas sin ofrecer una conceptualización taxativa de sus mecanismos psicológicos. Para el análisis de la violencia de género, esta delimitación es crucial, pues permite comprender la valoración que las propias mujeres realizan sobre sus vivencias. Esta dimensión subjetiva contrasta frecuentemente con los parámetros objetivos de gravedad, ya que la percepción está mediada por normas y prácticas sociales que pueden naturalizar la agresión. Así, la historia personal condiciona el umbral de percepción: mientras que para una mujer sin antecedentes de maltrato un empujón constituye un incidente determinante, para otra inmersa en una trayectoria de violencia persistente, el mismo hecho puede no ser significado como una agresión relevante (Castro et al., 2004).

La percepción se define como el proceso mediante el cual se reúne e interpreta la información, actuando como el enlace mediador entre el individuo y su ambiente. Según Vander Zanden (1986), sin este proceso sería imposible la experiencia y, por ende, la sociedad humana, ya que nos permite asignar significado al aflujo sensorial. Los sujetos no responden de manera directa al mundo externo —objetos, sucesos o personas—, sino que transforman los estímulos exteriores en un sistema interior dotado de sentido. Si bien la experiencia depende de las capacidades sensoriales de quien percibe (Emerson, 1863, citado por Vander Zanden, 1986), la percepción supone fundamentalmente un acto de interpretación. Las construcciones sociales determinan la visión del mundo; por ello, un mismo hecho puede ser decodificado de maneras divergentes según las significaciones atribuidas. El proceso implica tanto la fase sensorial, donde se filtran los estímulos, como la conceptualización, mediante la cual se ordenan y agrupan categorías en función de sus similitudes (Vander Zanden, 1986). Este

ordenamiento se sustenta en presupuestos compartidos que dictan el significado de los objetos según el contexto; por ejemplo, la funcionalidad y el entorno determinan si un cuchillo es percibido como un utensilio doméstico o como un arma.

Los conocimientos adquiridos y la memoria son piezas clave que afectan la percepción, permitiendo retener y evocar información necesaria para la interacción social. En este proceso interpretativo, la atribución es fundamental, definida como el proceso por el cual el individuo explica los hechos que le acontecen (Vander Zanden, 1986). A través de conceptos como la causalidad, los sujetos predicen acciones y sostienen o modifican las creencias sobre sí mismos. Desde la psicología social, una situación se entiende como el conjunto de factores sociales que influyen en la experiencia de una persona en un espacio y tiempo determinados (Theodorson y Theodorson, 1969; Hewitt, 1976, citados por Vander Zanden, 1986, p. 80). La definición que se haga de dicha situación determina el curso de acción. Los esquemas mentales compartidos, que conforman la cultura, permiten que las personas vinculadas vean el mundo desde ángulos similares, estableciendo consensos sobre lo esperado. Bourdieu (2007) añade una capa de profundidad estructural a este punto al afirmar que las percepciones están organizadas por estructuras objetivas —relaciones entre sexos, clases o edades— que tienden a reproducirse bajo formas transformadas. En consecuencia, la percepción de las relaciones de género está supeditada al modo en que estas se establecen estructuralmente.

Finalmente, es necesario distinguir la percepción de la apreciación. Tomando la clasificación de Martin y White (2005), Oteíza y Pinuer (2019) señalan que la apreciación supone una evaluación estética o una valoración social de objetos y situaciones, diferenciándose del juicio, el cual se centra en la valoración del comportamiento humano. Mientras que el juicio establece parámetros sobre cómo deben actuar los sujetos, la apreciación reelabora los sentimientos en forma de proposiciones sobre el valor intrínseco de las cosas. Bourdieu (1998) explica que la posición en el campo social y la acumulación de capital cultural determinan estas valoraciones. Al igual que el gusto, la capacidad de apreciación se adquiere socialmente a través de la familia y la educación. De este modo, la valoración de un fenómeno depende de las normas del campo y de las convenciones sociohistóricas vigentes. En el estudio de la violencia de género en el campo médico, entender la apreciación permite visibilizar cómo los sistemas de valores de una comunidad influyen en la validación o sanción de determinadas conductas profesionales.

CAPÍTULO 4

Objetivos y abordaje metodológico

4.1 Objetivo general

Comprender las percepciones y apreciaciones sobre la violencia de género en las trayectorias educativas y profesionales de las médicas cirujanas en Uruguay, desde la perspectiva de las propias mujeres.

4.2 Objetivos específicos

1- Describir las manifestaciones de la violencia de género en las trayectorias educativas y profesionales de las cirujanas.

2- Describir las estrategias de afrontamiento a la violencia de género desarrolladas por las mujeres cirujanas.

3- Indagar la relación entre maternidad y trabajo remunerado y las estrategias de conciliación implementadas en las trayectorias profesionales de las cirujanas.

4.3 Abordaje metodológico: introducción

A partir del problema y de los objetivos de investigación definidos, optamos por un abordaje y diseño de tipo cualitativo. Diferentes trabajos resaltan la necesidad de realizar estudios cualitativos en profundidad para entender las barreras con las que se encuentran las mujeres cirujanas (Albornoz et al., 2021; Liang et al., 2019; Xepoleas et al., 2020). Para Castro (2016) investigar desde una perspectiva de género implica indagar el carácter “relacional” de la desigualdad y su vínculo con procesos sociales que explican las relaciones de dominación entre los/las profesionales. Para ello es necesario partir de una metodología cualitativa.

Los métodos cualitativos hacen énfasis en “conocer la realidad” desde la perspectiva de las personas inmersas en su cultura, el significado que cada sujeto/a le otorga a los hechos (Ruiz Olabuénaga, 1996). La investigación cualitativa se caracteriza por su interés en comprender los fenómenos en su contexto natural desde la perspectiva de quienes los viven;

busca entender cómo “el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido” (Mason, 1996, p. 3). Desde esta metodología se entiende a los significados, discursos y prácticas como elementos centrales en un mundo complejo y multidimensional y, busca producir datos flexibles que den cuenta del contexto social (Mason, 1996). Consideramos que su utilización en esta investigación es pertinente ya que buscamos indagar cómo perciben las situaciones de violencia las cirujanas.

4.4 Diseño

Este estudio es de tipo exploratorio y descriptivo. Exploratorio porque buscamos aproximarnos a un fenómeno escasamente examinado a nivel nacional y descriptivo porque pretendemos identificar propiedades, características y relaciones de un fenómeno que se investiga (Hernández Sampieri et al., 2014).

Es una investigación de tipo retrospectiva debido a que indaga en acontecimientos pasados (Manterola et al., 2019) poniendo en el centro la trayectoria de las personas y sus experiencias. Asimismo, tiene un enfoque transversal ya que busca conocer sus perspectivas particulares actuales entendiendo que estas permiten comprender la cultura y normas sociales de la comunidad de la que son parte (Pujadas Muñoz, 1992). Los fenómenos sociales existen en relación a los sujetos/as que los vivencian. El relato de las experiencias personales sobre un fenómeno constituye una vía regia de acceso a sus dimensiones sociales y humanas (Cornejo et al., 2008).

En un principio habíamos considerado un estudio biográfico mediante relatos de vida de mujeres cirujanas. Sin embargo, a partir del acercamiento al campo a través de entrevistas con informantes calificadas, optamos por un ajuste metodológico hacia entrevistas semidirigidas en profundidad. Esta decisión respondió a razones de factibilidad: el método biográfico exige múltiples encuentros con cada participante, algo difícil de concretar dada la escasa disponibilidad horaria de las cirujanas. La entrevista semidirigida, aunque no permite reconstruir la trayectoria vital en su totalidad, resultó adecuada para profundizar en los sentidos y experiencias significativas de las trayectorias educativas y laborales de las participantes, sin requerir múltiples instancias de encuentro.

4.4.1 Universo y muestra

El universo de estudio está conformado por mujeres tituladas en especialidades quirúrgicas que ejercen su profesión en Uruguay. Según los datos proporcionados por el MSP presentados en el capítulo 2 (Tabla 1), en 2025 se registraron 1006 habilitaciones de mujeres en las 13 especialidades quirúrgicas del país. Dado que el registro se realiza por especialidad, esta cifra no corresponde necesariamente a profesionales únicas (MSP, s.f.), pero permite dimensionar la población de referencia. Por su parte, el Capítulo Cirujanas Uruguayas nuclea a profesionales de todas las especializaciones y de diferentes regiones del país, y funciona como un espacio de referencia en el tema para el sector.

En esta investigación, buscamos disponer de una muestra intencional y heterogénea en términos de edad, años de trayectoria laboral, antecedentes de maternidad, especialización y pertenencia al mencionado Capítulo. Como criterios de inclusión, establecimos que las participantes fueran mujeres tituladas en áreas quirúrgicas con un mínimo de ejercicio profesional de dos años y radicadas en Montevideo o la zona metropolitana, dado que es allí donde se concentra la mayor parte de la población médica y la formación especializada (Residencias Médicas, 2025c).

Asimismo, excluimos a aquellas profesionales que, aun estando tituladas, no acreditaran ejercicio clínico-quirúrgico activo en los últimos dos años. De esta manera, procuramos que los relatos reflejaran las dinámicas y tensiones actuales del subcampo médico-quirúrgico uruguayo.

4.4.2 Estrategias para el acceso a las participantes

Realizamos la convocatoria a las participantes a través de varias estrategias: enviamos cartas vía email a diferentes asociaciones científicas de cirujanos/as: Sociedad Uruguaya de Cirugía Pediátrica, Sociedad Uruguaya de Neurocirugía, Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay, Sociedad de Cirugía de Tórax del Uruguay, Sociedad de Cirugía del Uruguay, específicamente el Capítulo Cirujanas Uruguayas y el Sindicato Médico del Uruguay. Asimismo difundimos la convocatoria por redes institucionales de la Facultad de Psicología y del Capítulo Cirujanas Uruguayas y también utilizamos la estrategia de bola de nieve. En un primer momento logramos establecer contacto con la Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay y el Capítulo Cirujanas Uruguayas quienes se encargaron de difundir la información entre sus colegas. La convocatoria incluía un formulario

web que debían completar todas las interesadas y nos permitió indagar características generales de las profesionales interesadas en participar (Ver anexos 01 y 02).

A través de la convocatoria se pusieron en contacto más de 30 profesionales, a partir de las cuales conformamos una muestra intencional de 15 cirujanas, utilizando el criterio de máxima heterogeneidad y aplicando los criterios de inclusión y exclusión ya expuestos.

4.4.3 Participantes

Las cirujanas participantes en el estudio (*N* = 15) tienen entre 30 y 60 años, con una edad promedio de 44 años. Cuentan con trayectorias profesionales de entre 2 y 28 años, con una trayectoria promedio de 12 años. Diez de las quince entrevistadas (67%) son madres. Ocho de las quince entrevistadas (53%) pertenecen al Capítulo Cirujanas Uruguayas. Logramos incluir a profesionales de 7 de las 13 especialidades quirúrgicas disponibles en Uruguay (54%). No especificamos cuáles son las participantes que pertenecen al Capítulo, ni de qué especialidades son con la finalidad de resguardar sus identidades.

Tabla 2
Características de las participantes del estudio

Código de entrevista	Edad	Años de ejercicio profesional	Maternidad
Dra 1	59	28	Sí
Dra 2	51	13	No
Dra 3	47	10	No
Dra 4	37	3	Sí
Dra 5	59	26	Sí
Dra 6	39	5	Sí
Dra 7	33	4	No
Dra 8	34	2	No
Dra 9	37	6	No
Dra 10	40	7	Sí
Dra 11	52	22	Sí
Dra 12	36	2	Sí
Dra 13	41	10	Sí
Dra 14	39	11	Sí
Dra 15	60	28	Sí

Nota. Elaboración propia.

4.5 Técnicas de recolección de información

4.5.1 Entrevistas con informantes calificadas

Como etapa inicial del proyecto, establecimos vínculos con el Capítulo Cirujanas Uruguayas y la Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay (SCPREU). En primer lugar, presentamos la propuesta al Capítulo Cirujanas Uruguayas mediante una reunión virtual vía Zoom el 10 de julio de 2024. Este encuentro, de 60 minutos de duración, contó con la participación de cinco integrantes del Capítulo y resultó sumamente productivo para profundizar en la génesis de la organización, recoger sus percepciones sobre el problema de investigación y propiciar la coordinación para la recolección de datos. Como resultado, el Capítulo manifestó su interés en apoyar el estudio mediante la facilitación de contactos y la difusión del proyecto entre sus miembros. Posteriormente, el 26 de julio de 2024, realizamos una entrevista individual de 60 minutos con un/a referente de la SCPREU para intercambiar valoraciones sobre la investigación. En ambos casos, el propósito central fue recibir retroalimentación y consolidar alianzas estratégicas para el desarrollo del estudio. Estos encuentros permitieron un primer acercamiento al campo y facilitaron contactos para la recolección de datos. Dado que el aporte de las informantes calificadas fue de carácter metodológico y no analítico, estas entrevistas no fueron sometidas a codificación temática ni forman parte de los hallazgos presentados.

Asimismo, como resultado de la alianza con el Capítulo, el 27 de agosto de 2025 presentamos resultados preliminares de la investigación, en el marco de la 10.ª sesión científica de la Sociedad de Cirugía del Uruguay: Presentación del Capítulo Cirujanas Uruguayas, en la que participaron aproximadamente 24 personas, entre presentes y conectadas vía Zoom.

4.5.2 Entrevista semidirigida en profundidad

Como técnica de recolección de datos, la entrevista semidirigida en profundidad implica la definición de una pauta de entrevista de antemano, la cual se administra con una actitud abierta y flexible que permite obtener la información requerida e incluir aspectos no previstos inicialmente. En este estudio, dicha pauta se administró a una muestra de mujeres cirujanas —definida con base en los criterios de inclusión ya mencionados— con una actitud abierta que permitió, en la práctica, formular preguntas puntuales no incluidas originalmente, orientadas a profundizar en temas que las propias entrevistadas iban planteando espontáneamente durante el encuentro. Estas preguntas adicionales no fueron necesariamente las mismas para todas las

participantes, sino que respondieron a las particularidades propias de cada entrevista. Esta flexibilidad es coherente con la naturaleza de la entrevista semidirigida en profundidad como técnica que, si bien parte de una pauta predefinida, permite incluir cuestiones no contempladas de antemano; se trata de una conversación guiada que busca generar información rica y detallada (Folgueiras, 2016) [Ver anexo 03].

Debido a la naturalización de la violencia de género, las personas que han vivido o viven estas situaciones pueden presentar dificultades para reconocerlas. Galeotti (2018) conceptualizó esta experiencia como un *gap perceptivo* entendido como ese "espacio de funcionamiento psicológico en el cual se percibe cualquier situación o vivencia sin inscribirla como experiencia de posible riesgo" (p. 63). En situaciones de violencia sexual ello puede entenderse como campo de confusión o duda (Galeotti, 2018). Teniendo en cuenta la diferenciación entre acoso técnico y acoso declarado presentada por Pérez Guardo (2012) decidimos rediseñar/adaptar el violentómetro (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] et al., 2023) como instrumento que sirviera para que las mujeres pudieran reconocer situaciones de violencia. El mismo fue construido utilizando como referencia la Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (2019) y consistió en 16 ítems con base en una escala tipo Likert de cinco puntos (Ver anexo 04).

Este instrumento fue autoadministrado por las participantes durante el encuentro, con el doble propósito de explorar experiencias sobre la temática y dar apertura al segundo bloque de la entrevista. Solo ante limitaciones de tiempo se dispuso su resolución fuera del encuentro. El instrumento fue respondido por 14 de las 15 participantes, ya que una de ellas no lo completó posteriormente. Cabe precisar que, si bien esta herramienta generó datos que fueron procesados mediante un análisis de frecuencia con el propósito de describir la distribución de respuestas e ilustrar la intensidad de las situaciones de violencia, su función es auxiliar y complementaria dentro de un diseño predominantemente cualitativo. En consecuencia, los hallazgos no pretenden ser generalizables, sino aportar claves interpretativas sobre la problemática planteada.

Las entrevistas se realizaron entre agosto y noviembre de 2024 y tuvieron una duración de entre 45 y 60 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas estableciendo códigos que resguardaran el anonimato de las participantes. De este modo se identificó a cada participante como Dra. y el número que correspondía al orden en que fueron entrevistadas.

4.5.3 Análisis de datos

Realizamos el análisis de datos desde el estructuralismo constructivista de Bourdieu (1988), el cual postula la existencia de "estructuras objetivas, independientes de la conciencia… capaces de orientar o coaccionar sus prácticas" (Bourdieu, 1988, p. 127). Su enfoque constructivista establece que el habitus compuesto por esquemas de percepción, pensamiento y acción tiene en parte un origen social. Es una perspectiva histórica y relacional que se centra en el análisis de la relación entre las estructuras objetivas y las estructuras mentales que se producen a través de la incorporación de las estructuras sociales. Asimismo es central el análisis histórico de las luchas que determinan las posiciones dentro de un campo (Bourdieu, 1988). Este enfoque también adhiere al paradigma crítico ya que analiza las fuerzas sociales de la dominación y desigualdad buscando impulsar el cambio social (Rush, 2004).

Para el análisis de datos realizamos un análisis temático y nos apoyamos en el programa de análisis MAXQDA 2020. Inicialmente nos familiarizamos con los datos; a partir de ello surgieron los códigos iniciales (Braun y Clarke, 2006). Los códigos se elaboraron a partir de una estrategia mixta, de manera deductiva, a través de los objetivos de la investigación e inductiva ya que creamos nuevos códigos a partir de los datos. Luego pasamos a realizar una búsqueda de temas y una revisión de los mismos a partir de temáticas comunes entre las entrevistadas, buscando coherencia interna y que las diferencias sean claras entre cada tema. Por último buscamos establecer la relación entre los temas (Braun y Clarke, 2006).

Los datos recogidos a través del instrumento basado en el violentómetro se procesaron a través de un análisis de frecuencia a los efectos de ver la distribución de las opiniones y la intensidad de las situaciones de violencia. Esta información se presenta en el apartado correspondiente.

4.6 Aspectos éticos

La investigación se rigió por la normativa nacional e internacional vigente sobre investigación con seres humanos con la finalidad de garantizar la dignidad y los derechos de las participantes. Actuamos conforme al *Decreto n.º 158/019* y el *Código de ética profesional del psicólogo/a en Uruguay*. Contamos con la aprobación y seguimiento del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Psicología. Hicimos entrega a cada participante de un

consentimiento informado, aprobado previamente por el Comité, dando a conocer los objetivos, justificación y procedimientos que realizamos en la investigación (Ver anexo 05). En él garantizamos el anonimato de cada participante y aseguramos la confidencialidad de sus datos. Solicitamos el permiso de cada participante para la grabación y registro de las entrevistas, teniendo la posibilidad de negarse o interrumpir la grabación en cualquier momento. Toda la información obtenida mediante la investigación fue utilizada únicamente con fines académicos. Entendemos que la investigación implica un riesgo mínimo para las participantes. En aquellos casos donde la visibilización de las situaciones de violencia conmocionó a las participantes les sugerimos el acceso al servicio en salud mental de su prestador de salud correspondiente o servicios de la Facultad de Psicología. A su vez, hicimos entrega a cada participante de una cartilla informativa sobre los recursos y servicios brindados por Udelar y el SMU y un violentómetro (UNFPA et al., 2023) [Ver anexos 06 y 07]. Cada persona participó en la investigación de forma informada y voluntaria pudiendo retirarse en el momento que lo deseara, independientemente de la etapa del proyecto en la que se encontrara y sin consecuencia alguna.

Los datos fueron almacenados de manera protegida y solamente tuvimos acceso la maestranda y la tutora. Fueron anonimizados y se eliminó cualquier información que pudiera identificar a las participantes.

CAPÍTULO 5

Resultados y discusión

Introducción

Los resultados expuestos en este apartado se basan en las entrevistas semidirigidas a mujeres cirujanas y en la información aportada mediante el instrumento basado en el violentómetro, y dialogan con resultados observados en investigaciones previas y posteriores al trabajo de campo, así como con las referencias teóricas que orientan el análisis.

En los próximos subapartados realizamos una descripción detallada de este proceso. Los hallazgos permiten sostener la existencia del techo de cristal en cirugía a partir de la ubicación de las mujeres en un lugar de inferioridad en el subcampo, de la violencia de género utilizada como una herramienta que las disciplina y mantiene en esa posición y de una relación entre la maternidad y vida laboral signada por las apreciaciones de los agentes que la consideran como un problema inherente a las mujeres.

Este capítulo se divide en tres apartados que se encuentran estrechamente relacionados. En el primer apartado realizamos una descripción de la organización laboral del subcampo médico-quirúrgico como parte del campo médico y la posición que ocupan las mujeres en el mismo. Desarrollamos la idea de habitus médico y analizamos cómo se vincula con los relatos de las participantes dando cuenta de un habitus médico-quirúrgico que es masculino y supone características vinculadas a la masculinidad hegemónica. A su vez, detallamos el proceso de reestructuración que está viviendo el campo médico.

El segundo apartado es el núcleo central de esta tesis en tanto desarrollamos las percepciones y experiencias de violencia de género que han vivenciado las participantes del estudio en sus trayectorias. Sostenemos la idea de la persistencia del techo de cristal y una disminución de la segregación horizontal que se da a partir de los cambios en el campo médico y que decanta en cambios en los modos predominantes de las expresiones de violencia de género así como en un desplazamiento desde formas más explícitas a formas implícitas. Asimismo, damos cuenta de las estrategias de afrontamiento implementadas por las mujeres ante la violencia.

Por último, dedicamos un apartado exclusivo a la maternidad que incluye tanto las experiencias de las entrevistadas que son madres y las dificultades con las que deben lidiar en

sus trayectorias, como las valoraciones sobre la conciliación entre maternidad y vida laboral de compañeras que no son madres y de los superiores. La maternidad requirió un apartado específico en tanto su relación con el ejercicio laboral es vista por los/las agentes del subcampo como un problema inherente a las mujeres que se relaciona a las elecciones (no) reproductivas de las profesionales.

5.1 Campo y habitus médico en Uruguay: las características del subcampo médico-quirúrgico

Como daremos cuenta en el desarrollo de este apartado, el campo médico y el habitus médico uruguayo comparten características identificadas en estudios de otros contextos. Castro y Villanueva (2019) sostienen que los campos médicos se encuentran interrelacionados, por tanto comparten un modo común de producción de profesionales y servicios de salud que hacen al contexto occidental. Como resultado las características del habitus médico uruguayo son concordantes con las observadas en otras latitudes: la estructuración jerárquica de funciones generizada, el sacrificio como factor indispensable para el ascenso laboral y la fortaleza como una competencia imprescindible para ejercer la medicina, son algunas de ellas (Castro, 2014a, Castro, 2014b; Hernández y Alvear, 2020; Villanueva, 2023b).

Investigaciones en Uruguay dan cuenta del interjuego de fuerzas entre agentes con posturas conservadoras que reproducen mandatos de género en el campo médico y demandas sociales encarnadas por colectivos feministas que buscan impulsar cambios en el mismo (López Gómez, 2016; López Gómez, 2018).

La desigualdad de género es constitutiva del campo médico en Uruguay (López Gómez, 2016), donde prima un habitus médico autoritario (Castro, 2014b) que busca mantener el monopolio del saber médico y no reconoce a las mujeres como sujetos de derechos. Como plantea López Gómez (2018), sus “derechos [están] limitados a la intervención profesional, encargada de ‘velar’ por una decisión de la mujer que fuera aceptable desde la perspectiva técnica, a través de dispositivos de asesoramiento” (p. 26).

El ámbito médico-quirúrgico puede ser definido como un subcampo del campo médico. La descripción detallada de la organización laboral del subcampo, los agentes que lo componen y las posiciones que ocupan nos permitirán entender el lugar de la violencia de género como una herramienta de disciplinamiento que mantiene a las mujeres cirujanas en posiciones de menor jerarquía y sostiene la dominación masculina. Es por ello que este bloque del análisis

comienza caracterizando el subcampo médico-quirúrgico: ámbitos de ejercicio, funciones y acceso a puestos laborales. Seguidamente, detallamos la posición de los agentes del subcampo, específicamente de las cirujanas y describimos las relaciones que establecen con sus compañeros/as de trabajo (enfermeras, anestesistas), docentes y pacientes. Presentamos las características del habitus médico en el subcampo quirúrgico para finalmente dar cuenta de algunos indicios de las transformaciones actuales en el campo médico que pueden observarse en las formas en las que se significa la violencia de género en su seno: de la normalización a la visibilización, cuestionamiento y estrategias de afrontamiento.

5.1.1 El ámbito médico-quirúrgico como un subcampo médico: organización laboral

El campo médico está constituido por instituciones y actores de la salud, que a través de relaciones de fuerzas ponen en juego el capital simbólico buscando ser quienes puedan mantener e imponer un esquema de percepción dominante sobre los demás (Castro, 2014a). Dentro del campo se encuentran subcampos como las especialidades. Para acceder a las mismas se compite, lo que se intensifica en especialidades como la cirugía (Castro y Villanueva, 2019). Las especializaciones son el capital simbólico, cultural y económico más alto dentro del campo médico: “Las especializaciones con mayor prestigio como cirugía utilizan tecnología sofisticada …tienen mayor remuneración” (Castro y Villanueva, 2019, p. 91). La cirugía tiene una posición hegemónica en el campo a partir de la que se ubican las demás especialidades.

A continuación detallaremos las características que competen específicamente al subcampo médico-quirúrgico. A la luz de las entrevistas realizadas a las participantes de este estudio y la consulta de documentos institucionales pertenecientes al campo médico podemos decir que en el subcampo de la cirugía se destacan dos ámbitos de ejercicio profesional, el ámbito académico y el ámbito asistencial. Los cargos en el ambiente académico y asistencial son diferenciados jerárquicamente a partir de un escalafón docente que va desde el grado 2 de asistente al grado 5 de profesor/a titular. Al ser un subcampo pequeño en términos de población muchos profesionales participan en ambos ámbitos, lo cual genera que tengan conocimiento unos de otros/as. También dentro del subcampo podemos identificar la división público/privado. El sector público, en particular la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Hospital de Clínicas, hospital universitario, se encuentran entrelazados con el ámbito académico ya que la formación profesional más abarcativa en cirugía se encuentra en la universidad pública. Ello genera que, además del hospital universitario, otras muchas instituciones públicas

de atención en salud también funcionen como hospital escuela. Si bien esta conjunción se da mayormente en el sector público también hospitales privados habilitan sus servicios para la realización de la residencia en cirugía.

> Al principio costó mucho que el sector privado se acostumbrara a qué era el rol del residente; me decían: "¿otra vez acá?" porque iba 3 días seguidos. Sí, claro; voy a venir durante 4 años. Conocer el rol, qué hace el residente, la desconfianza de algunos, qué va hacer esta y demás (Dra. 3).

Respecto a la función de los/las cirujanos/as en el subcampo quirúrgico podemos diferenciar entre aquellos profesionales que realizan guardias internas y quienes se encuentran de retén. Los/las cirujanos/as que realizan guardia interna reciben y preparan a los/las pacientes; generalmente participan de las operaciones como ayudantes, es decir, asisten a quien realiza el acto quirúrgico. Los/as cirujanos/as que realizan guardia de retén se encuentran en domicilio y son convocados para realizar el acto quirúrgico. A su vez, son los responsables del/la paciente por lo que cobran una mayor remuneración por su trabajo.

> La guardia de mayor, el grado 3 es el que viene hace el acto quirúrgico, cobra diferencial, o sea ejerce su disciplina integralmente porque hace el acto quirúrgico; que es lo lindo que tiene la parte de la disciplina. En la guardia interna de 24 horas, se evacuan todas las consultas que hay en puerta; se hacen todas las suturas, todas las consultas de las 3 de la mañana, se habla con todos los familiares y se prepara el paciente para que venga el de afuera a operar (Dra. 3).

La posición de retén es parte de un cargo completo como cirujano/a que supone hacer dos policlínicas, una coordinación y la guardia. Este puesto en el ámbito asistencial es denominado grado 3. En las intervenciones quirúrgicas participa el cirujano/a titular (G3), cirujanos/as ayudantes, instrumentista, anestesista y circulante en sala (enfermería). Dentro de los hospitales escuela también existe el puesto de jefe/a de residentes, cargo descrito como mayormente administrativo o de coordinación y que por lo mismo no tiene el mismo prestigio.

> El otro, el de jefe de residente no te da méritos ninguno; es un cargo ahí que sale cada tantos años. Un cargo que no sos ni docente. Es como administrativo: sos como un coordinador y, si hay un problema, vas e intercedés como alguien neutral que no es ni residente, ni docente. Entonces, si hay algún problema con las guardias o algo, siempre

> como que sos mediador, como un nexo; pero ta, en sí no sos nada, no te aporta un mérito para nada (Dra. 6).

Los horarios laborales suponen turnos menos flexibles y más extensos que en otros campos, trabajando incluso feriados no laborables y realizando turnos en la noche. Las guardias en general implican turnos de 12 o 24 horas. Este régimen se aplica tanto en el sector público como en el privado.

> Nunca pensé en el tema de la calidad de vida. Capaz que ahora de grande empiezo a decir: podría haber estudiado algo que no tuviera guardias de noche o que tuviera más horario de oficina. Los fines de semana, fiestas, las tienen libres; que, quieras o no, a veces son las cosas malas de la profesión. En realidad, muchas veces tus amigos o tu familia se reúne y vos faltás a los cumpleaños. Muchas fiestas, navidades, no estás en tu casa o te ausentás, el horario es extenso y te ausentás de noche; trabajar de noche también es algo que pesa, pero sin dudas es lo que me gusta. Creo que, igual, la volvería a elegir (Dra. 6).

La cirugía es un trabajo a destajo, donde se cobra por el acto quirúrgico o la ayudantía. El ejercicio profesional actualmente se caracteriza por el multiempleo. Las entrevistadas generalmente comparten tanto la modalidad de trabajo dependiente como independiente. La modalidad de trabajo independiente es la que prima mayormente, lo que implica que en muchos de los trabajos no cuentan con beneficios de seguridad social. En referencia al lugar donde tiene una relación de dependencia la Dra. 11 menciona:

> Fue el lugar que me permitió tener todos mis derechos sociales: mi licencia por maternidad, mi licencia reglamentaria; y me permitió disfrutar de mi hijo/a, porque me pagaron mi licencia maternal como correspondía y todos los beneficios sociales. En los demás lugares yo facturo; soy terciarizada, digamos, no tengo ningún beneficio. Yo no trabajo, no cobro; y eso en muchísimos lados, muchísimos lados (Dra. 11).

El acceso a los puestos de trabajo está diferenciado. En el ámbito privado asistencial, existen algunas instituciones en las que se ingresa por concursos pero mayormente el acceso se da por referencias: docentes que supervisan tanto a residentes como cirujanos/as los convocan para ayudarles en cirugías. En relación a las guardias el ingreso se da a partir de la realización de suplencias hasta obtener una guardia fija. En el ámbito público académico, el acceso se da a través de concursos: para los cargos de menor jerarquía se realizan concursos

de méritos y pruebas, mientras que a partir del cargo docente G3 el concurso es únicamente de méritos. Otro modo de acceder a puestos de trabajo que se mencionó en menor medida fue la información sobre llamados abiertos que llega a través de compañeros/as y las recomendaciones que ellos realizan en instituciones donde ya trabajan.

> De hecho, yo siempre digo lo mismo, yo no pedí ningún trabajo de los que tengo. Me los ofrecieron, tuve gente que me conocía y que: “che mirá están precisando gente ¿te llevo el currículum?, ¿te recomiendo?” y así fui llegando a los trabajos que tengo. Tengo seis trabajos hoy en día, así que imaginate; me fueron recomendando las mismas personas que de repente trabajan, o que eran mis docentes antes, me fueron llevando a los trabajos que tengo (Dra. 9).

Las entrevistadas identifican la relación con jefes y docentes como un factor fundamental a la hora de acceder a un puesto laboral tanto en el ámbito público como privado, así como a becas y formaciones en el exterior.

> Que pueda hacer congresos, que pueda ir hacer cursos, que si quiere dar prueba de grado 2 se pueda presentar al mismo concurso, con el mismo tribunal; todo eso depende de los jefes de servicios. Vos tenés un servicio donde tenés un jefe que es G5, después G4, G3 y así. Generalmente los concursos y toda la actividad docente recae en el G5 y algún G4. Ellos son los que definen, dan los puntajes de las pruebas, quién va a los congresos, quién va a los cursos; porque muchas veces los servicios de Facultad tienen becas y esas becas las da el G5 y es a dedo: este año vas vos, el año que viene va otro, eso sí es a dedo (Dra. 9).

Incluso cuando existen concursos de por medio, quienes tienen mayor cercanía con los docentes son favorecidos/as con información sobre la apertura de llamados, temas y días en que se presentarán las pruebas:

> Ellos si quieren, si te eligen, sale el concurso y te eligen para que vos seas el que entre. Te llaman y te dicen: “mirá que va a salir tal llamado”; y ese llamado en realidad no lo ponen en ningún grupo, no nada. Cada clínica va sacando el llamado, el llamado sale; pero como ya de antemano ya se sabe quién va a dar la prueba de la clínica, quién es el seleccionado (Dra. 6).

En el ámbito académico el sacrificio es valorado como una posibilidad de acceso a puestos laborales. Acercarse a una cátedra y realizar actividades sin una remuneración o

puesto fijo es una de las estrategias utilizadas para acceder a un nuevo puesto. Así lo comentaba la Dra. 3:

> Gente que no tiene un cargo específico para eso pero: “bueno que se venga arrimando acá así después le conseguimos un cargo”; y vos pensás, éste está queriendo que éste venga por el pancho y la Coca-Cola, porque nadie le está pagando y ellos lo ven muy normal porque es así, es parte de tu sacrificio (Dra. 3).

Si bien las entrevistadas mencionaron cambios en el modo en que se relacionan la academia y el ejercicio profesional, en la cirugía específicamente, la docencia continúa teniendo gran prestigio. Los docentes de mayor jerarquía (G4 y G5) son quienes gozan de mayores recursos: poder y reconocimiento. Son los cirujanos en puestos de mayor jerarquía quienes ordenan la posición de los demás profesionales en el subcampo al ubicarlos en determinados puestos laborales. A su vez, comparten cargos de prestigio y poder en el ámbito del ejercicio profesional. Participantes del estudio recordaron que en los inicios de sus trayectorias acceder a un cargo docente era casi indispensable para obtener puestos laborales:

> Ellos consideran que cuando vos aprendés en un ambiente universitario, está muy sobredimensionado: son los más elevados estándares éticos y las discusiones de los ateneos son fantásticas para el razonamiento; y si no publicás nada, entonces, no existís. Durante mucho tiempo en la cirugía, los profesores dominaban el mercado laboral. Entonces, si vos no hacías la carrera docente, no te insertabas en ningún lado. El hecho de que se empezara a formar gente por fuera de la estructura de la facultad, de alguna manera, los amenazó en su poder. Hizo que el sistema requiriera de más gente de la que ellos pudieran digitar: gente que estuviera por fuera de su égida, de alguna manera (Dra. 3).

En cuanto al régimen de suplencias encontramos diferencias entre el sector público y privado. En el ámbito privado las suplencias se cubren a partir de llamados a personal externo. En el ámbito público la ausencia generalmente es cubierta por un trabajador/a interno/a dentro de la cadena de puestos laborales ya que las suplencias son poco remuneradas y nadie las toma.

5.1.2 Percepciones sobre la posición de las mujeres en el subcampo médico-quirúrgico

El subcampo médico-quirúrgico en Uruguay se caracteriza por el establecimiento de jerarquías que demarcan las actividades correspondientes a cada profesional. Esto se puede

visualizar en la percepción que tienen las profesionales cuando ingresan a la residencia, donde son denominadas según el año de cursada como R1, R2, R3, R4 y R5. Que las funciones estén determinadas por la jerarquía implica que quienes realizan las tareas menos deseadas y de menor remuneración son los/las residentes y en el caso de los/las cirujanos/as quienes ocupan el cargo de G2. A su vez, la relación de quienes están en puestos de menor jerarquía se vuelve alejada de aquellos profesionales que se encuentran en puestos de mayor jerarquía y complejidad.

> Esa estructura más jerárquica, en la facultad ¿no?, rígida; y se hace así porque lo digo yo. En el sector público está la estructura piramidal de la facultad, son muchos más residentes, ¿no?, hay mucha más gente en cada escalón. El G2, que es el que está muchas veces mano a mano con el residente, no se siente par porque tiene la túnica de G2; entonces, se siente que está un escalón arriba, y en realidad la diferencia en años de experiencia no es tanta. Los que están más arriba, que tienen esa diferencia de años, muchas veces no son los que tienen el contacto directo con el paciente y lo saben. Entonces, si hay una discordancia G2/ residente, le dan la derecha al G2; hay esa cosa jerárquica (Dra. 3)

En el ámbito académico es en donde más se remarcan las jerarquías, siendo descrito por las entrevistadas como un ambiente rígido con estructuras más difíciles de modificar. En este contexto siempre hay alguien más arriba en la estructura piramidal que supervisa y controla el trabajo de los demás. En Uruguay, tal como lo indican otros estudios a nivel nacional e internacional (Kawase et al., 2015; Rey et al., 2020; Vargas y Bedoya Vaca, 2021; Wagner et al., 2025) las cirujanas están subrepresentadas en los puestos de mayor jerarquía. Los hombres ocupan los cargos de mayor prestigio y remuneración por lo que buscan mantener su posición en el subcampo. Según Bonino (2008) la clave para conservar posiciones de poder, que implican prestigio y superioridad en la escala social, es ocultar las estrategias utilizadas para sostenerlas, lo que requiere un pacto de silencio entre los hombres. La Dra. 1 comenta cómo en algunas de las cátedras de medicina se producen estos pactos:

> El hombre tenía todo el poder y un G5 tiene todo el poder de la palabra, del silencio; porque todos van a tener que callarse la boca. Porque si hay algo que es claro, es que si tú abres la boca con el G5, no te recibís nunca. Entonces, estás deseando que alguien te ayude, que alguien te defienda. La cátedra, lamentablemente, es una cofradía de hombres que se deben entre ellos; lealtades que conmigo no las tienen (Dra. 1).

En el campo médico la jerarquización se encuentra demarcada por la división entre lo masculino y femenino; ello inicialmente se expresaba en la relación jerarquizada médico/enfermera (Bourdieu, 2000b). La división de lo masculino y femenino se encuentra arraigada en un sistema de oposiciones alto/ bajo, arriba/ abajo, delante/ detrás, derecha/ izquierda, público (fuera)/privado (adentro). La división sexual se ha incorporado en los modos de ser y percibir el mundo de los sujetos y se reproduce a través de la división sexual del trabajo con tareas específicas para hombres y mujeres, ubicando a las mujeres en la esfera de lo doméstico/privado y a los hombres en el ámbito público (Bourdieu, 2000b). Según Bourdieu (2000b) hemos incorporado como parte de nuestro habitus las estructuras históricas del orden masculino y continúan sobreviviendo en estado parcial y fragmentado, en nuestras estructuras cognitivas y nuestras estructuras sociales.

El movimiento feminista ha impulsado cambios que han sido notorios en el campo laboral como la mayor inserción de las mujeres, aumento de las mujeres profesionales y la intensificación de la participación de mujeres en la medicina. A pesar de ello, las mujeres en medicina continúan siendo excluidas de los puestos de poder y responsabilidad. Bourdieu (2000b) señalaba que la cirugía se encontraba prácticamente prohibida para las mujeres, mientras que otras especialidades, como la pediatría y la ginecología, se les asignaban casi naturalmente. De este modo el orden sexual patriarcal se reproduce incluso en la ciencia, colocando a los hombres en los puestos más prestigiosos. También se incita a las mujeres a formarse en determinados ámbitos y no en otros. Por otra parte, los puestos están cargados de connotaciones sexuales; por ejemplo, un puesto que es una jefatura y requiere autoridad está cargado de connotaciones masculinas (Bourdieu, 2000b).

Si bien actualmente las mujeres han tomado otra posición dentro del campo médico, particularmente en las especialidades quirúrgicas las estructuras del orden masculino continúan vigentes. La cirugía para las entrevistadas es un subcampo masculinizado. La especialidad es descrita como masculina, machista y mayormente ejercida por hombres:

> Lo que pasa que yo justo elijo la especialidad, o sea, la cirugía; que ya en mi época no tanto y ahora cada vez menos, pero siempre fue una especialidad demasiado machista. Cuando decidí hacerlo tuve varios colegas —hoy colegas, no en ese momento; ellos sí estaban haciendo la especialidad— que me decían que no era para nosotras; pero muchos. Porque las mujeres tenían hijos, no le podían dedicar el 100%, porque era una profesión para los hombres. No era para nosotras por el tema de que la mujer tenía que

> ser ama de casa y dedicarse a eso, o profesiones que le permitieran tener una familia (Dra. 2).

Las especialidades se relacionan con estereotipos de género y son clasificadas como masculinas o femeninas (Villanueva, 2023a). La cirugía es uno de los subcampos más masculinizados ya que su práctica se asocia a características masculinas y es élite de las especializaciones por su prestigio (Castro y Villanueva, 2019). La cirugía representa la masculinidad hegemónica interfiriendo en las aspiraciones de los/las estudiantes sobre la especialización a estudiar y produciendo discriminación de género hacia las estudiantes en especialidades quirúrgicas (Villanueva, 2023a). La percepción de que la cirugía es una especialidad masculina coincide con los hallazgos de otros estudios (Bellini et al., 2019; González et al., 2018; Surroca, 2024; Vargas y Bedoya Vaca, 2021).

En el subcampo médico-quirúrgico los hombres son ubicados en posiciones de poder incluso cuando sus cargos son de menor jerarquía que el de sus compañeras. Aun ocupando puestos de mayor jerarquía, las profesionales fueron desautorizadas por compañeros/as de trabajo, enfermeras y anestesistas.

> Y después sí, hay una diferencia en el trato de las enfermeras. Por ejemplo, viene un médico y pide que lo ayuden, lo asistan en algo, y salen todas corriendo; y sin embargo vos sos… que tenés un poco menos que decir: “por favor necesito que me ayuden”. De hecho, me pasó hace poco, que tenía una urgencia de un paciente y yo estaba diciendo que el paciente estaba sangrando, con unas colegas mujeres anestesistas y ellas estaban poniendo en duda. Tienen que esperar que venga el hombre viejo médico para hacerle caso a la situación (Dra. 8).

Las cirujanas también recibieron un trato distintivo por parte de los docentes y jefes tanto en la academia como en el ejercicio profesional. En relación a las evaluaciones identificaron que con ellas los superiores eran más exigentes. Ello se reflejó en la manera en la que eran corregidas cuando presentaban un error en su desempeño:

> Teníamos más presión y nos permitían menos cosas que a un hombre. Me pasaba con mi residente, ¿no? Él de repente se mandaba un montón de cagadas, presentaba más desprolijo, no hacía cosas que tenía que hacer. Yo llegaba hacer eso y poco más que me crucificaban (se ríe); me decían muchas más cosas. Yo hacía mal algo, ¿no?, y: “No, no, esto es así, cómo vas a decir eso, andá a estudiar”. Ese tipo de contestaciones, de

> repente me lo explicaba, de repente no. Y cuando fulanito lo decía mal, con tono chistoso en vez de tono enojón: “Ah fulanito, ¿qué estuviste haciendo?, ¿por qué no te vas a estudiar?”. Ya el tono era diferente. Lo veía mucho —que me impactaba— en una G2 mujer, que ella contestaba cosas y la trataban como si fuera una niña chica, ¿no? Le saltaban cuando ella decía algo mal como si no pudiera tener errores (Dra. 10).

Al igual que estudios realizados en otras latitudes nuestros hallazgos coinciden en que el subcampo médico-quirúrgico se caracteriza por una estructura jerárquica generizada (Villanueva, 2023a; Hernández y Alvear, 2020; Castro, 2014a; Castro, 2014b). Las actitudes y contenidos transmitidos que no se encuentran en la currícula en medicina se caracterizan por el disciplinamiento mediante los castigos y la desigualdad de género, donde quien no castiga a un subalterno/a es castigado/a (Castro, 2014a). Desde los primeros años de formación los médicos/as constituyen su identidad profesional por medio de un sistema jerarquizado y masculinizado y se les imponen a las estudiantes obstáculos a superar si quieren ser médicas, lo que se perpetúa en las especializaciones (Castro, 2014a).

A través de la violencia simbólica los hombres suelen relegar a las mujeres en el trabajo a posiciones inferiores. De este modo reducen sus reclamos a caprichos, resaltan características de su feminidad o las tratan por el nombre de pila o diminutivos “querida”, “niña” en situaciones formales, pequeñas cosas que dejan a las mujeres en un lugar disminuido (Bourdieu, 2000b). La Dra. 8 menciona que el diminutivo es algo frecuente en su cotidianeidad laboral:

> Me pasa con un cirujano que a veces lo veo y me dice: “chiquita”. Yo siento que el “chiquita” es despectivo. La otra vez me pasó con un intensivista: “Ay chiquita, qué hacés”. Me tienen tan podrida con el tema del “chiquita”; como que es un diminutivo, como que vos sos algo menos. Entonces le dije: “Ay, sabés qué, fulano: detesto que me digas eso. Yo a vos no te digo doctorcito, no te gusta que te digan doctorcito, entonces es lo mismo: a mí no me gusta que me digas chiquita” (Dra. 8).

Respecto a la relación con los pacientes, la mayoría de las entrevistadas concordaron en que existe una invisibilización de la mujer cirujana, principalmente en aquellos puestos de trabajo donde la relación paciente- doctor/a es ocasional como en la emergencia. En este sentido, las participantes del estudio mencionaron que es un clásico el hecho de que no se las reconozca o se las confunda con mujeres que ocupan roles de menor jerarquía en el campo médico, como es el personal de enfermería o de limpieza.

> Lo veo muchas veces y a mí sí me pasó. Vas a ver un paciente y te dicen: “¿cuándo viene el médico?”, eso es un clásico. A mí me enoja mucho; pasa mucho con pacientes añosos, con gente más joven y eso no. Por más que vayas y te presentes “soy la Dra. fulanito”. Con los pacientes jóvenes no tanto, con pacientes mujeres no tanto… pero con gente más mayor sí
>
> _ Ah ¿el médico cuándo viene?
>
> _ Soy yo
>
> _ Ah
>
> Te miran así (refiere con cierto desprecio), es feo (Dra. 13 y paciente).

En algunos casos las cirujanas mencionaron que si iban acompañadas por un colega hombre, los/las pacientes relacionaban al hombre con el puesto de mayor jerarquía. La Dra. 4 comenta que a pesar de encontrarse en un puesto de mayor jerarquía, los/ las pacientes ubican a los residentes hombres como superiores:

> Y a los varones sí: son el “doctor” aunque sean el interno. Me pasó mucho cuando yo era la jefa… A veces no me registraban a mí en ese rol y, sin embargo los residentes, que son más chicos y eran varones, o los internos, que incluso son todavía estudiantes, eran todos “doctores”. Eso les pasa a todas, en todas las especialidades (Dra. 4).

La invisibilización también se da en el área administrativa. En la experiencia de la Dra. 3 toda la documentación referente a profesionales utiliza únicamente la abreviatura profesional en masculino: Dr.

> todos los consentimientos informados —todos— dicen (enfatiza): “el Dr.”; absolutamente todos. Y otra cosa que te pasa de forma sistemática y, bueno, los llamados también. A ver si tengo alguno de la guardia. Siempre es “Dr.”, “Dr.”, hace nueve años que trabajo ahí: “Dr. xxx tiene una consulta”. El administrativo si es cirujano/a pone “Dr.”, ¿entendés? (Dra. 3).

La invisibilización de las cirujanas en el subcampo médico-quirúrgico también ha sido identificada en otros estudios (Roman et al., 2018; Sánchez-Montes et al., 2024).

Otra experiencia reportada por las participantes es la divulgación de videos pornográficos en grupos de WhatsApp de compañeros/as de trabajo. Los chistes y comentarios con alusiones sexuales fueron mencionados en reiteradas oportunidades por las entrevistadas.

> Pero al inicio, cuando empezó el WhatsApp, era constante, constante ¿no? De hecho, parte de las razones por las que mi WhatsApp no baja las imágenes, ni los videos, es esa: porque vos tenías la galería después llena de cosas sexuales. Los cosos del audio, esos chistes del audio que arranca “ah escucha esto” y son gemidos y todo eso… eso repletos. Creo que ahora está mejor; de hecho, esas cosas en los chats de la facultad ya nocirculan. Actualmente está mejor (Dra. 3).

La circulación de imágenes, videos y chistes sexistas supone un tipo de violencia digital que se invisibiliza ya que la línea que separa la violencia de las bromas, el cortejo y las provocaciones es difusa (Magnone y Pacci, 2018). La difusión entre los trabajadores/as de videos pornográficos es en realidad un indicador de riesgo de acoso sexual laboral. El campo médico-quirúrgico es sexista, entendiendo que un ambiente laboral sexista es aquel donde “se permite o favorecen los chistes sexuales, los comentarios irrespetuosos y la exhibición de fotografías pornográficas o sugestivas” (Tellechea et al., 2012, p. 16).

5.1.3 Características del habitus médico-quirúrgico: género, jerarquía y poder

El campo médico reproduce y se retroalimenta del habitus médico. El habitus son disposiciones duraderas y transferibles que son estructuradas por el campo y a su vez se reproducen por el accionar de los agentes (Bourdieu, 2007). A través de los habitus clasificamos el mundo mediante esquemas de división, reconocemos lo bueno de lo malo, lo que es cambiante según la posición social. Los esquemas de percepción, las prácticas y los bienes poseídos son variables, dependiendo de las posiciones de los sujetos, es decir que constituyen diferencias simbólicas. Se tornan rasgos distintivos y estos sólo pueden sostenerse si son incorporados en todos los agentes como principios de división, a partir de estructuras objetivas como el campo. Es decir que los agentes reproducen los esquemas de percepción que incorporan a partir de sus posiciones en los campos (Bourdieu, 1997).

De este modo el habitus médico produce subjetividad que a su vez reproducen los actores. La relación entre el habitus y el campo médico produce un sentido práctico, una práctica intuitiva, inconsciente que posibilita la realización de conductas acordes al campo (Castro, 2013). Según Castro (2013) las reacciones y emociones de los agentes también son

parte de su habitus ya que este expresa emociones, posiciones, actitudes, posturas que son posibles en el campo médico porque él mismo las produce.

Parte del habitus médico en cirugía implica la fuerza como característica necesaria para sostener la posición en la jerarquía y ascender. Las mujeres para ser cirujanas deben encarnar rasgos que socialmente se han asociado a lo masculino. Por ello, entienden que ser cirujana implica ser fuerte, agresiva, dura, directa, decidida:

> No… lo que pasa que nosotras somos muy duras, vivimos en un mundo de hombres que tenemos que ser fuertes como los hombres. Yo llegué a la cirugía y el cuento era: "mirá que ahora vas a tener que aprender hacer pichí parada porque los hombres hacen pichí parados y en la cirugía somos hombres". Entonces te vas haciendo dura, dura, dura ¿viste? Te hacés esa cáscara, te hacés esa personalidad, esa coraza; entonces somos duras, aguantamos (Dra. 11).

Soportar y aguantar son rasgos asociados a la fuerza; por tanto tolerar horas sin dormir, el cansancio de jornadas extensas, altos niveles de exigencia y también malos tratos son parte del modo de ser al que se tienen que adaptar los/las profesionales para pertenecer al campo médico (Castro, 2014a; Castro y Villanueva, 2018; Villanueva, 2019).

En concordancia con lo planteado por Villanueva (2023a) podemos decir que la figura del cirujano se asocia a estereotipos como promiscuo, agresivo, autoritario. La galenidad es la identidad que produce la medicina en tanto campo profesional (Villanueva, 2021), siendo la fortaleza la característica más evidente que se expresa en la resistencia, la autoridad y la desvinculación emocional. Estas características son a su vez las exigencias impuestas a los hombres para ejercer poder y control (Villanueva, 2023b).

No obstante, a partir de las entrevistas realizadas podemos decir que cuando las cirujanas cumplen con las exigencias impuestas para pertenecer al campo médico son etiquetadas por los demás como locas y disruptivas:

> El carácter… nosotras somos… si vos tenés un carácter fuerte, pasás a ser "la loca", la disruptiva ¿no? Y el varón, si tiene un carácter fuerte, está bien; entonces, como que ese mote te queda. Vuelvo a repetir que nada me limitó a ser lo que yo quería ser… Al principio te lo dicen, después ya no; después ya, a esta altura de mi vida, no; ya está, ya tengo unos cuantos años del ejercicio de mi especialidad y nada… llegás a ganarte un lugar y un respeto, pero sí que pasás por cosas (Dra. 2).

Este modo de actuar surge como una estrategia para ser respetadas en su nivel de jerarquía, como un modo de imponer autoridad, de ganarse un lugar en el subcampo. Al intentar ocupar una posición en un subcampo que históricamente ha sido masculino, pares y superiores las etiquetan como “locas” por lo que son desautorizadas y desplazadas.

> Somos fuertes; lo que pasa que a ellos les cae mal que una mujer sea así. Piensan que no, no concuerda con lo que tiene que ser una mujer. Y es verdad que quizás hay otras especialistas, otras mujeres haciendo otras especialidades que no son estas, que tienen un carácter más dócil, ¿me entendés? (Dra. 4).

A su vez, en situaciones donde las mujeres son violentadas y afrontan estas situaciones desde la agresividad también son señaladas como “locas”. Son mujeres que no han sido disciplinadas, no actúan como supuestamente debería actuar una mujer ante la imposición de una autoridad masculina, por tanto se las ubica como disruptivas con la finalidad de disciplinarlas:

> Ah porque a veces van y les dicen: “no vas a operar tal paciente”, y hacen berrinche: “No puede ser…” y que no sé qué; cosas así. “Ah, esta loca”, te dicen. Está mucho como más en el chisme, que no sé qué, que no sé cuánto…que los hombres… capaz que no son tan así (Dra. 13)

El discurso médico entiende la locura como un desvío de la norma y una enfermedad, concepción que se encuentra arraigada en el sentido común. Lo enfermo se opone a lo sano y a lo normal, por tanto la locura queda asociada a lo disfuncional, lo descompuesto y lo abyecto. A partir de esta lógica, lo enfermo y lo diferente deben ser reprimidos sea en el hospital o en la cárcel (Lagarde y de los Ríos, 2005). Para Lagarde y de los Ríos (2005) no hay una diferenciación marcada entre locura y cordura sino que es desde las instituciones (familia, hospital) y los sujetos que ejercen poder sobre las mujeres (jefes, esposos) que se decide quiénes deben ser encerradas. La loca es aquella mujer que no actúa de la manera esperada quedando sujeta en una jerarquía de poder donde pierde su calidad de sujeto/a, siendo la protesta considerada una expresión de sus síntomas (Lagarde y de los Ríos, 2005).

Las disciplinas, como la medicina, son métodos que moldean la conducta y producen modos de ser. El castigo es una herramienta clave que se aplica en aquellos que se desvían de la norma. “Aparece, a través de las disciplinas, el poder de la norma” (Foucault, 2002, p. 188). Según Lagarde y de los Ríos (2005) la locura en la cultura patriarcal es “el conjunto de

dificultades para cumplir con las expectativas estereotipadas de género" (p. 702). La locura como una manera de vivir diferente ubica a las mujeres en una posición que las deja fuera del sistema y sus códigos, las deja en la marginalidad (Lagarde y de los Ríos, 2005). Ubicar a las mujeres como locas las castiga por desviarse de su deber ser y las expulsa del campo médico.

La violencia de género en el campo médico es una herramienta para continuar perpetrando la dominación masculina (Castro, 2016; Surroca, 2024; Xepoleas et al., 2020). Es una de las manifestaciones de discriminación más contundente, universal y naturalizada hacia las mujeres. Los agresores en su mayoría son hombres que no tienen diagnosticadas psicopatologías sino que han aprendido que su rol respecto a las mujeres es dominar, tutelar y corregir (Castro et al., 2004).

Al igual que Villanueva (2019) pudimos identificar que el habitus médico ubica a las mujeres como objetos. Por tanto, para pertenecer al campo y ubicarse como sujetos deben masculinizarse. Cuando las cirujanas presentan o intensifican características relacionadas con expresiones de género, como por ejemplo maquillarse, son ubicadas como objetos sexuales. El mensaje es que lo femenino no pertenece a este campo, en tanto no es congruente con los modos de ser definidos para actuar en él:

> A mí me pasó varias veces que, de repente, te ibas un poquito maquillada —una base, un rímel, yo qué sé— y el chiste era: "¿qué andará buscando Dra. 12 hoy que está maquillada? Mmm… ¿qué andará?". Esos chistes, ¿viste? Te vas un poco arreglada, ta, no sé, cosas chiquitas pero de todos los días (Dra. 12).

Asimismo cuando las cirujanas reproducen el habitus médico masculino y no remarcan características femeninas, las críticas por no mostrarse desde el deber ser femenino también surgen:

> Siempre se dice que las cirujanas que trabajamos mucho tenemos peor aspecto (se ríe) porque estamos más despeinadas, porque vivimos de equipo. Esos son comentarios que se hacen, sí, que no son lesivos porque, la verdad, depende cómo te los tomes. A mí que me digan que vivo de equipo y sí: trabajo 6 días a la semana y sí, vivo de equipo (Dra. 9).

5.1.4 Un campo en reestructuración: entre la norma y las transiciones generacionales y de género

A partir de los datos obtenidos en esta investigación podemos decir que el campo médico muestra señales de un proceso de transición donde las estructuras que sostienen la división sexual aún se mantienen estables pero donde se han visibilizado manifestaciones de la violencia de género. La Dra. 5 menciona un claro ejemplo de naturalización de la violencia de género dentro del campo médico y cómo con el transcurrir del tiempo se ha logrado poner en cuestión la normalización de este tipo de hechos:

> Que te estás formando y que los más grandes, los cirujanos recibidos, generalmente eran hombres que se referían a las mujeres y te decían, por ejemplo, estabas operando o ibas a operar y el dicho de “hacete hombre”; como idea de que tenés que apechugar o tenés que ser fuerte. Que uno lo veía antes, o sea, a mí eso me lo dijeron. Pero lo veía como algo bueno, como para darte para adelante. Ahora, viéndolo, es un dicho que no hay necesidad de decirlo. A ver, ¿por qué?, ¿por qué yo me tengo que hacer hombre si yo soy mujer? Yo puedo hacer eso mismo que me estás diciendo en mi posición de mujer. Pienso, ahora si me lo dicen ahora, no me gusta, porque digo: ¿por qué me lo estás diciendo? Capaz que el que lo está diciendo indudablemente también está pensando lo mismo “te lo digo para que le des para adelante”, pero me lo podés decir de otra manera (Dra. 5).

La violencia simbólica (Bourdieu, 2000b) se logra visualizar más fácilmente en situaciones puntuales, por ejemplo, cuando es ejercida por una mujer de mayor jerarquía hacia otra mujer o cuestiona el ascenso laboral de las demás:

> Hay un tema cultural de la sociedad uruguaya: es una sociedad ya, de hecho, muy machista; algo de la cultura, como arraigado. Después, lo otro que no ayuda es también la actitud, a veces, de las mujeres; las mujeres también tienen actitudes como muy masculinas y reproducen esos modelos y atacan. Entonces, en vez de ir y apoyar a las otras mujeres, son las propias mujeres las que hacen más agresión a las mismas mujeres (Dra. 8).

La violencia no es invisible sino invisibilizada por la naturalización que ubica a la mujer como inferior y asimismo se invisibiliza el proceso por el que se llega a estos resultados

(Fernández, 2010). Las cirujanas constituyen su modo de ser en el campo a partir de un modelo masculino que reproduce lógicas masculinas y con ello inconscientemente también reproducen su propia exclusión del campo médico.

No obstante, las entrevistadas lograron identificar cambios en las situaciones de violencia vivenciadas y los atribuyeron a las transformaciones socioculturales que permitieron visibilizar la violencia de género como un problema social de alta relevancia. En este proceso el campo médico también fue trastocado; comenzaron a surgir agrupaciones de mujeres que reivindican su posición en él (Mujeres Medicina, Capítulo Cirujanas Uruguayas):

> Vino todo una movida que salió en Twitter, el Fmed “me pasó en la Fmed” o algo así. Que es un cambio importante en todos —en todos los varones—, que se empezaron a cuidar muchísimo más. Surgieron debates, charlas, unmontón de cosas en el día a día y ahí yo creo que también hubo un cambio (Dra. 12).

A partir de ello también se han implementado mecanismos a nivel institucional que habilitan a denunciar y sancionar estas situaciones. Por lo mismo las cirujanas entienden que la violencia de género continúa existiendo en el campo médico pero las expresiones son más sutiles, el ejercicio de la violencia no se da de manera abierta y directa:

> Yo creo que ahora se habla mucho del tema; es un tema que está muy metido. Incluso los propios colegas míos, súper machistas —que vos sabés que son súper machistas—, se cuidan mucho más porque saben que existen los mecanismos: que te pueden denunciar, que te pueden castigar o podés tener una consecuencia. Es un tema que está muy en boga, muy hablado. Hoy día, yo creo que todas esas cosas se han hecho sentir y han cambiado muchísimo los vínculos. Esa gente que antes, de repente, no tenía ningún problema en destratarte, despreciarte o acosarte, yo creo que hoy lo piensan (Dra. 11).

Las entrevistadas perciben un cambio generacional que viene acompañado por una modificación en el vínculo con docentes y superiores. Se da una flexibilización en las jerarquías donde no son tan marcadas. Las cirujanas mencionan que las nuevas generaciones cuestionan más a los superiores. La idea de sacrificio como parte del avance en la trayectoria comienza a modificarse por lo que los/as profesionales evitan tener guardias los fines de semana o aspiran a tomarse la licencia cuando lo necesiten con la finalidad de priorizar proyectos personales:

> Yo considero que la cirugía está en una transición muy importante: primero se llenó de mujeres; se llenó de mujeres no sólo con personalidad, sino que es un cambio generacional. No es porque sean mujeres que no tienen ningún prurito en decirles lo que quieren: “yo no voy a pasar visita el domingo porque no me toca”, y te lo dicen sin ningún prurito. Vos llegabas a decir eso te agarraban a sopapos, ¿entendés? Porque en la facultad era así: “Yo ya fui residente”, te decía el G2, “así que ahora tenés que pasar visita vos”. Es como una cosa, como si fuera escalerita, ¿no?, en donde todos tienen que pasar; todos terminan interpretando que el grado de tortura psicológica que tuvieron es lo que los hizo buenos cirujanos. Entonces terminan aplicándolo de una manera perversa y “tiene que ser así, tenés que sufrir” y te dicen: “Ay como el residente se va a tomar licencia”, y vos no agarrás a las generaciones de ahora: se toman licencia porque se tienen que tomar licencia ¿no? Eso no existía (Dra. 3).

Asimismo, las entrevistadas remarcaron que existen cambios a nivel de la composición del subcampo médico-quirúrgico; pasó de ser un espacio donde la mayoría de los cirujanos eran hombres a un incremento en la participación de mujeres tanto en formación como en el ejercicio profesional:

> Actualmente en la residencia, sobre todo, hoy por hoy creo que la mayoría son mujeres. En el año que yo entré a la residencia fue el primer año que éramos más de la mitad las mujeres que entrábamos a la residencia; entonces quieras o no hay un cambio… por lo menos se cuidan un poco a la hora de hablar (Dra. 12).

Sumado a ello, las entrevistadas mencionaron que hay un cambio en la mentalidad que determina que los cirujanos más jóvenes también piensen diferente. La Dra. 5 menciona que el vínculo con los residentes hombres es distinto a las generaciones anteriores:

> Lo podés hablar diferente y lo podés hablar diferente hasta con los hombres. Pasó que en algún ateneo se habla: uno pide la palabra y saca el tema, ¿entendés? Creo que estas cosas sirven para hablarlo más entre mujeres y entre hombres. Porque no es sólo hablarlo entre nosotros; si no, no sale de eso. Y yo creo que eso está cambiando, en las generaciones nuevas están cambiando, el residente varón está cambiando la mente también (Dra. 5).

La percepción de las entrevistadas nos permite inferir un cambio de género y generacional dentro del campo médico que se encuentra determinado por las transformaciones sociales y los movimientos en el interior del campo.

En suma

El subcampo médico-quirúrgico se compone de instituciones públicas y privadas. A su vez, los dos grandes sectores de ejercicio profesional son el académico y asistencial. Dentro del subcampo, la academia es reconocida como el sector de mayor prestigio; en consecuencia los docentes de mayor jerarquía tienen un mayor capital económico, social y simbólico. Históricamente, estos cargos han sido ocupados por hombres, quienes operan como los agentes encargados de posicionar a los demás integrantes del campo.

La cirugía es un subcampo donde la dominación masculina y la violencia simbólica se sostienen a partir del habitus médico-quirúrgico caracterizado por la masculinidad hegemónica. Por lo mismo, los/las agentes deben encarnar la fuerza y agresión como parte de un deber ser profesional y respetar jerarquías de género. La violencia simbólica opera en el subcampo normalizando la invisibilización de las mujeres o su inferiorización. En la actualidad las profesionales continúan enfrentando posiciones de subalternidad, siendo invisibilizadas por pacientes y desautorizadas por sus pares hombres y el personal de salud. Asimismo son ubicadas como objetos sexuales, reproduciendo un ambiente laboral sexista que ha expuesto a las mujeres a riesgo de acoso sexual.

Pese a ello, se trata de un campo en proceso de transformación debido a los cambios sociales y culturales que encarnan las nuevas generaciones de cirujanas y cirujanos. El campo médico se encuentra transitando una reestructuración que posibilitó que las participantes de este estudio pudieran hablar de las situaciones de violencia que han vivido y viven en sus trayectorias y de los obstáculos con los que se encuentran por el hecho de ser mujeres. A su vez, a nivel institucional se han establecido mecanismos para prevenir y sancionar situaciones de violencia de género lo que ha influido en los comportamientos y en las expresiones de la violencia que se pueden observar con mayor claridad en los y las residentes de cirugía.

5.2 Violencia de género en las trayectorias educativas y laborales de las cirujanas

Las participantes dieron cuenta de diferentes experiencias de situaciones de violencia de género que atravesaron en sus trayectorias y las estrategias que han utilizado y utilizan para afrontarlas.

A efectos de practicidad y orden, hemos demarcado la trayectoria educativa como el transcurso realizado desde el ingreso a la Facultad de Medicina hasta el egreso como doctoras, mientras que la trayectoria laboral abarca desde el ingreso a la residencia en cirugía hasta la actualidad. La formación en especialidades quirúrgicas en la Udelar se realiza en base a un régimen de residencias y su duración varía, aunque la mayoría de las residencias quirúrgicas tienen una duración de 4 años (Residencias Médicas, 2025a). El ingreso a las residencias depende de una prueba única para todas las personas aspirantes, mediante la cual se evalúan conocimientos en medicina en primer nivel de atención, pediatría, ginecología, clínica médica, clínica quirúrgica, medicina familiar y psicología médica (Escuela de Graduados, 2026). A partir de los resultados obtenidos se establece una lista con orden de mérito que permite a los/as candidatos seleccionar hasta cinco especialidades (Residencias Médicas, 2025b). La residencia puede ser considerada un empleo en tanto las personas establecen un contrato laboral y formativo por el cual reciben una paga mensual. El empleo está regulado por normas colectivas, implica derechos laborales como la seguridad social pero también obligaciones. A su vez conlleva el intercambio de la tarea realizada por un salario (Neffa, 1999).

Al igual que la evidencia consultada, este estudio es consistente con la existencia de la violencia de género en el subcampo médico-quirúrgico (Albornoz et al., 2021; Bellini et al., 2019; Domínguez-Torres et al., 2024; Hernández y Alvear, 2020; Huatuco et al., 2022; Sánchez-Montes et al., 2024; Santos et al., 2021; SMU, 2020a; Vargas y Bedoya Vaca, 2021; Vilchez Cornejo et al., 2021). Tal como en otros países de Latinoamérica nuestros hallazgos identifican expresiones de violencia de género de tipo académica, física, psicológica, sexual, simbólica y mediática (Albarrán y Osorino, 2022; Hernández-Pérez et al., 2024; Silva Vera y Jiménez González, 2021; SMU, 2020a). Entre las participantes de este estudio, y en línea con lo ya señalado para Uruguay (SMU, 2020a; Real et al., 2025), las expresiones de violencia de género más frecuentes en el campo médico son la violencia psicológica y sexual, por lo que serán analizadas con mayor profundidad.

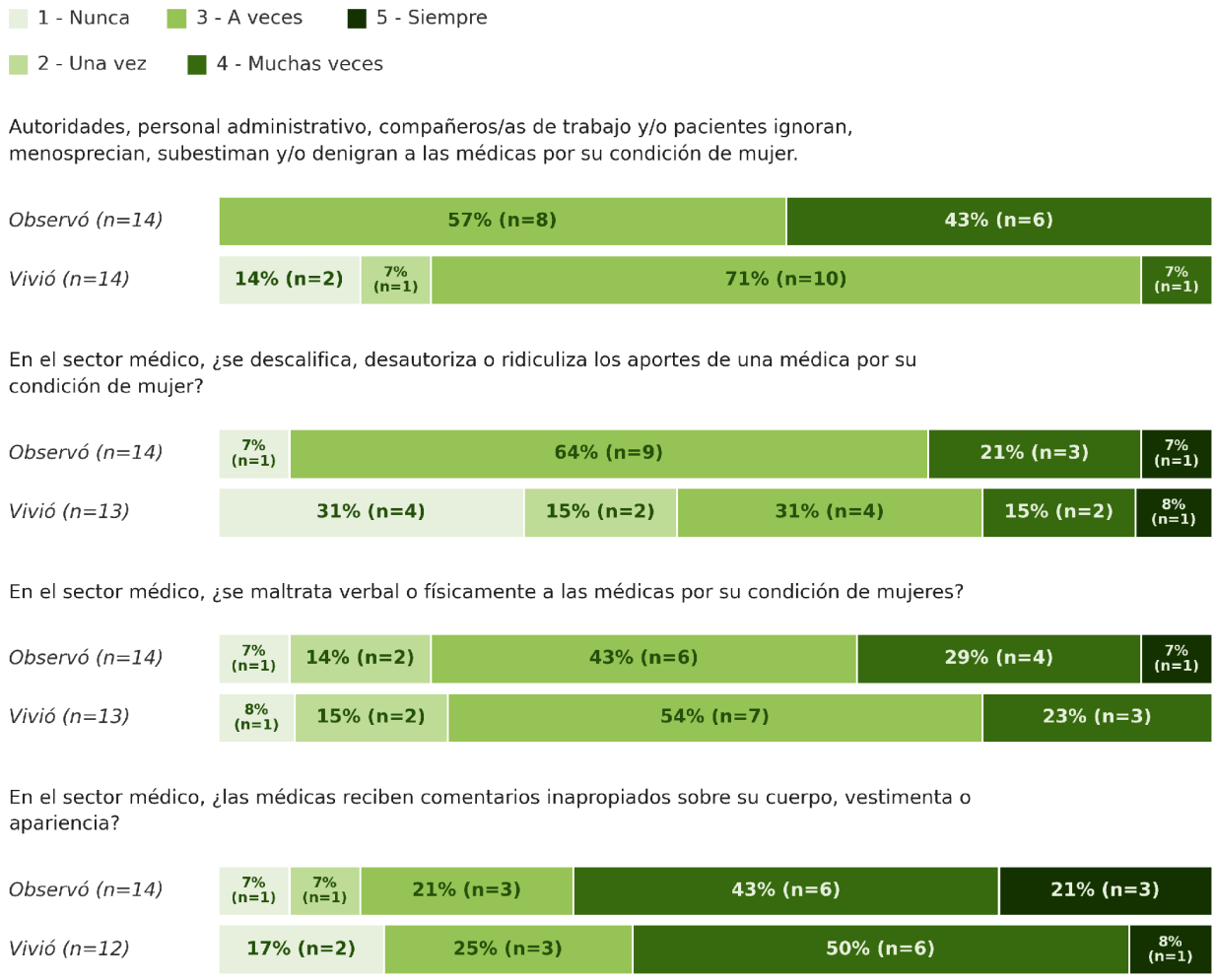
La etapa formativa fue percibida mayormente como positiva por las participantes, un pasaje que implicó diferentes cambios entre los que se encuentran la emigración desde el interior del país y el cambio, en algunos casos, de instituciones privadas a la universidad pública. La facultad es considerada un ambiente amigable donde establecieron amistades duraderas mientras que el vínculo con los docentes es descrito como distante hasta el momento de ingresar al internado. Las entrevistadas identificaron un incremento de manifestaciones de violencia de género a partir del ingreso a la residencia en cirugía. Las situaciones de violencia de género percibidas en la facultad fueron menos frecuentes y más sutiles. El acoso sexual, aunque de forma más sutil, ya se hace presente durante la etapa formativa y se intensifica en la residencia.

Desde la perspectiva de las entrevistadas, los cambios que se han efectuado en el campo médico han impactado en un mayor ingreso de mujeres a la medicina y actualmente a la cirugía. Aun así los hombres son quienes ocupan los puestos de mayor jerarquía. Los relatos de las participantes sugieren la existencia de un techo de cristal en cirugía que se expresa en las barreras a las que se enfrentan las cirujanas y que fueron compartidas por las participantes del estudio.

A su vez, las manifestaciones reportadas a través del instrumento basado en el violentómetro (Ver anexo 08) complementan lo expuesto en el capítulo.

Figura 1

Situaciones vividas u observadas por las participantes del estudio en sus trayectorias



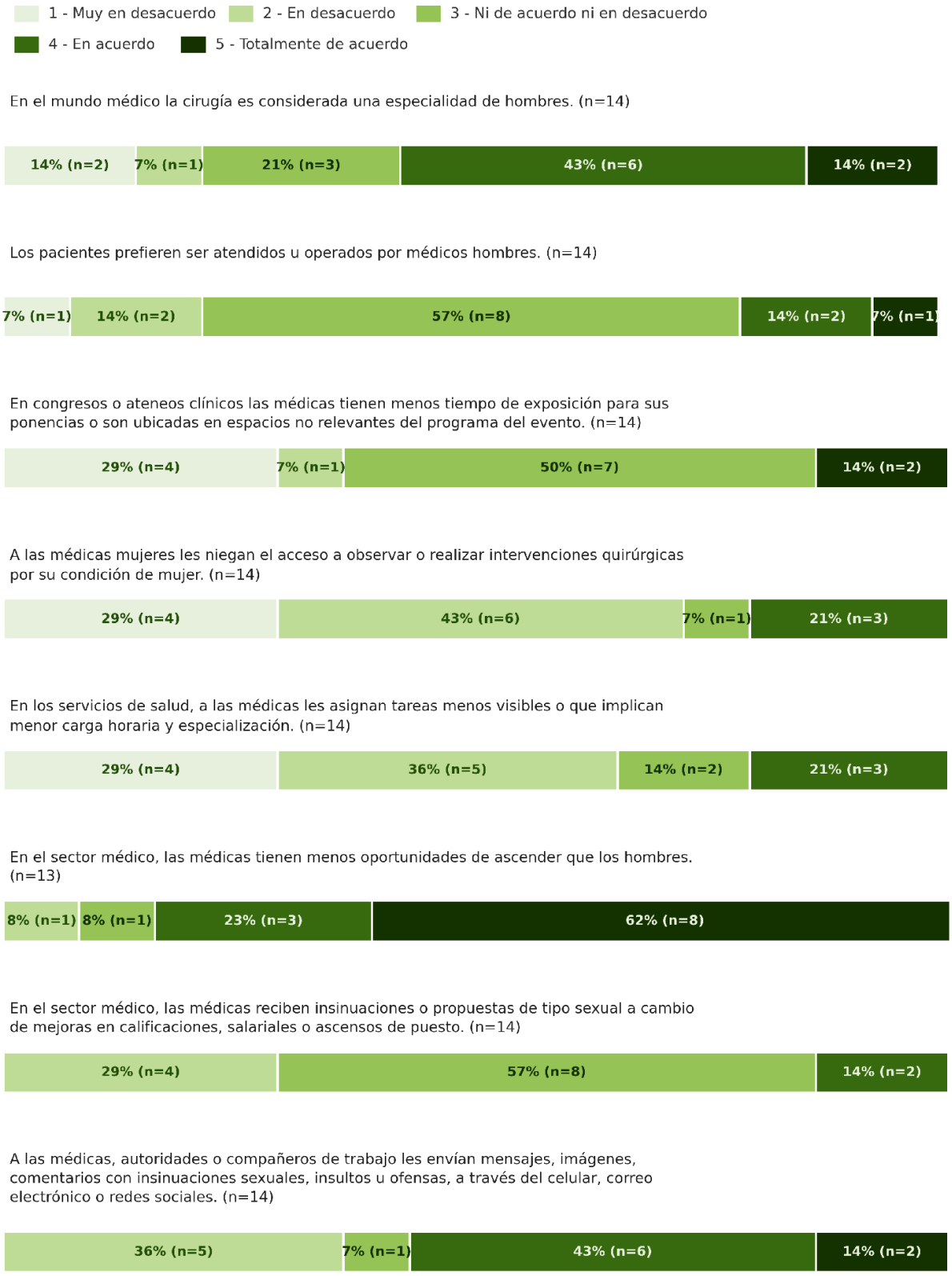
Nota. El instrumento fue respondido por 14 cirujanas. Los porcentajes se calcularon sobre el n válido de cada categoría ("Observó"/"Vivió"), y se indica entre paréntesis la frecuencia absoluta (n) correspondiente a cada segmento. En el ítem "ignoran o menosprecian", n = 14 tanto para "Observó" como para "Vivió" (sin datos faltantes). En el ítem "descalifica o desautoriza", n = 14 para "Observó" y n = 13 para "Vivió" (1 dato faltante: Dra. 12). En el ítem "maltrato verbal o físico", n = 14 para "Observó" y n = 13 para "Vivió" (1 dato faltante: Dra. 12). En el ítem "comentarios sobre el cuerpo", n = 14 para "Observó" y n = 12 para "Vivió" (2 datos faltantes: Dra. 6 y Dra. 12). Elaboración propia.

Tal como se observa en la Figura 1, los comentarios inapropiados sobre el cuerpo, la vestimenta o la apariencia aparecen como la manifestación reportada con mayor frecuencia,

tanto entre quienes la observaron como entre quienes la vivieron. A su vez, en el ítem referido al maltrato verbal o físico se observa una notable similitud entre las respuestas de quienes lo observaron y quienes lo vivieron, lo que podría indicar que esta forma de violencia es más fácilmente reconocida como tal tanto cuando se padece como cuando se presencia, a diferencia de otras expresiones más sutiles. En ambos casos la respuesta predominante es "A veces", lo que da cuenta de su carácter recurrente y no excepcional entre las participantes.

Figura 2

Percepciones de las participantes del estudio sobre violencia de género en especialidades quirúrgicas



Nota. El instrumento fue respondido por 14 cirujanas. Las respuestas se midieron en una escala Likert de 5 puntos (1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). Para el ítem "menos oportunidades de ascender", un caso (Dra. 12) no proporcionó respuesta, por lo que n = 13. Elaboración propia.

Por su parte, la Figura 2 muestra que el mayor consenso se concentra en las barreras estructurales —como las desiguales oportunidades de ascenso—, mientras que algunos ítems presentan respuestas más heterogéneas. Ello no implica ausencia del fenómeno sino que, tal como se desprende de nuestros hallazgos, este adoptaría formas específicas entre las participantes de este estudio: según sus relatos, la preferencia de los pacientes por médicos hombres estaría condicionada por la edad del paciente y la especialidad quirúrgica; la desigualdad no operaría mediante la asignación de tareas menos visibles sino a través de una mayor exigencia hacia las mujeres; y si bien las insinuaciones sexuales a cambio de ascensos no fueron ampliamente reconocidas como una práctica habitual, los ascensos de las mujeres sí fueron frecuentemente atribuidos a favores sexuales. Estos matices se profundizan en los subapartados siguientes.

5.2.1 La presencia de la violencia de género psicológica en las trayectorias de las participantes

Todas las entrevistadas en algún tramo de su trayectoria sea educativa o laboral han sido testigos o experimentado violencia de género académica. La violencia académica comprende la violencia física, sexual, económica y profesional así como el control y abuso de autoridad e intimidación. De esta manera la violencia de género en la academia es definida como:

> patrones de abuso de poder que se manifiestan en las actividades fundamentales de la academia —docencia, investigación y difusión del conocimiento— y en el ejercicio de los roles profesionales del personal académico. Este fenómeno se sustenta en la aceptación o el silencio ante diversas formas de acoso y maltrato, en la falta de canales adecuados para atender denuncias y en la protección institucional de los agresores (Espinosa y Corradi, 2025, pp. 8-9).

Las expresiones de violencia de género psicológica y sexual son las más referidas en los relatos de las participantes sobre sus trayectorias. Nuestros hallazgos son concordantes con

otros estudios realizados en América Latina (Vilchez Cornejo et al., 2021; Santos et al., 2021). Las situaciones comienzan en el inicio de la trayectoria educativa y en algunos casos se detienen en el momento que las cirujanas identifican que tienen un lugar en el subcampo, es decir, al llegar a cargos en los que tienen mayor jerarquía. Las expresiones de violencia psicológica incluyen desde chistes o comentarios descalificatorios hasta expresiones de violencia más explícitas. En relación a circunstancias menos explícitas la Dra. 4 comenta:

> En nuestro ambiente hay gente que le entretiene hacer chistes o molestar deliberadamente. A ellos les resulta gracioso y, en realidad, te está molestando. Mi profesor lo hacía con los más chicos. A mí me hizo uno que siempre me acuerdo; una vez —yo digo que fue un "chiste"— estábamos viendo algo por Zoom y se puso hablar que las mujeres teníamos biológicamente una diferencia que nos hacía más sensibles y que por eso no éramos tan buenas cirujanas y que, entonces, éramos peores para responder a situaciones límites (Dra. 4).

Segato (2003) define este tipo de violencia como violencia moral:

> todo aquello que envuelve agresión emocional, aunque no sea ni consciente ni deliberada. Entran aquí la ridiculización, la coacción moral, la sospecha, la intimidación, la condenación de la sexualidad, la desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su valor moral (p. 115).

Esta modalidad de violencia puede ejercerse a través de los gestos, actitudes y miradas sin ninguna expresión verbal. Entre las formas de violencia moral ejercidas frecuentemente en América Latina se encuentran la descalificación intelectual y profesional (Segato, 2003).

La mayoría de las entrevistadas entienden que las expresiones de violencia psicológica más explícitas partían de docentes de alta jerarquía y de mayor edad. Entre las expresiones de violencia de género psicológica nos encontramos con la delegación a las profesionales de tareas pertenecientes al ámbito doméstico (trabajo no remunerado) en el ámbito laboral:

> Durante la residencia: "andá a lavar los platos" o la encargada de ir a buscar la comida. O sea, no le pedían a mi amigo, a mi compañero, "fulanito encargate de preparar más cosas, tareas del hogar", ¿no? Me la mandaban hacer a mí y no a mis compañeros. De

> esto no me olvido más: de uno de mis docentes que me dijo… nosotros entramos cuatro en esa generación. Digamos eran tres varones y yo, entonces me dice: “De la camada que entraron ahora vos sos la mejor, lástima que sos mujer” (Dra. 2).

El requerimiento de realizar tareas no remuneradas en el ámbito académico y laboral, según la clasificación de Espinosa y Corradi (2025), es violencia profesional, en el entendido de que las profesionales son descalificadas laboralmente; realizan tareas para las que están sobrecalificadas pero que además no tienen ningún tipo de reconocimiento y prestigio en el campo médico.

Asimismo, este tipo de situaciones pueden entenderse como micromachismos: comportamientos manipulativos considerados como “normales”[17] hacia las mujeres (Bonino, 2008). Muchos de estos comportamientos no son intencionales sino que se han tornado hábitos mientras hay otros que sí. En ambos casos estamos frente a comportamientos que los hombres han adquirido como parte de su aprendizaje de “hacerse hombres”. Dentro de estos comportamientos hay algunos que se encargan de sostener a aquellos que se entienden como maniobras puntuales; son estrategias de apariencia “natural” en las que las mujeres son sobrecargadas con la finalidad de que los hombres se mantengan en una posición de comodidad. En este caso identificamos un micromachismo utilitario que consiste en delegar a la mujer o apartarse de las tareas domésticas; surge del cumplimiento a uno de los ejes fundamentales de la masculinidad tradicional: la división sexual del trabajo, donde los hombres se hacen cargo únicamente de lo que se conoce como trabajo productivo (Bonino, 2008). Los micromachismos en cirugía también fueron observados en otras investigaciones (Alhammadi et al., 2024; Corley et al., 2020; Kawase et al., 2015; Sprow et al., 2021). En base a la teoría de Bourdieu, podemos decir que esta organización de la masculinidad modela y reproduce un habitus médico machista.

Las mujeres son asociadas a lo negativo, a los malos resultados en operaciones. De este modo, se vincula el hecho de que un paciente esté perdiendo mucha sangre en una operación con la menstruación:

> Esto que te voy a contar sí me parece fuerte, no me pasó a mí pero sí le pasó a otras colegas operando. Por ejemplo, en una cirugía donde hay mucha, mucha sangre, el comentario del cirujano hombre: “¿quién está menstruando?”, ese comentario (Dra. 5).

[17] Comillas del autor

La menstruación -más allá de ser un hecho biológico- ha sido entendida históricamente como una sustancia mágica, venenosa y peligrosa (Golub, 1992). Estas suposiciones partían del desconocimiento masculino sobre los procesos biológicos femeninos. En su intento por explicarlos, surgió el temor de que la sangre fuera dañina, una creencia que, según Robledo y Chrisler (2020), persiste en la actualidad. A su vez, en la cultura popular aún las mujeres premenstruales son asociadas al descontrol y la violencia reforzando la idea de peligro (Robledo y Chrisler, 2020). La Dra. 1 menciona cómo un colega relaciona el hecho de que sea confrontativa ante las situaciones de violencia de género con que esté pasando por el período premenstrual:

> Y el director con el que me peleé una vez, delante de todo un grupo de mujeres en el Día Internacional de la Mujer, me dijo: "¿qué?, ¿estás ovárica?". Le dije: "Qué comentario adecuado en el Día Internacional de la Mujer, qué machista, qué violencia de género" (Dra. 1).

La menstruación asociada a lo peligroso y a lo indeseable como característica femenina las ubica en posición de inferioridad y las inhabilita para el ejercicio de la cirugía. La cultura popular y los medios de comunicación han reforzado la idea de que las mujeres cursando la etapa premenstrual son potencialmente agresivas. La asociación estereotipada entre el síndrome premenstrual, la violencia y el descontrol se vincula además con la patologización de la salud mental de las mujeres (Chrisler, 2002; Sommer et al., 2024), reforzando la idea de que si son confrontativas ante las situaciones de violencia es porque se encuentran con el síndrome premenstrual y por tanto están alteradas emocionalmente.

Las cirujanas también identificaron situaciones donde sus aportes o comentarios fueron menospreciados. Los superiores les negaron realizar intervenciones o fueron desplazadas de puestos laborales que ocupaban. En una situación una de las entrevistadas decidió confrontar a su superior por estos hechos. La confrontación desató una discusión de la que surgieron provocaciones, gritos y amenazas.

> Todo lo difícil de ser residente para llegar ahí y que te dijera: "¿qué te creés? No vas a operar, no te vas a lavar, se va a lavar fulano", que era docente y también le seguía la corriente porque le servía, hacía números; y a nosotras nos dejaban en esa situación de esclavas ¿no? Yo me voy a lavar y me dijo: "Perfecto, te vas a lavar". Fue como muy violenta la cirugía; me fue buscando para que me enojara y me fuera. Yo operé hasta el final y no me moví, me mordí, no me fui, no lloré, que mis compañeras varias veces se

habían puesto a llorar, se habían ido. Él me tomaba del pelo y me hacía sentir incómoda y yo seria seguía operando. Quería sacarme: “la residente no está feliz ¿por qué no se ríe?”, esa burla constante y yo siempre seria hasta que en un momento me dijo: “Que te calles, pendeja de mierda, porque vas a ver arriba” (Dra. 14).

La expresión “vas a ver arriba” hacía referencia a cirujanos de mayor jerarquía. No olvidemos que los docentes que comparten cargos de mayor jerarquía en el ámbito del ejercicio profesional son fundamentales en el acceso a puestos laborales.

5.2.2 Violencia sexual en el campo médico: el caso particular de la cirugía

Junto a la violencia psicológica, la violencia sexual fue la expresión de violencia de género más advertida por las entrevistadas a lo largo de sus trayectorias. La existencia del acoso sexual en el subcampo médico-quirúrgico ha sido observada en múltiples estudios (Becerra et al., 2023; Domínguez-Torres et al., 2024; Giglio et al., 2022; Huatuco et al., 2022; Iroegbu-Emeruem et al., 2023; Liang et al., 2019; Real et al., 2025; Robinson et al., 2020; Silva Vera y Jiménez González, 2021; Skan et al., 2025; SMU, 2020a; Stone et al., 2019; Vargas y Bedoya Vaca, 2021). Esta especificidad de cirugía frente a otras especialidades médicas ya había sido señalada en estudios previos: Villanueva (2019) encontró que cirugía y traumatología fueron las especialidades más referidas por las entrevistadas al indagar sobre situaciones de acoso sexual en hospitales escuela, mientras que Hernández y Alvear (2020) señalan que las mujeres suelen sufrir mayores agresiones y acoso en ciertas especialidades como cirugía. Las entrevistadas identifican el establecimiento de relaciones sexo-afectivas entre alumnas y docentes como algo frecuente:

> Que pasaban cosas, yo qué sé, historias de que algún profesor había estado con alguna estudiante, pero ufff… cosas que pasan siempre… Que docentes estén con estudiantes, sí, y en esa cátedra pasa; pasaba sí, un montón. No sé, debe seguir pasando (Dra. 4).

El acoso sexual como expresión de la violencia sexual en el ámbito educativo y laboral se da a partir de un uso abusivo de poder que coloca a la persona en estado de riesgo, independientemente de que se manifieste en más de un evento (Galeotti, 2018).

Galeotti (2018) se encarga de explicitar una serie de comportamientos que son considerados prácticas de acoso sexual:

> tocamientos inadecuados, palmaditas, pellizcos o roces en el cuerpo. Insinuaciones molestas, comentarios obscenos, proposiciones o presión para la actividad sexual, insistencia de tener encuentros fuera del lugar laboral. Exhibición de fotos o videos sexualmente sugestivos o pornográficos, silbidos, gestos y miradas que generan pensamientos de connotación sexual. Conductas de carácter sexual que denigran o intimidan como ser comentarios, alusiones o insultos que generan un ambiente hostil y degradante para la persona afectada (p. 61).

Las participantes del estudio identificaron diversas situaciones de acoso sexual, desde comentarios sutiles, insinuaciones, tocamientos inadecuados hasta propuestas más explícitas como proposiciones o insistencia en tener actividad sexual. En todos los casos observados o vivenciados por las cirujanas los agresores fueron hombres, docentes y compañeros de trabajo.

Las situaciones de acoso sexual son diversas en su expresión e intensidad por lo que aquellas que son más sutiles pueden pasar desapercibidas (Galeotti, 2018). No obstante, una de las entrevistadas logró identificar una situación de acoso sexual donde el docente utilizó como estrategia el lenguaje “cortés”[18] que supone, entre otras acciones, el ofrecimiento de clases extras, gestos sugestivos, piropos (Briseño Maas y Juárez López, 2019). En este caso, la cortesía implicaba el ofrecimiento de una taza de café en las noches:

> Yo estaba de campera y de guantes de lana porque el frío que hacía, y él venía y te golpeaba y te decía: “venga, venga a mi escritorio, en mi escritorio”. Pero no era que te buscaba, eh… “le traigo un café”. No, te buscaba al escritorio de él y te decía:
>
> _ Tengo algo de bebida espirituosa para agregarle si usted quiere
>
> _ No, no muchas gracias ya tomé café (Dra. 15 y docente).

El acoso no sólo comprende prácticas evidentes u obscenas; hay prácticas corporales muy sutiles que también se comprenden como acoso; son prácticas que generalmente se entienden como inofensivas, naturales o halagadoras, prácticas que dan cuenta de un significado que sólo percibe quien emite la práctica y quien recibe la acción. A su vez generan intimidación, hostilidad y degradación (Fontela y Rostagnol, 2018). Es por ello que Frías (2013) hace referencia a la dimensión subjetiva del problema y la dificultad que puede surgir a partir de la naturalización de algunas violencias. La autora entiende que el acoso sexual es parte de lo

[18] Comillas de los autores

que Bourdieu (2000b) denomina como violencia simbólica. De este modo, a mayor adherencia a los roles tradicionales de género es menos factible que las mujeres logren identificar el acoso sexual y sus consecuencias (Quinn, 2002, citado por Frías, 2013).

Al momento no existe una definición unívoca de acoso sexual; sí se pueden categorizar aquellas definiciones conductuales, que enumeran los hechos considerados como acoso, y aquellas subjetivas, que se vinculan con la percepción que tiene la persona que experimenta el fenómeno (Frías, 2013). En lo que respecta a las definiciones comportamentales dentro de la categoría acoso sexual se podrían identificar dos tipos de comportamientos: el acoso de género, que se sustenta en el sexo/género de la persona y la violencia sexual. El acoso de género implica la utilización por parte de los hombres del poder que se les ha otorgado socialmente para excluir a las mujeres de diferentes ambientes de trabajo que generalmente se han considerado masculinos. En el acoso de género se utilizan "comentarios sexuales, muestras de pornografía o incurren en conductas sexuales para mostrar a las mujeres que ese es un ámbito de trabajo que no les corresponde" (Frías, 2013, pp. 78-79). Se utiliza el control y la intimidación sexual como medio para recuperar el control sobre un ambiente. La experiencia que comenta la Dra. 13 da cuenta de la existencia de estas situaciones en el subcampo médico-quirúrgico:

> Antes eran todos hombres y había una o dos mujeres; y si hacías cirugía eras como la machirula y te tenías que acostumbrar a trabajar en ese ambiente con los hombres. Y ellos todo el tiempo hablando de culo, teta, coger. Ellos en ese mundo y vos tenías que acostumbrarte y amoldarte a trabajar así (Dra. 13).

La violencia sexual supone utilizar el poder para tener sexo, generalmente este poder es asociado a una posición jerárquica de quien detenta el poder (Frías, 2013). En este sentido el acoso sexual de género es una forma de control sobre las mujeres en el ámbito laboral (Wise y Stanley, 1987). La Dra. 11 recuerda una situación vivenciada en su etapa formativa que derivó en una situación de acoso:

> Yo no quería saber más nada y él después realmente me acosó bastante, hasta me amenazó. Me acuerdo en aquel momento después él me pidió disculpas, reconoció que se había desubicado. Pero bueno, esas andanzas eran muy comunes entre los cirujanos: de andar con estudiantes, de cagar a las parejas. Me acuerdo que actuó re violento en su momento; cuando él me amenazó me dio miedo porque yo estaba,

> obviamente, en clara inferioridad de condición con respecto a él: él era mi docente y yo tenía miedo de que me perjudicara (Dra. 11).

Tanto en el acoso de género como en la violencia sexual lo que se busca es reafirmar la dominación masculina (Bourdieu, 2000b) ya que estas prácticas se sostienen en desigualdades genéricas de poder. No obstante, Frías (2013) remarca que la diferenciación entre ambos tipos de comportamientos es difusa ya que los hombres pueden utilizar la violencia sexual como medio para excluir a las mujeres y provocar un ambiente de trabajo hostil. Generalmente las definiciones son lo suficientemente abarcativas como para englobar ambos comportamientos. Los comentarios sobre el cuerpo de las mujeres fueron frecuentes tanto por parte de superiores como por compañeros de trabajo:

> Comentarios de tipo sexual todo el tiempo; yo estoy más que acostumbrada. Bobadas, pero todo el tiempo; siempre te están insinuando bobadas, diciéndote cosas, todo el tiempo: “Qué fuerte que estás, qué buena que estás o qué culo que tenías cuando eras joven, que te conozco desde hace 20 años”. Eso o “nunca me diste bola”, todo el tiempo; entonces ya estoy acostumbrada (Dra. 11).

La mayoría de las entrevistadas mencionaron que vivenciaron o fueron testigos de tocamientos o acciones inadecuadas por parte de compañeros y superiores:

> Como que son esas situaciones límites que uno también hasta dónde te freno, pero ya sabés de quién viene. Y después conversás con otras compañeras y sí: “bueno porque a mí me sacaba fotos del escote”, esas cosas de desubicado. De estoy acostada en un sillón y viene y se te tira arriba; a mí no me pasó. Repiten estos patrones y tampoco nunca pasa nada (Dra. 12).

Mayormente las cirujanas entrevistadas atravesaron situaciones de acoso sexual que se expresaron en comentarios e insinuaciones molestas. Las experiencias que implican insistencia en mantener encuentros fuera del horario laboral, ingresar al lugar donde pernoctaban las profesionales o encerrarlas en espacios físicos fueron relatadas en menor medida. No obstante, las entrevistadas sí escucharon con frecuencia historias de otras compañeras, principalmente de aquellas más añosas que fueron más explícitas:

> Mis compañeras más grandes vivieron cosas capaz más explícitas, ¿me entendés? Como alguna te puede contar que alguno la manoseó. Eso a mí nunca me pasó ni a ninguna compañera; o que alguna se la llevara en el auto y se la quisiera llevar al telo.

> Ponele, tu jefe te lleva en el auto a tu casa o salen para hacer un mandado y en vez de llevarte a tu casa va para el telo (Dra. 4).

A pesar de ello, una de las entrevistadas menciona una situación donde el agresor llega a encerrarla:

> Me pasó que un compañero con un cargo más alto me invitaba a salir, me invitaba a salir, “no quiero, no quiero, no quiero”, psiquiátrico ¿no? Me persiguió en el auto una vez. Esa persona me perseguía: “si no salís conmigo no vas a trabajar en tal lugar; o no vas hacer tal cosa”. Una vez me encerró en un consultorio y no me dejaba salir (silencio). Fue horrible (Dra. 13).

Al igual que en hallazgos realizados en otras investigaciones mayormente las situaciones de acoso sexual se dieron por parte de docentes o compañeros superiores en la jerarquía (Domínguez-Torres et al., 2024; Surroca, 2024). En menor medida surgieron situaciones donde el agresor era un compañero de otro sector y de menor jerarquía.

> Había un compañero que era camillero, que siempre lo saludábamos… o sea, yo siempre saludé a todo el mundo, ¿no? Un día él, por algo puntual, me pidió mi teléfono y yo se lo di porque si no se lo daba yo, iba a fijarse donde estaba anotado en el block y, o sea, tenía acceso de todas formas, ¿no? Nunca pensé que iba a saltar con otro fin más que tener mi contacto por cualquier motivo profesional. Me agregó a las redes, me empezó a mandar mensajes; al principio eran como bien en tono de amistad pero después ya eran como con otra carga, ¿no? Entonces agarré y lo eliminé de mis redes, pero me seguía insistiendo. Lo bloqueé, me seguía insistiendo, lo bloqueé y dos por tres me aparece otro usuario tratando de comunicarse con otro nombre. Nunca pasó a mayores ni nada. Sé que esa misma persona, después me contaron que tuvo una situación con otra médica o nurse que sufrió una situación de acoso (Dra. 10).

Con el surgimiento de nuevas tecnologías el acoso sexual también se expresó a través de redes sociales. Según López (2018) el acoso sexual en entornos digitales se produce en personas que ya se conocen porque comparten sea el espacio educativo o laboral. El acoso se puede dar como la continuación de situaciones que ocurren en el espacio que comparten o exclusivamente de manera digital. A través del entorno digital la víctima puede ser acosada en cualquier horario y espacio. Este tipo de acoso es cada vez más frecuente pero para que sea

considerado laboral o educativo, las personas involucradas deben estar relacionadas por su lugar de trabajo o tener una relación de alumno/a- docente (López, 2018).

Todas las entrevistadas mencionaron que aquellas mujeres que logran acceder a puestos de mayor jerarquía son deslegitimadas. Se atribuyen sus ascensos a mantener relaciones sexo- afectivas con los docentes o superiores con los que trabajaban. Las entrevistadas no conocían situaciones de acoso sexual donde se les había propuesto mantener relaciones sexuales a cambio de un ascenso laboral. No obstante, observaron y vivenciaron la deslegitimación en el caso de las profesionales que ocupan puestos de mayor jerarquía.

El "síndrome del clítoris enganchado", como lo nombraron ellas, supone que la mujer escala hacia otros puestos laborales a través de su clítoris como si fuera un gancho, es decir, a través de favores sexuales. La atribución de esta estrategia por parte de compañeros/as de trabajo fue reconocida por las entrevistadas como parte de la violencia que vivencian en su cotidianidad. Los comentarios provienen tanto de colegas hombres como de mujeres que ocupan puestos de menor jerarquía:

> Entonces el G3 del servicio me llamaba, yo iba con él a la policlínica y lo ayudaba a operar; y unas cirujanas, más grandes que yo, por supuesto, se les había ocurrido que yo era la amante de ese Dr. Entonces era como que yo vine a mover el culo, como me dijeron una vez (Dra. 15).

El habitus médico se vuelve a reproducir ubicando a las mujeres como objetos sexuales que no tienen capacidad y no son competencia para los hombres. Atribuir los ascensos de las mujeres en cirugía a favores sexuales es una forma de acoso sexual, entendido como un "comportamiento no recíproco… que tiene por objeto imponer el rol sexual de la mujer por encima de sus funciones como trabajador" (Farley, 1978, p. 14).

5.2.3 La persistencia del techo de cristal en cirugía: la percepción de las participantes

A partir de las entrevistas realizadas identificamos que las transiciones en el campo médico han posibilitado que cada vez más mujeres cursen la especialización en cirugía. Según sus relatos, actualmente hay más mujeres que hombres realizando la residencia. Sin embargo, entendemos que coexiste la disminución de la segregación horizontal con la persistencia de la segregación vertical. La mayoría de las participantes del estudio afirmaron la existencia de barreras para avanzar en sus carreras profesionales:

> En todo, lo veía mucho más antes; hoy en día hay muchísimas más mujeres, muchísimas mujeres. En el servicio donde estoy yo las residentes son todas mujeres, eso antes era como impensable... Entonces hay olor a perfume todo el día, estamos todo el día hablando de pelo, maquillaje y ropa, y hay menos cantidad de hombres. A los que están más arriba no les gusta que estemos tantas mujeres porque te dicen “Ay, tengo esto lleno de mujeres” (Dra. 13).

El techo de cristal en cirugía se acentúa en el ascenso de G2 a G3 en el ámbito asistencial y en el ámbito académico en el acceso a puestos como el G4 y G5. Las profesionales identifican que los G4 y G5, cargos docentes con mayor poder y prestigio dentro del campo médico-quirúrgico, son ocupados por hombres; lo mismo sucede con el G3 asistencial. Concordamos con Surroca (2024) en que la violencia de género en sus diferentes expresiones constituye un obstáculo en el avance de las trayectorias de las mujeres y se encarga de mantenerlas en puestos de menor jerarquía. Más allá de los efectos individuales, la violencia de género académica tiene un impacto social, pues limita la participación y el desarrollo de las mujeres en espacios clave para el ejercicio académico y profesional, al obstaculizar su acceso a recursos, oportunidades y redes. Además, este fenómeno perpetúa la desigualdad de género que priva a las instituciones y a la sociedad en general de las contribuciones de las mujeres a la generación de conocimiento y al avance de las ciencias y las humanidades (Espinosa y Corradi, 2025).

> El piso problemático es cuando empezás con las competencias más con el género, de escala, vos notás que, por ejemplo, hasta el grado 2 no hay mucha diferencia; el grado 3 ya empieza a tambalear, después sí. Después ya empezás en el grado 3, 4 y 5 (Dra. 5).

Según las participantes del estudio el techo de cristal en cirugía se mantiene ya que los puestos de mayor jerarquía son ocupados por hombres que favorecen a otros hombres a la hora de los ascensos.

Los cirujanos que detentan los puestos de mayor poder buscan mantener su estatus. En este sentido, el ascenso de las mujeres a puestos de mayor jerarquía provocaría un cambio en las estructuras del subcampo que amenazaría con desplazar a los hombres de las posiciones de poder. Las cirujanas perciben que existe una preferencia por sus pares hombres por parte de los superiores a la hora de los ascensos:

> Generalmente son veteranos porque cabezas de servicios jóvenes no hay;son de 50 para arriba. Recién ahora hay un cambio generacional. Van abuscar a los que son afines a ellos y a los que son compañeros de ellos. Entonces empezás a mirar para abajo y son todos varones. La última G5, fue todo un logro en su generación que llegara a G5, era como “la mujer cirujana”,y se jubiló hace como cinco o seis años ya; y después de ella no hubieron G5 que ingresaran. No hay G4, G3 hay alguna ahora (Dra. 9).

Según las participantes del estudio, los superiores son más permisivos y menos exigentes con sus colegas hombres:

> Mi profesor tenía un favorito y ese favorito, que era más grande que yo, lo llevaba a trabajar en todos lados, le dio trabajo en todos lados, le permitía cosas que a otros no. Si falta no pasa nada, si no viene: “Ah porque fulano está trabajando en tal lado”; y a los otros palo, palo, palo. Eso generaba un mal ambiente, era una persona machista. Vos veías que tenía más confianza en los hombres: a su favorito lo había entrado de grado 3 (Dra. 4).

Las entrevistadas indicaron que en los congresos las ponencias presentadas por cirujanas son ubicadas en lugares menos relevantes. En la misma línea que este estudio, otras investigaciones confirman que las exigencias en el campo médico son mayores para las mujeres (Bernardi et al., 2020; Vargas y Bedoya Vaca, 2021). Ello contribuye a una sobrecarga laboral en las mujeres, quienes entienden que para tener un lugar en el subcampo médico-quirúrgico o lograr un ascenso deben esforzarse y demostrar más en su accionar profesional para ser reconocidas por superiores y compañeros de trabajo

> Lo hablás con las residentes más grandes o las grado: la mujer en cirugía, para que todos tus compañeros te vean, hacés el doble o estudiás el doble o intentás presentar el doble o que tu presentación sea mejor. Sentís eso; que para que ellos te valoren como igual tenés que demostrar el doble porque, a veces, yo hice la misma cirugía, quedó igual que la de él y a él fuiste y le dijiste: “Eh amigo, colega te quedó genial, te quedó imponente” y a vos: “Bien”. O sea, te dicen que te quedó bien (Dra. 7).

Asimismo, las participantes del estudio indicaron que existen sesgos de género en las evaluaciones de los concursos para acceder a puestos laborales, hallazgos que también se identificaron en otras investigaciones (Bernardi et al., 2020; González et al., 2018; Pagotto et al.,

2020). Las entrevistadas mencionaron que existieron concursos donde contaban con los méritos suficientes para acceder al G3 pero no fueron seleccionadas:

> Con este profesor yo me presenté a G3, le gané en todos los ítems al otro compañero que era hombre; en todos, no fue en uno.Cuando veo: “Dra. ganadora”, veo todos los ítems, le digo a la funcionaria:
>
> _ Entré
>
> _ Ay Dra. dé vuelta la última página
>
> “Dado que en el ítem número 4 usted obtuvo 39.9 y no 40 puntos deseados, se decide declarar el cargo desierto”. O sea, ¿qué hizo después? Hubo un llamado a interino sin publicación; recién se estaba empezando a hacer publicaciones de los llamados en la web. Entonces uno no tenía mucho acceso y le llegaban al profesor, y si el profesor no los publicaba en la cartelera, no los veías. Yo me enteré cuando felicitan a mi contrincante porque lo habían nombrado interino, así nomás (Dra. 15 y funcionaria).

A ello se añade que la maternidad y el cuidado de los hijos/as son vistos por los agentes del subcampo como una dificultad para ascender laboralmente ya que las mujeres no cuentan con la disponibilidad horaria suficiente para continuar formándose o participando de la vida académica. Nuestros hallazgos son coincidentes con otros estudios que analizan la relación entre el ejercicio de la maternidad y la cirugía (Lawlor et al., 2021; Surroca, 2024). El hecho de que la maternidad sea vista como un obstáculo en el campo médico es una expresión de violencia simbólica que decanta en otras expresiones de violencia e influye en elecciones personales y laborales de las profesionales. Las percepciones, apreciaciones y experiencias sobre la relación entre trabajo remunerado y no remunerado se indagarán en un apartado específico.

5.2.4 Estrategias de afrontamiento ante las situaciones de violencia de género experimentadas por las cirujanas

A partir de las entrevistas efectuadas podemos decir que las estrategias de afrontamiento utilizadas ante las situaciones de violencia de género pueden ser clasificadas en dos tipos: a) individuales y b) colectivas.

5.2.4.1 Estrategias de afrontamiento individuales

Las estrategias de afrontamiento individuales que utilizaron las cirujanas son la confrontación, el silenciamiento, la minimización, la atención selectiva, la evitación, el distanciamiento, recurrir a jefes, intercambio con colegas y amigos/as, el chiste y la negociación. Teniendo en cuenta la clasificación realizada por Lazarus y Folkman (1986) podemos ordenarlas en aquellas estrategias dirigidas a la emoción y aquellas dirigidas al problema. Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción que identificamos son la minimización, la atención selectiva, la evitación, el distanciamiento, el intercambio con colegas y amigos/as y el chiste, estrategias que surgen generalmente en situaciones donde los sujetos identifican que no es posible modificar las condiciones del entorno y se focalizan en lo que les provoca la situación (Lazarus y Folkman, 1986).

En cuanto a los afrontamientos dirigidos al problema, estos se han basado en la confrontación, el recurrir a superiores y la negociación. Dichas estrategias emergen cuando las condiciones de la situación evaluada son susceptibles de cambio; además, no solo apuntan a la resolución del conflicto, sino que también incluyen estrategias dirigidas al interior del sujeto. Es decir que dentro de las estrategias que apuntan a la resolución del problema se encuentran las que buscan modificar factores ambientales y las encargadas de cambios cognitivos o motivacionales “como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos” (Kahn et al., 1964, citado por Lazarus y Folkman, 1986, párr. 4994). A su vez, los autores remarcan que en una misma situación se pueden aplicar ambos tipos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

Respecto a la confrontación las entrevistadas mencionaron que tienden a responder de forma agresiva e identifican dificultades para hacerlo de manera asertiva. Este modo de reaccionar las ubica como “locas” dentro del subcampo médico-quirúrgico, lo que repercute a nivel de oportunidades laborales:

> Y que han generado conflictos y peleas y no se los penaliza como a una mujer. Si un varón manda a la mierda a alguien, le tira una pinza por la cabeza a un instrumentista, se pelea con el médico de guardia queda más como: “bueno el cirujano que es bruto”. Y para las mujeres termina repercutiendo más, porque sos la loca y esa etiqueta creo que te termina penalizando más después: te genera consecuencias en tus relacionamientos posteriores y después, capaz, en lo que te den de oportunidades (Dra. 4).

Tal como se ha observado en otras investigaciones el silenciamiento es una estrategia de afrontamiento frecuente ante las situaciones de violencia de género vivenciadas en el campo médico (Freedman-Weiss et al., 2020; Nayyar et al., 2019; Nukala et al., 2020; Silva Vera y Jiménez González, 2021; Vargas y Bedoya Vaca, 2021). El silenciamiento surge como recurso cuando el agresor es alguien superior en la jerarquía. Las entrevistadas indicaron que la utilización de la estrategia se vincula con el miedo a repercusiones a nivel laboral. Cuando las situaciones de violencia se dan por parte de jefes o docentes las cirujanas prefieren no responder por miedo a ser despedidas, no lograr terminar la especialización o no acceder a nuevos puestos laborales. En relación a situaciones de violencia una de las entrevistadas comenta:

> Todo el mundo sabe, pero… hay gente que le importará más, otros menos, pero en sí... Tampoco quién va a ir a denunciar esto públicamente si somos pocos, nos conocemos todos y trabajamos en conjunto con las personas que llaman. Es difícil (Dra. 6).

El silenciamiento se da por parte de quien vive la situación pero también de compañeros/as cuando se encuentran presentes. La Dra. 14 menciona que cuando vivió una situación de violencia de género solamente una compañera la defendió:

> Y me tuve que callar no por miedo… o sea, un poco de miedo tenía, pero más por respeto a la situación de la paciente que estaba abierta. Y lo más feo fue que la única persona que saltó, que era mi compañera de residencia, que decía “Dr. por favor”; él estaba tan decidido que no paraba de gritar, gritar en el block. Y me acuerdo que los anestesistas hombres nadie decía nada, o sea, todos los anestesistas salieron de la sala, la instrumentista bajó la cabeza, la segunda ayudante que era mi docente, del día a día y era mi amiga; que después me llamó llorando de noche: “Perdón Dra. 14, no te defendí” (Dra. 14).

Junto al silenciamiento surge la culpa y la responsabilización por las situaciones vividas debido a que no lograron actuar de la manera que les hubiese gustado. Ante una situación de acoso sexual la Dra. 13 menciona:

> Pero me perseguía en el auto, una vez durmió en la puerta de mi casa… Me dio pila de miedo eso, pila, pila, pila de miedo esa persecución… (silencio). Lo tenía que haber denunciado, lo tengo más que claro. Lo pienso y digo: “Qué mongólica que fui, qué estúpida” pero me dio miedo (Dra. 13).

Asimismo, el silenciamiento estuvo condicionado por el contexto. En algunos casos realizar denuncias sobre las situaciones vividas era percibido como impensable. La creencia de que las voluntades en relación a lo sexual son parejas le quita responsabilidad al agresor y responsabiliza a la mujer como incitadora de la situación (Hercovich, 1992), lo cual genera que muchas mujeres se aíslen y silencien lo sucedido. Ante la consulta por la posibilidad de denunciar una situación de acoso sexual vivenciada la Dra. 11 contesta:

> No, no, ni se me ocurría. En aquel momento era algo implanteable por eso te digo que las cosas cambiaron mucho. Hoy no sé si pasa; y si pasa, seguro lo denuncian porque, además, se generaron los mecanismos para que vos puedas ir, hacer la denuncia, se escuchan esas voces de denuncia y se hace algo. En esa situación, en aquel momento no existía nada de esto, no se veía; se iba a ver como que: “Bueno mija, te metiste con el profesor jodete, no sé, aguantá” (Dra. 11).

Las entrevistadas también buscaron compartir estas situaciones con personas con las que mantenían lazos de confianza como estrategia de afrontamiento. Generalmente el intercambio con un/a colega o amigo/a tenía la finalidad de poder regular las emociones que había provocado la situación y no un fin resolutivo.

> Me parece que está buenísimo y no lo hablamos tanto así explícitamente y… ta bueno.
>
> _ ¿Entre ustedes tampoco?
>
> _ Mmm, yo con una de mis amigas que es cirujana, sí, mucho.
>
> _ Pero… ¿en espacios así donde puedan este…?
>
> _ No, tanto no. Así más en confianza (Dra. 4 y entrevistadora).

Actualmente, las entrevistadas con mayor trayectoria laboral cumplen también un rol de sostén y acompañamiento a las cirujanas que recién ingresan a la especialización:

> El sábado me entrega la guardia una chiquilina que, como vamos rotando, la tuve el mes anterior. No sabés lo que fue apuntalar a una mujer que se siente exactamente igual que yo, que la sacan igual que a mí. Y aguantarle y decirle: “Vas a poder, podés, podés vas a poder”, e interferir en todo con ardides (Dra. 1).

La minimización fue otra de las estrategias empleadas por las cirujanas y sus compañeras como forma de continuar con sus trabajos en la cotidianeidad. Al consultarle a una de las entrevistadas por su reacción ante comentarios obscenos sobre su cuerpo menciona:

> ¿Yo? me cago de la risa: “No seas tan pelotudo, no sean pelotudos, déjense de joder”, ya está. Aprendí a vivir en este mundo. Y seguramente ligué con un caparazón, un turbante así; o sea, nada. Este tipo de cosas, por lo menos no, ya ni me llegan. Toda la vida, siempre fue así (Dra. 11).

El chiste también surge como estrategia de afrontamiento en tanto minimiza algunas situaciones pero también habilita a realizar comentarios que de otro modo derivarían en una confrontación. La Dra. 3 menciona cómo ante el desplazamiento de su rol de cirujana a tareas administrativas realiza un chiste:

> Cambió las tareas y mi rol era prácticamente administrativo: registrar los pacientes del ateneo, que me acuerdo que hice el chiste: “Ah voy caer pintadita para llevar las cosas administrativas, que es el rol que quiere el señor”. Los que estaban cuando dije ese chiste todos se ríen; no hay nadie que en el mano a mano no te diga que tenés razón (Dra. 3).

Cuando las situaciones de violencia implicaron a cirujanos de la misma jerarquía o con los que no tenían un vínculo de dependencia las entrevistadas recurrieron a sus jefes. Cabe aclarar que ninguno de estos casos implicó violencia sexual. En aquellos casos donde los jefes tuvieron conocimiento de la situación mayormente intervinieron a favor de las entrevistadas:

> Yo tuve una sola situación en la residencia con un cirujano que lo suspendieron porque no estuvo de acuerdo con una conducta que tomé. Me dijo varios comentarios que incluso lo tenía grabado y le mostré a mi jefe la grabación del audio, y lo suspendió un mes y medio. Comentarios como: “Sos una burra, no podés tomar estas decisiones”. Incluso me dijo que no tendría que haber salido de la cocina, pero fue una cosa puntual que hasta ahora me acuerdo. Hablé con mi jefe y mi jefe tomó la decisión de suspenderlo un mes y medio (Dra. 9).

La mayoría de las participantes del estudio desconocían los mecanismos institucionales con los que cuentan la Facultad de Medicina de la Udelar y el Sindicato Médico del Uruguay ante situaciones de violencia de género. En aquellos casos donde se conocían algunos de sus

mecanismos, las entrevistadas manifestaron un descreimiento sobre la efectividad de los mismos. Esto se debe a que en los casos donde se recurrió a ellos hubo falta de respuestas efectivas. Nuestros hallazgos confirman las observaciones realizadas en estudios que focalizan sus análisis en el acoso sexual en el campo médico (Becerra et al., 2023; Zeidan et al., 2022). Las entrevistadas manifestaron que los mecanismos institucionales deben ser modificados para que puedan funcionar de forma efectiva. La Dra. 3 hace alusión a una situación donde el denunciado es respaldado por colegas y por cuestiones administrativas no se llega a una resolución:

> Como forma de presión, él había dicho que si lo observaban se iba. Los profesores escriben una carta: que la institución funciona muy bien, por lo tanto, todo el resto no importa. ¿Qué estudiante va hacer algo después de esto? Preciosos los mecanismos de la facultad pero, ¿quién va hacer algo? Porque es un problema personal, te va a empañar, el estigma de… esto que funciona precioso. Hay algo ahí que no funciona: una persona puede hacer cosas muy bien y puede hacer cosas muy mal a la vez, al mismo tiempo. No puede ser dilucidado por los mecanismos, y las estructuras de poder van a optar blindar al de mayor rango porque supuestamente, hay un bien mayor. Yo no creo que la Universidad ni la Facultad esté capacitada para resolver esos problemas. No puede, porque en frente a la extorsión opta por dejarlo. ¿A vos te parece que un estudiante va a denunciar algo después de esto? Está difícil (Dra. 3).

El temor a ser identificadas es uno de los motivos por los que no denuncian. Más allá de que la institución proteja el anonimato, al ser un subcampo pequeño donde todos se conocen, es fácil deducir quién realizó la denuncia. En referencia al formulario de denuncia de la Facultad de Medicina, una de las entrevistadas indica:

> Te preguntaba qué escalafón tenías: si yo era G2 y estaba haciendo una queja sobre mi G5, dos más dos … todo el mundo iba a saberlo porque, en el momento que al G5 lo llamaran y le dijeran: “Mirá tenés una denuncia”, él iba a conseguir saber cómo fue, quién fue o, más o menos, de dónde vino (Dra. 4).

Según las cirujanas, ser identificadas supone la posibilidad de que se tomen represalias. El hecho de que los accesos a puestos laborales dependan de los superiores implica que las mujeres prefieran no hacer la denuncia por temor a ser despedidas o no lograr recibirse:

> No hice la denuncia, lo pensé. Por eso te digo fui a hablar con mi padre, me acuerdo, y mi padre muy sensato me dijo: “Lo voy a matar”. Y le dije: “No, no era el objetivo, era que me digas ¿qué hago?”. Porque lo que me pasó, o sea, ¿cómo lo manejo? Si yo hago la denuncia, yo no me recibo más, pero no porque a nivel institucional, es porque indirectamente también era mi jefe en sala… porque mi objetivo era recibirme (Dra. 14).

El miedo a represalias o consecuencias negativas para la trayectoria ha sido identificado como uno de los motivos para no denunciar las situaciones de violencia de género en múltiples estudios (Balch Samora et al., 2020; Chen et al., 2021; Gianakos et al., 2022; Mujeres Medicina, 2020; Nayyar et al., 2019; Skan et al., 2025; Stone et al., 2019). A ello se suma el estigma que queda asociado a las personas que realizan denuncias, quienes suelen ser vistas como conflictivas por sus compañeros/as. La Dra. 8 comenta este hecho:

> Cuando te dicen: “Ay, si hacés la denuncia después siempre vas a quedar marcada”, entonces, por ejemplo, no hice la denuncia pero bueno, no quedé marcada… yo qué sé. Veo como que la gente no tiene… o no hay muchas herramientas de cómo resolver las situaciones (Dra. 8).

Podríamos pensar con Bourdieu (2000a) que la persona deja de reproducir el habitus médico, deja de actuar en relación a las características que le asignó el campo médico y por tanto es estigmatizada. Goffman (2006) plantea que nos vinculamos con las demás personas ubicándolas en categorías que nos permiten identificar el status social en que se encuentran. De este modo, demandamos que una persona con determinadas características se ubique en una determinada categoría (identidad social virtual). Los atributos y categoría a la que efectivamente pertenece la persona se denominan identidad social real. Cuando una persona tiene un atributo que la hace diferente a las personas de su categoría, se convierte en alguien menos aceptable, dejamos de verla como una persona total y la reducimos a una persona despreciable. Ese atributo es un estigma que convierte a la persona en alguien con un descrédito amplio. Se produce un desfasaje entre la identidad social virtual (lo que esperamos de una persona con esos atributos) y la identidad social real (lo que realmente es). Únicamente en dos situaciones donde la violencia de género estaba vinculada al ejercicio de la licencia por maternidad, las cirujanas realizaron la denuncia a nivel judicial.

A la luz de los planteamientos de Farrington (1986), podemos decir que las capacidades de respuesta de las entrevistadas se ven constreñidas por las condiciones estructurales del campo médico. Factores como el temor a represalias por parte de superiores o el agotamiento

emocional derivado de las situaciones de violencia provocan que las estrategias de afrontamiento individuales (Lazarus y Folkman, 1986) resulten, en última instancia, ineficaces para transformar la lógica de dominación subyacente.

5.2.4.2 Estrategias de afrontamiento colectivas

Entendemos la creación del Capítulo Cirujanas Uruguayas como una estrategia de afrontamiento colectiva. La agrupación ha realizado diferentes actividades con la finalidad de visibilizar la violencia de género hacia las mujeres y ha publicado artículos relacionados a los puestos jerárquicos en cirugía y el vínculo maternidad-trayectoria profesional. A su vez, a nivel internacional existen agrupaciones de mujeres de especializaciones quirúrgicas que se congregan con la finalidad de compartir experiencias sobre su vida laboral, saberes académicos y pensar nuevas estrategias de afrontamiento contra la violencia de género. Villanueva (2025) sostiene que se han comenzado a generar transiciones en el campo médico, hay un pasaje de la feminización de la medicina a la feministización. Mientras la feminización de la medicina refiere al aumento gradual de mujeres que comenzaron a formarse y ejercer, la feministización es un cambio cualitativo y refiere al proceso por el cual las médicas han comenzado a unirse y generar espacios que permitan visibilizar la violencia de género en el campo médico y eliminarla.

Como podemos ver nuestros resultados van en la misma línea del pensamiento de Villanueva (2025), cada vez son más los ingresos de mujeres a la residencia en cirugía pero a su vez ya comenzaron a producirse espacios de visibilización orientados hacia el cambio.

En suma

Las expresiones de violencia de género más referidas en las trayectorias de las entrevistadas fueron la violencia psicológica y sexual, lo cual podría estar asociado a las características del campo y habitus médico. Desde la perspectiva de las participantes del estudio, las transformaciones que atraviesa el campo médico se asocian a una creciente incorporación de mujeres a la especialización en cirugía. En sus relatos, esta mayor presencia puede leerse como una atenuación de la segregación horizontal en la especialidad. No obstante, las participantes también dan cuenta de la persistencia de obstáculos para acceder a posiciones de mayor jerarquía, lo que remite a la noción de techo de cristal. La existencia de barreras que impiden a las profesionales avanzar a puestos de mayor jerarquía fue referida por la mayoría de las entrevistadas. Entre los obstáculos, las participantes señalaron que los

puestos de mayor jerarquía son ocupados por hombres que favorecen a otros hombres, que existen sesgos de género en las evaluaciones de concursos y que la maternidad es percibida como una dificultad en el avance de las mujeres. Los mecanismos de afrontamiento ante las situaciones de violencia de género son de dos tipos: individuales y colectivos. Los primeros incluyen estrategias de confrontación y silenciamiento. Respecto a estrategias colectivas se puede ubicar el Capítulo Cirujanas Uruguayas, espacio de escucha y visibilización del problema que fue construido recientemente.

5.3 Decisiones reproductivas y vida profesional de las médicas cirujanas

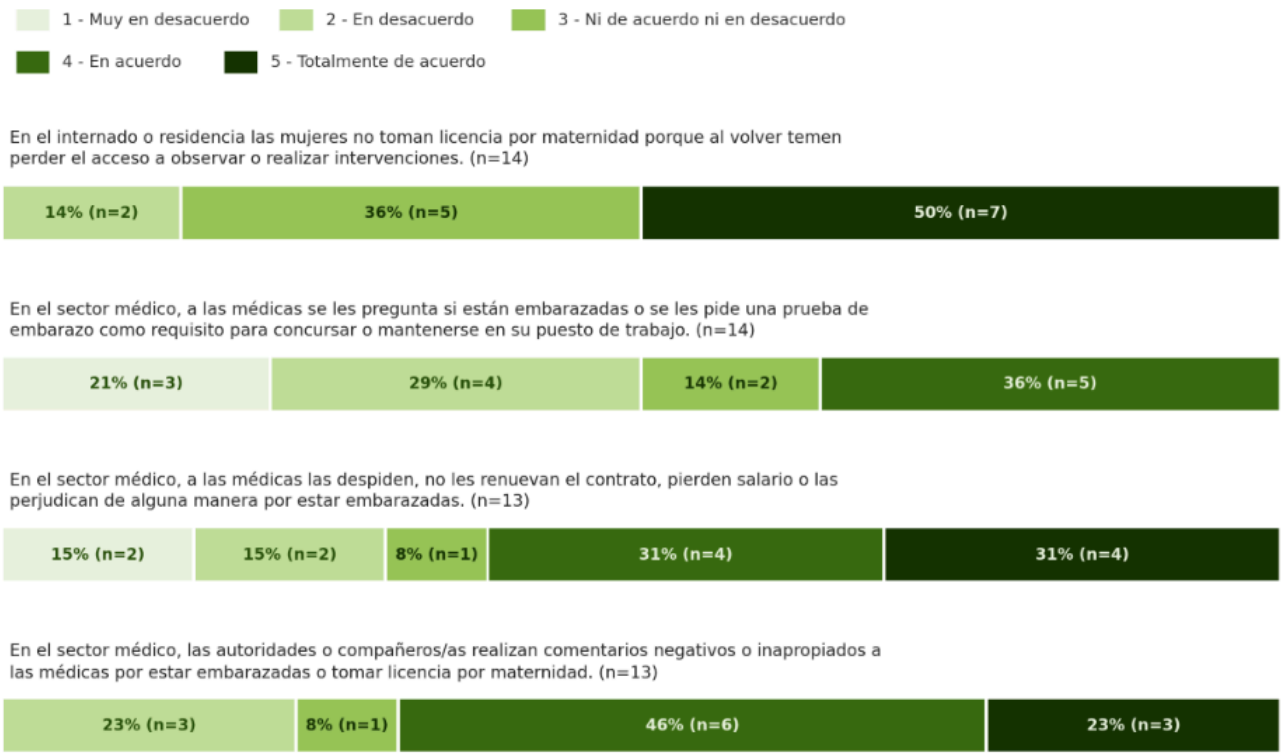
La división sexual del trabajo se expresa en la dicotomía de lo público y lo privado, ubicando a las mujeres en el ámbito de lo privado y a los hombres en lo público. La división social que se inscribe en el cuerpo relaciona el falo con el poder y la toma de la palabra en los espacios públicos, mientras que la mujer queda reducida al espacio privado sin poder alzar la voz o levantar la mirada (Bourdieu, 2000b). El lugar de trabajo permite y favorece -a partir de actitudes implícitas- algunos comportamientos técnicos, sociales y también sexuales (Bourdieu, 2000b). Desde los años 70, la relación entre trabajo remunerado y no remunerado ha sido tema de discusión en la agenda feminista. Actualmente la relación entre ambas esferas de la vida de las mujeres cirujanas se desarrolla con dificultades y malestar (Bellini et al., 2019; Bernardi et al., 2020; Cochran et al., 2019; Liang et al., 2019; Schwarz et al., 2016; Umoetok et al., 2017).

En este apartado veremos la especificidad que tiene este tema en el campo médico quirúrgico haciendo énfasis en la maternidad y el cuidado de los hijos/as de las cirujanas. A partir de las entrevistas efectuadas indagamos cuáles son las consecuencias de ejercer la maternidad siendo cirujanas, cómo lo viven en su cotidianidad, cómo transitaron sus embarazos, cómo perciben la maternidad aquellas mujeres que no la eligieron y los superiores, qué relación existe entre la maternidad y la elección vocacional y cuáles son las estrategias que han utilizado las profesionales que concilian el trabajo remunerado con el no remunerado.

Asimismo, la información recogida a través del instrumento basado en el violentómetro complementa y anticipa, desde un registro distinto, los hallazgos que se desarrollarán a lo largo de este apartado.

Figura 3

Maternidad y trayectoria laboral



Nota. El instrumento fue respondido por 14 cirujanas. Las respuestas se midieron en una escala Likert de 5 puntos (1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). Para los ítems 3 y 4, un caso (Dra. 12) no proporcionó respuesta, por lo que n = 13. Elaboración propia.

Tal como se observa en la Figura 3, existe un amplio consenso entre las participantes respecto a que las médicas evitan tomar licencia por maternidad por temor a perder oportunidades quirúrgicas. Este dato sugiere que la maternidad es percibida como incompatible con la formación y el ejercicio en el subcampo quirúrgico. A su vez, los comentarios negativos e inapropiados en torno al embarazo y la licencia por maternidad son ampliamente reconocidos como una práctica habitual. En contraste, los ítems referidos a consecuencias laborales formales —como el despido o la no renovación del contrato por embarazo— presentan

respuestas más heterogéneas, lo que podría estar asociado a la dificultad de demostrar el vínculo directo entre el embarazo y dichas consecuencias, aspecto que, como se verá, emerge con claridad en los propios relatos de las participantes. Este patrón sugiere que la violencia que opera de forma más sutil e informal es, paradójicamente, la que genera mayor consenso entre las participantes, lo que es coherente con los procesos de naturalización de la violencia de género en entornos altamente jerarquizados. Las entrevistas profundizan en estas tensiones a través de experiencias concretas como la recuperación de horas de licencia, los despidos indirectos y la postergación de la maternidad.

5.3.1 Implicancias de la maternidad en la vida laboral

Conciliar la maternidad con la vida laboral es y ha sido un desafío para las participantes del estudio. Las entrevistadas entienden que su posición como cirujanas en el campo médico es devaluada una vez que son madres. Las principales dificultades experimentadas para ejercer su maternidad han sido la postergación de la vida académica, la reposición de las horas tomadas por la licencia por maternidad en la residencia, la menor disponibilidad para tomar guardias e ingresar a operaciones, la menor posibilidad de acceso a puestos laborales y de ascenso a puestos de mayor jerarquía y los despidos indirectos.

Las cirujanas que ejercen la maternidad entienden que tuvieron que relegar actividades para poder dedicarse al cuidado de sus hijos/as. La postergación de la vida académica surge como una de las principales consecuencias:

> Tengo apoyo familiar y todo, pero no logro lo que a mí me gustaría. A mí me gusta un montón la academia, estudiar, presentar cosas, publicaciones y eso pero es muy difícil; porque, obviamente, requieren tiempo y me gusta estar con ellos y no puedo (Dra. 13).

La residencia en cirugía es entendida como el inicio de la trayectoria laboral y para las profesionales es un punto de inflexión ya que la cantidad de cirugías realizadas en este período permite tener mayor experiencia y es una de las competencias que se evalúan a la hora de aspirar a un puesto laboral. Es un período de mayor exigencia y un momento crucial para aprender sobre cirugía. Al reintegrarse de la licencia por maternidad las mujeres quedan ubicadas en una posición de menor jerarquía ya que sus tareas son reubicadas.

> Sí, perder el acceso a observar o realizar intervenciones, eso estoy muy de acuerdo que eso es así. Es como que tenés que volver a pagar tu derecho de piso, lo cual es una estupidez, pero la mayoría de tus trabajos se distribuyeron o todas esas cosas, ¿no? (Dra. 8).

En algunos servicios quienes toman licencia por maternidad deben recuperar horas o volver a cursar materias:

> Tengo una colega que ahora tiene que hacer un año más de G2 porque fue madre; entonces, le hacen cursar, en vez de seis años que es el G2, un séptimo año para recuperar los meses que no fue, que fueron cuatro (Dra. 9).

En el ámbito académico las licencias por maternidad son cubiertas por compañeros/as que realizan otra tarea dentro del equipo, no ingresan suplentes por ese residente o cirujano/a, lo que implica sobrecarga laboral para otros compañeros/as y que alguien de mayor jerarquía deba volver a realizar tareas que ya no realizaba. De este modo si la R1 (residente de primer año) está de licencia por maternidad su compañero/a R2 (residente de segundo año) debería cubrir su tarea.

> Existen casos de estos. Le dijo: “No te vayas a embarazar”. Claro, porque en su visión pierden una unidad funcional. Y en esto que yo te contaba que es jerárquico, después alguien que ya pasó por ese escalón tienen que ir a cubrir lo que ellos ven como una actividad inferior porque la persona se embarazó (Dra. 3).

Desde la percepción de las cirujanas, la menor posibilidad de acceder a puestos de trabajo de mayor jerarquía y remuneración está determinada por la menor disponibilidad de tiempo que tienen al ser madres y ello es una diferencia clave en la competencia académica y laboral con sus pares hombres o mujeres que no son madres. Ocupar el puesto de cirujano/a retén G3 difícilmente pueda conciliarse con el ejercicio de la maternidad.

> Creo que los hombres, además, tienen más disponibilidad todo el tiempo a lo largo de sus vidas de hacer muchas horas, muchas horas, muchas guardias en muchos lugares en el correr de una semana, ¿no? Más disponibilidad respecto a una mujer a mi edad que, cuando sos madre, te viene esa cosa de la penalización de la maternidad; ahí una tiene que decidir. Yo capaz que puedo meter muchas horas de guardia en la semana, tengo la suerte yo de tener un sistema de cuidados para mi hijo/a; pero no quiero, y

> entonces, no voy hacer millones de horas de guardia en una semana para cumplir con todas las instituciones en las que trabajo, para ver en cuál llego a ser G3 (Dra. 4).

Las cirujanas expresan que han tenido que delegar actividades, realizar menos guardias y entrar a menos operaciones por estar amamantando:

> Después de la licencia maternal, volver me costó un montón porque yo quería estar con él/ella. Con el tema de la lactancia, si no me ordeñaba o le daba teta cada tantas horas, me empezaba a sentir mal. Y había cirugías que, por ejemplo, son seis horas de corrido, sin parar y yo no podía cortar para ir a ordeñarme y volver; me empezaba a sentir mal, entonces me dijeron: “Bueno no la hagas” y eso me mató y ahí pasé mal (Dra. 13).

Algunas de las participantes del estudio mencionaron que luego de tomar licencia por maternidad no fueron convocadas, les disminuyeron la carga horaria o les exigieron requisitos laborales que antes no estaban previstos. La Dra. 3 comenta que existe cierta dificultad en identificar que no las convocan más por el hecho de estar embarazadas ya que trabajan de manera independiente:

> Bueno, sí, depende de la institución esto de que las despidan o algo en el embarazo… La mayoría de las instituciones, como te toman por el régimen de factura, ¿ta? A veces este… vos no podés demostrarlo, pero la persona quedó embarazada y, de repente, no la convocaron más (Dra. 3).

A su vez, las entrevistadas mencionaron que una vez transcurrida la licencia por maternidad tuvieron que abandonar su puesto de trabajo o fueron reemplazadas. La Dra. 5 trabajaba en el interior del país y comenta que luego de su licencia por maternidad la institución donde ejercía le exigió que residiera en la localidad, motivo por el que tuvo que renunciar. Su abogado le indicó que los cambios en las condiciones laborales implican un despido indirecto.

> O sea, el cambio laboral fue como un despido indirecto. Ahí fuimos a un juicio y, bueno, me pagaron ese despido; yo dejé de trabajar en la mutualista. Eso fue lo único así que yo al principio no me había dado cuenta, porque yo decía: ¿De qué me estaban despidiendo? Que era como un despido indirecto; capaz que, bueno, no les servía yo con mi hijo/a en ese sistema de viaje, porque yo viajaba semana por medio (Dra. 5).

La Dra. 13 sufrió una reducción horaria en su jornada laboral: al reintegrarse de su licencia por maternidad sus horas habían pasado a un compañero de trabajo que estaba más abajo que ella en la lista del concurso:

> Yo tengo un cargo que gané por concurso de 24 horas y, cuando volví, me sacaron el cargo y ahora estoy con un tema legal porque no volví a mi cargo anterior. No me explicaron nada, no me dijeron nada. Cuando yo me reintegro a hacer 24 horas todas las semanas, por el medio horario me dijeron: “Vas a hacer 12 horas, dos veces por semana”. Ta, pero yo quiero mi trabajo. Terminé mi medio horario y quiero volver a mis 24 horas semanales; no, y se las dieron a un compañero varón que estaba más abajo que yo en el concurso (Dra. 13).

5.3.2 Experiencias sobre embarazo y maternidad en el subcampo médico-quirúrgico

A partir de la pregunta ¿cómo es ser madre siendo cirujana? las profesionales pudieron contar cómo transitan o transitaron ese pasaje de sus vidas. Al momento de las entrevistas, las cirujanas tenían hijos/as de edades diversas: desde hijos/as adultos/as y adolescentes hasta hijos/as atravesando la primera infancia. No obstante, la etapa en la que hicieron más énfasis las entrevistadas fueron los primeros años de vida de sus hijos/as. Las experiencias fueron descritas en términos de dificultad, dureza, padecimiento, caos. Las mujeres navegan en la encrucijada entre el deseo de estar presentes en la vida de sus hijos/as, las convocatorias laborales, las ganas de continuar con la carrera académica o realizar actividades de satisfacción personal. Así lo expresaba la Dra. 14:

> Son esas horas de mamá que quiero ser mamá, entonces yo no agarro el teléfono; estoy con mi hijo/a pero cada vez me salen más cosas laborales lindas, ¿no? Estoy muy limitada. El año que viene va a ser doble horario porque ya no puedo más; no puedo sostenerlo más esto (Dra. 14).

El deseo y la necesidad de permanecer más tiempo con sus hijos/as entra en conflicto con exigencias laborales:

> Después a los meses sí, al mes y medio ya me empezaron a convocar de nuevo y, claro, y me sentí como en la obligación —ahí no tenía salario, no tenía nada, ¿no?— pero me sentía como en la obligación de tener que volver, al mes y medio de mi bebé ¿no? Un/a bebé recién nacido/a de un mes y medio y ya tuve que empezar a hacer guardias (Dra. 10).

Las exigencias del ideal femenino de ser una buena madre y esposa, las presiones del trabajo remunerado y la sobrecarga de horarios producen altas expectativas hacia las mujeres que llevan a la sobreexigencia de articular la doble jornada de trabajo:

> En los servicios de salud a las médicas les asignan tareas menos visibles o que implican menor carga horaria y especialización (silencio) y… no. En realidad tenés la misma carga horaria, pero se espera que seas, que trabajes como si no fueras madre pero seas madre como si no trabajaras… En realidad tenemos que hacer lo mismo, no es que haya una menor carga horaria (Dra. 12).

En estas condiciones las mujeres delegan tareas causando "errores" en su accionar por lo que son juzgadas como malas madres o malas trabajadoras: "Las mismas mujeres se evalúan con incomprensión y dureza con el mismo esquema ideológico y refuerzan el conflicto en que desde luego, resultan culpables por incapaces, ineficientes, descuidadas y desobligadas" (Lagarde y de los Ríos, 2005, p. 145). Esto conlleva consecuencias emocionales para las mujeres: la angustia y la culpa surgieron frecuentemente en el relato de las entrevistadas.

> Me pasa mucho que si de repente mi hijo/a está enfermo/a es difícil poder cubrir la guardia. Por suerte con mi pareja nos arreglamos, pero es un tetris: todos los horarios, es un caos. Él tiene un poco más de flexibilidad a la hora de cambiar una guardia, entonces es un poco más fácil para él. Si yo no puedo pasar la guardia porque el/la niño/a está enfermo/a, de repente se queda él. En eso lo repartimos bastante bien pero, bueno, igual te vas con la culpa, te vas con la angustia (Dra. 12).

El mandato de feminidad determina que hay tareas a las que las mujeres no pueden renunciar. El cuidado de los hijos/as es responsabilidad de las madres, un deber ser que deben sostener. A pesar de que las mujeres han logrado habitar un espacio en el campo médico, algunas entrevistadas continúan sosteniendo el rol de madresposa desde los cautiverios que menciona Lagarde y de los Ríos (2005):

> En mi caso es dividido, mi marido no hace medicina, ¿no? Las tareas son muy divididas y todo, pero yo soy la madre, o sea, yo hay cosas que tengo que hacer yo por más que esté mi marido, y mi marido haga todo y pila de cosas y que nos dividamos 50 y 50; pero igual hay cosas que ta, que la madre es la madre (Dra. 10).

Según Lagarde y de los Ríos (2005), las mujeres reproducimos la vida y la cultura, lo que se justifica ideológicamente de manera natural; las mujeres satisfacemos las necesidades de los otros en nuestra función como madresposa. El ser madresposa para Lagarde y de los Ríos (2005) constituye una situación de cautiverio, palabra que la autora utiliza para dar cuenta del estado de las mujeres en un mundo patriarcal: “las mujeres son concebidas como dependientes en tanto se encuentran gobernadas por las instituciones y particulares, sujetas a su deber ser femenino” (Lagarde y de los Ríos, 2005, p. 152).

La mayoría de las entrevistadas indicó que si no existen complicaciones de salud durante el embarazo, deciden trabajar el mayor tiempo que les sea posible con la finalidad de extender la licencia por maternidad una vez nacidos/as sus hijos/as. Aun así, los últimos meses de embarazo se hacen más difíciles de sostener trabajando debido a las exigencias de la tarea: muchas horas de pie cuando están operando, el cansancio y la dificultad para moverse o maniobrar en una operación. La Dra. 11 menciona cómo el tránsito de su embarazo se vio atravesado por los cambios físicos, mantenerse trabajando el mayor tiempo posible y la exigencia de mostrarse tan fuerte como siempre:

> Yo no me quería certificar para nada. Yo decía: “Me van a certificar si yo le digo que tengo contracciones porque estoy estresada porque trabajo mucho y me van a cortar la licencia”. Si hubiera tenido otro hijo/a, seguramente no hubiera hecho lo mismo, porque fue sumamente sacrificado. Yo ayudaba a un cirujano que él estaba de guardias los viernes y le encantaba operar de madrugada; hasta que un día volví —venía con la panza así (grande), ya estaba bastante avanzado el embarazo— y volví a las 5 de la mañana, con las piernas hinchadas, me dolía todo. Empecé algunas cosas a cortar pero yo soy así, seguía en el mismo ritmo; no podía mostrar ningún tipo de debilidad. Son esas cosas que te juzgan diferente y, en el ambiente en el que yo estaba, estás embarazada pero no estás enferma, no podés mostrar ninguna debilidad (Dra. 11).

La percepción de esta participante nos permite visualizar el habitus médico en acción. Los/las médicos/as son fuertes y resistentes, características masculinas que se deben reproducir y mantener para permanecer en el campo médico. Mostrarse débil o vulnerable implica mostrar aquello que Castro (2013) denomina como impensable en un determinado campo, lo que está por fuera del sentido común. A su vez, supone mostrar características asociadas a lo femenino que refuerzan la condición de inferioridad de las mujeres.

Las cirujanas entrevistadas recibieron comentarios negativos de sus compañeros/as respecto al tiempo en que se ausentaron por el embarazo y el nacimiento de sus hijos/as. La Dra. 9 ha sido testigo de situaciones que vivieron sus compañeras:

> Porque ya te pesa la panza, por todo lo que implica los cambios fisiológicos que implica el embarazo. Ponele que llegás, por decir algo, a las 36 semanas; ya empieza mi licencia maternal.
>
> _ Uy, ¿36 semanas? Uh, ¿por qué no te vas a las 38?
>
> _ No, porque empiezo a las 36
>
> ¿Entendés? Todas esas cosas influyen, ¿cómo te puedo explicar? Es algo que no se habla generalmente, pero que pasa (Dra. 9 y compañero/a de trabajo).

En concordancia con nuestros hallazgos, diversos estudios han identificado situaciones de violencia de género hacia cirujanas cursando un embarazo o al cuidado de los hijos/as (Hu et al., 2019; Mulcahey et al., 2018; Schlick et al., 2021; Tsukazan y Ugalde, 2021; Vargas y Bedoya Vaca, 2021; Varpio et al., 2020; Xepoleas et al., 2020; Zogg et al., 2023).

El tránsito por el embarazo es visto por los superiores como un obstáculo en el desarrollo profesional que produce ausencias en el personal y hace que las profesionales estén menos disponibles:

> Tuve vómito, vómito, seguía trabajando, me la bancaba. Me sentía horrible pero no me quería certificar porque no quería que me pase lo mismo que en el anterior, que me costó un montón: “ah mirá esta que se embaraza todo el tiempo”. ¡Ah! y cuando quedé embarazada la primera vez, llegó a mis oídos que los de más arriba decían: “Ay estas mujeres, hay que ponerles a todas un DIU antes de que entren acá” (Dra. 13).

Si bien las experiencias de embarazo relatadas son diversas, la mayoría de las cirujanas mencionó haber vivido situaciones negativas. En menor medida las cirujanas también comentaron situaciones donde sus compañeros/as y superiores fueron red de sostén en el espacio laboral para que pudieran transitar sus embarazos:

> Ahí tuve como pila de contención de mis propios compañeros y mis jefes. Me ayudaban; como siempre había residentes, siempre iba un cirujano/a que se quedaba afuera para que entrara el residente a ayudar. Entonces, como yo estaba embarazada, me dejaban a

> mí quedarme afuera para que no estuviera tanto tiempo parada. El cirujano que opera termina la cirugía y los ayudantes se quedan cerrando, y como estaba embarazada, me decía: “No, andate vos a escribir o andate a sentarte un rato y yo termino”. Por ese lado sí, y la mayoría salía de hombres y de mujeres, de todo, ¿no? Pero como la mayoría de los que conozco yo —o por lo menos los que yo trabajaba— eran hombres, siempre ellos igual, aunque fuera tipo jefe máximo, que nunca hacía la piel ni nada, se quedaban hasta cerrar la piel para que yo me pudiera ir a sentar, a descansar (Dra. 10).

5.3.3 La influencia de las apreciaciones sobre el trabajo remunerado y no remunerado en las elecciones reproductivas de las participantes del estudio

Las apreciaciones pueden entenderse como valoraciones que realizamos sobre objetos y hechos (Oteíza y Pinuer, 2019). El modo en que las participantes del estudio valoren una situación estará determinado por la posición que ocupan en el campo médico así como por la valoración de la situación en el campo. ¿Qué lugar ocupan las cirujanas madres en el campo médico?, ¿qué valoraciones sobre la maternidad y el trabajo remunerado se realizan? Las condiciones sociales de cada mujer, así como sus experiencias como madres o compañeras de madres cirujanas intervendrán en el modo en que valoren la situación. El modo en que percibimos y apreciamos varía según las condiciones socioeconómicas en las que nos encontremos (Bourdieu, 2007).

En este sentido preguntamos a las entrevistadas que no ejercen la maternidad cómo valoran la relación entre el trabajo remunerado y no remunerado y cómo perciben esa relación en sus compañeras. De los relatos surgió que la maternidad es vista como un desafío y un sacrificio. Las participantes del estudio mencionaron que vieron a sus compañeras estresadas y cansadas. Hicieron hincapié en las condiciones de ejercicio de la maternidad remarcando la importancia de contar con una pareja que sea corresponsable en los cuidados. Sólo en dos situaciones encontramos relatos donde otras cirujanas no recomiendan ejercer la maternidad y la cirugía o entienden que la relación entre ambas es incompatible. Por otra parte, las mujeres reflexionaron sobre aquellas cosas que tendrían que delegar o modificar en caso de ejercer la maternidad, como la reducción de horas de trabajo y de dedicación a la academia, así como la menor remuneración:

> Creo que la vida de pareja es muy importante para tener hijos, sobre todo cuando la mamá es cirujana; y mis compañeras, hay muchas que han disminuido las cantidad de horas que trabajan, prefieren estar los fin de semanas en su casa, que está bien, pero

> nosotros muchas veces los fin de semana trabajamos también: fines de semana, fiestas, feriados, cumpleaños trabajás. Entonces… sin duda que bajan la cantidad de horas, que son felices, son muy felices y tienen unos gordos divinos y vamo' arriba, pero sin dudas que les baja la cantidad de horas que trabajan y con eso bajan los ingresos, con eso baja otras cosas personales. O sea, capaz que no tienen más tiempo de sentarse a leer o tienen menos tiempo (Dra. 9).

A su vez, pudimos observar cómo con el paso del tiempo las apreciaciones sobre la relación entre la maternidad y el trabajo remunerado han cambiado. Las perspectivas más rígidas sobre la incompatibilidad entre la maternidad y el trabajo profesional provienen de participantes de mayor edad y trayectoria laboral.

> O sea, yo si bien siempre me gustó la medicina y la cirugía en particular, siempre tuve claro que yo quería tener un hijo —o sea uno o dos o más hijos, lo que vaya surgiendo (se ríe)— pero sí quería ser madre y tener una familia; entonces, claro, no había muchos modelos, referentes. Primero que nada, eran menos las mujeres cirujanas y todavía, dentro de esas mujeres había alguna que tenía hijos, pero capaz que no tenías contacto. Justo yo tuve una docente que era excelente, que para mí era como una crack. En ese momento, cuando era docente mía, la veías y estaba todo el día operando, todo el día trabajando, no tenía vida social, ¿entendés? (se ríe). O sea, ni familia, ni hijos, ni nada… Veía que todas las cirujanas docentes mías de esa época, era como que vivían para trabajar, no tenían hijos, no tenían una familia constituida; o sea, no eran como el modelo de lo que yo quería ser (Dra. 6).

Las entrevistadas más jóvenes entienden que maternar requiere modificaciones en la vida laboral pero que es posible de conciliar con el trabajo profesional. Puntualmente una de las participantes del estudio mencionó que ve cómo sus compañeros de trabajo al ser padres también reducen sus horas de trabajo para quedar al cuidado de sus hijos/as.

> Empiezan, obviamente, a bajar el nivel de trabajo pero porque es normal: "Andá vos a hacer la cirugía y a mí me toca quedarme con el chiquilín". O sea, empezás a tener comentarios así como: "Che Dra. 7, ¿podés ir vos? Porque a mí me toca estar de niñero, así me quedo" (Dra. 7).

A pesar de ello, entre los superiores continúa vigente la apreciación de que los puestos de mayor jerarquía son difíciles de conciliar con la maternidad; ascender a determinados cargos

implicaría una elección donde la maternidad quedaría relegada. Al consultar a la Dra. 13 de dónde provienen los comentarios negativos sobre la maternidad menciona:

> De todos, de mis pares y de los de más arriba. Por eso es que la mayoría de las mujeres llegamos a esto y ser G3 es un huevo; muy pocas G3 mujeres, creo que son cuatro, cinco… y si llegaste a eso porque sos una desgraciada, porque no tenés hijos, porque te va mal en tu casa, cosas así. Como que lograr que te vaya bien en tu casa, una buena maternidad, una buena relación con tu pareja y lograr buena academia es imposible (Dra. 13).

Para los superiores la maternidad se torna parte de aquello con lo que no quieren lidiar:

> Fue la única persona que conozco que tuvo un hijo/a y también, cuando estaba embarazada, el jefe hacía comentarios de: “Ay no, que no venga a la reunión porque está embarazada”. Era como: “Pero… y ¿tu mujer no tuvo tres hijos?” O sea, que esté embarazada no quiere decir que sea un bicho raro, pero esos comentarios de ese estilo lo viví también durante la residencia. Igual nunca le hicieron problema en esa parte para la licencia (Dra. 8).

Los superiores también realizaron consultas por la situación sentimental de las mujeres y les indicaron no embarazarse en la residencia; dichas situaciones fueron vivenciadas por algunas de las entrevistadas en particular y observadas frecuentemente:

> El primer día que entré a la residencia, tuvimos una reunión con el que entonces era G4 de la clínica y entramos cuatro, los que éramos en ese momento residentes de primer año; o sea, que entrábamos tres varones y yo era la única mujer. En esa charla, el G4 me dijo a mí específicamente que no me fuera a embarazar durante la residencia, que era la petición que me hacía porque durante ese tiempo —mientras yo iba a estar con mi hijo/a, embarazada, certificada o en la licencia por maternidad— iba a estarme perdiendo de hacer procedimientos y mientras ellos, mis compañeros, iban a estar operando, yo iba a estar cuidando a mi hijo/a. Hasta ese punto, que se te controla en ese sentido (Dra. 12).

En las participantes del estudio la elección de la maternidad está relacionada con la elección vocacional y la percepción que tienen sobre la relación entre trabajo remunerado y no remunerado. La mayoría de las entrevistadas entiende que la elección vocacional fue uno de los

motivos por los que postergaron la maternidad o simplemente no la eligieron. En ambos casos el tiempo dedicado al cuidado de los hijos/as fue el factor determinante.

> Yo trabajo en lugares que ahora tengo fijos. Ya te digo, trabajo casi todos los días, tengo uno, dos días libres por semana. Este… entonces, ¿para qué? Como digo yo: para que me lo críe otro prefiero no tenerlos, porque es así. Yo a veces veo a mis hermanos —que uno de ellos es xxx y el otro trabaja en xxx— y prácticamente no los ven, se los cuidan mis padres porque tienen muchas horas de trabajo; entonces prefiero no tenerlos, malcrío sobrinos y ya está (Dra. 9).

La elección vocacional y las horas que debían destinar al cuidado de los hijos/as también determinaron la cantidad de hijos/as que las mujeres estaban dispuestas a criar:

> Si tenés un hijo tenés que darle algunas garantías y, dentro de ellas, está maternar en algo, ¿no? Siempre digo que parir no te obliga a maternar ni estar, dejar todos tus trabajos, tus estudios y dedicarte a tu hijo/a; el hombre también existe. Mi hijo/a fue criado/a por su padre, el primer año estuve yo sola, me dediqué a mi hijo/a. Di la residencia, tres años no estuve, y después siempre mantuve mi casa; y yo lo mantenía a él y a sus hijos/as —que no eran míos— porque la plata salía de mi bolsillo, pero él se encargaba de mi hijo/a, lo/a crió su papá. En esas circunstancias, yo no iba a tener otro hijo/a; no iba a lo poco que podía estar con mi hijo/a dividirlo en otro más. Dije: “Se acabó acá, ya está”. Ya me saqué las ganas de ser madre, listo. Si yo hubiese sido modista, te juro que sí, dos o tres mínimo; cirujana olvidate (Dra. 1).

La mayoría de las entrevistadas estuvieron de acuerdo en que la residencia no es el mejor momento para cursar un embarazo debido a los niveles de exigencia y dedicación que implica. Nuestros hallazgos coinciden con el estudio de Mulcahey et al. (2018) que indica que las mujeres prefieren postergar la maternidad mientras se encuentran en la trayectoria formativa. Ello llevó a las entrevistadas a planificar sus embarazos una vez finalizada la formación:

> Uno planifica, sabe que vas a terminar la residencia. Yo en mi caso, terminé con 33 años la residencia y ya lo planificás pensando que no puede ser durante la residencia, sabiendo que vas a terminar la residencia y vas a dejar de trabajar de forma dependiente. Porque nosotros la mayoría de los trabajos que tenemos son de forma independiente, sobre todo cuando recién arrancamos; entonces no vas a contar con

> licencia por maternidad, no vas a tener los beneficios de la licencia por maternidad, y por lo tanto, no vas a percibir ningún ingreso. Entonces es como que, bueno, poniendo en riesgo/beneficio entre hacer la residencia como corresponde —o como se espera que la hagas, cumpliendo todos tus horarios—... Por lo menos yo, y muchas de las chiquilinas de mi generación, era: “Bueno, termino la residencia y después empiezo a planificar mi vida, de maternidad, si quiero ser madre”. Más lo personal, que muchas veces ya capaz que, no te digo que es tarde porque hoy en día hay un montón de otras vías pero… Capaz que te cuesta un poco más si querés quedar embarazada, o ya desde el punto de vista de lo logístico y lo económico es mucho más difícil (Dra. 12).

Si bien la elección vocacional es un punto importante a la hora de tomar una decisión reproductiva, para las entrevistadas más jóvenes intervienen otros factores, entre ellos se destaca la ausencia de una pareja estable que también desee ejercer la paternidad o la corresponsabilidad en los cuidados. En los casos en que la elección de no tener hijos/as no es definitiva las profesionales han considerado la congelación de óvulos como método de planificación a largo plazo.

5.3.4 Estrategias de conciliación entre el trabajo remunerado y no remunerado utilizadas por las participantes del estudio

Las estrategias según Bourdieu (2000a) son acciones que se realizan ante situaciones nuevas pero que se encuentran condicionadas por el campo donde tienen lugar. Son entendidas por el autor como parte de una relación inconsciente entre el habitus y el campo (Bourdieu, 2000a). Desde su perspectiva son prácticas sociales de las que las personas no son plenamente conscientes pero que defienden sus intereses en relación con la posición que ocupan en determinado campo (Gutiérrez, 2005).

Por otra parte, la palabra conciliar según la Real Academia Española (2026) supone poner de acuerdo a dos personas o más entre sí o hacer compatibles cosas que son opuestas. De este modo las estrategias de conciliación serían las acciones que realizan los agentes para armonizar el mundo del trabajo remunerado, realizado por una paga en el ámbito público, con el mundo del trabajo no remunerado, que no se corresponde con un salario y se realiza en el ámbito privado.

Tobío Soler (2024) clasifica diferentes estrategias realizadas por las mujeres. Las estrategias principales son aquellas suficientes en sí mismas para responder a las demandas de lo doméstico. Las entrevistadas mencionaron como estrategias principales: acuerdos de horarios de cuidados con el progenitor, el apoyo de familiares, contratación de cuidadores/as externos/as (niñeras, guarderías) y la asistencia a instituciones educativas formales.

> Tenemos una niñera para los días que trabajamos más fijo y después, cuando nos van surgiendo cosas, vienen los abuelos o la niñera se queda un rato y los abuelos otro rato, que por suerte pueden. Después también la tía también se puede quedar algunas veces y entre ellos vamos arreglando (Dra. 4).

Estrategias complementarias son aquellas que en sí mismas no son suficientes para solucionar el conflicto. En este caso las mujeres implementaron la disminución de las horas de guardia —de 24 a 12—, la modificación del horario de trabajo y la creación de un fondo económico debido a la reducción de la carga laboral.

> En mi caso, por ejemplo, que yo en el cuidado de mi hijo/a tenía a mi pareja, yo quería estar presente también. O sea, no es: “Bueno ta, yo me dedico a avanzar en mi profesión y vos encargate de xxx”, no. En el cuidado y en la crianza tenemos que estar los dos y el tiempo es finito, el día tiene 24 horas; entonces yo tengo que equilibrar eso. Dejar guardias, dejar trabajos que implicaban guardia —por ejemplo, eso de salir de noche si me llamaban— lo fui dejando. De a poquito, o sea, noto que fue cuando nació xxx. Al principio lo hacía, mi esposo me decía: “No, andá”, porque además también entra lo económico; o sea, esta profesión te implica que si vos dejás trabajo, tus ingresos van a caer. Entonces si vos necesitás de esos ingresos… bueno ta. Yo al principio, además, las cirugías que mejor se pagaban eran las de la noche, trataba de ir, y bueno… pero te implica un agotamiento porque no dormías bien, porque al otro día tenías que trabajar (Dra. 5).

Por último, las estrategias indeseables o negativas son aquellas que tienen consecuencias no deseadas para la mujer y sus hijos/as (Tobío Soler, 2024). En este caso las mujeres mencionaron situaciones donde trabajan por la noche para poder estar más tiempo con sus hijos/as, lo que implica reducir las horas de sueño y en algunos casos llevar a los niños/as al espacio laboral.

> Yo tenía que saber quién se podía quedar con mi hijo/a, este… no sé, hice malabarismo porque mi hijo/a me lo/a bajaban con la sillita del auto y lo/a llevaba con la sillita del auto a la sala de operaciones. Lo/a dejaba en el estar médico mientras yo iba a operar; él/ella quedaba solo/a, le ponía un juguetito o algo, alguien le hablaba y nada más y después me iba con él/ella. Cuando era más grande, corría por los corredores hasta que un día dijo: “No quiero ir más, se acabó esto” (Dra. 15).

Las estrategias son singulares y dependen de cada situación. No obstante el rol de cuidadores/as externos/as remunerados/as fue utilizado por la mayoría de las entrevistadas. En algunas situaciones fue un apoyo complementario a la participación del progenitor y otros familiares en el cuidado de los niños/as. En otras, fue fundamental ya que el progenitor no ejercía su rol de cuidador o no realizaba tareas domésticas complementarias. No identificamos ninguna estrategia de conciliación colectiva implementada por las cirujanas.

En suma

Las cirujanas madres son devaluadas en el subcampo médico-quirúrgico y presentan dificultades para acceder a puestos laborales de mayor jerarquía. Las participantes del estudio transitaron la maternidad desde el conflicto debido a las exigencias de la vida laboral y el deseo de realizar actividades de satisfacción propia. La relación entre el ámbito remunerado y no remunerado es vivida con altas exigencias, teniendo un costo en el bienestar emocional de las cirujanas. La mayoría de las participantes que son madres indicaron que recibieron comentarios negativos cuando estuvieron cursando un embarazo. Las estrategias de conciliación utilizadas por las entrevistadas fueron individuales e incluyeron acuerdos con el progenitor en el cuidado de los hijos/as y la contratación de cuidadores/as externos/as. Las cirujanas también modificaron horarios laborales y generaron fondos de ahorro para esta etapa de sus vidas. No identificamos ninguna estrategia de conciliación colectiva.

Según los relatos de las participantes, la elección vocacional se vincularía con el número de hijos/as a tener, e influiría en que las profesionales postergaran la maternidad o simplemente no la eligieran. Las valoraciones sobre la relación entre trabajo remunerado y no remunerado se están modificando debido a la reestructuración que vive el campo médico, por lo que en las profesionales más jóvenes predomina la apreciación de que es posible conciliar ambos ámbitos. Las entrevistadas que no han tomado una decisión reproductiva definitiva han considerado

métodos como la congelación de óvulos con la finalidad de contar con la posibilidad biológica de reproducirse en caso de querer ser madres en un futuro.

Conclusiones

Este estudio aporta a la comprensión de los modos en que opera la violencia de género en el campo médico. A partir del diálogo entre los aportes de teorías psicosociales y las narrativas de las personas entrevistadas logramos describir la posición de las mujeres en el subcampo médico-quirúrgico y las relaciones de poder que establecen con los demás agentes. Hasta donde sabemos, se trata del primer estudio en Uruguay que aborda la violencia de género específicamente en las especialidades quirúrgicas desde una perspectiva psicosociológica.

La dominación masculina en cirugía se produce y reproduce a partir del habitus médico-quirúrgico y la violencia simbólica que opera en el subcampo. En este contexto, las manifestaciones de violencia de género mayormente mencionadas por las participantes del estudio fueron la violencia psicológica y la sexual. A su vez, los resultados sugieren que el techo de cristal en cirugía se sostiene ya que los puestos de mayor jerarquía son ocupados por hombres que favorecen a otros hombres, existen sesgos de género en las evaluaciones de concursos y la maternidad es vista como una dificultad en el avance en la carrera profesional. El habitus médico-quirúrgico supone un deber ser masculino, por lo que las mujeres deben encarnar características asociadas a la masculinidad tradicional como la fuerza y la agresividad. La posición de las mujeres en el campo se encuentra en constante cuestionamiento tanto cuando encarnan el habitus médico masculino como cuando resaltan características feminizadas. A partir de lo que las participantes expresaron, se podría señalar que el subcampo médico-quirúrgico se caracteriza por espacios de trabajo sexistas donde las mujeres son ubicadas como objetos sexuales. A pesar de ello, desde la perspectiva de las entrevistadas, las apreciaciones sobre la violencia de género en el subcampo se han transformado, y estos cambios impactan de manera más evidente en quienes cursan actualmente la residencia.

Las estrategias de afrontamiento individuales más utilizadas por las entrevistadas son la confrontación y el silenciamiento, basculando entre actitudes de agenciamiento relacionadas con la indignación ante la situación y de autocensura por temor a que los superiores tomen represalias que limiten o trunquen sus trayectorias profesionales.

El campo médico se configura como uno de los espacios con mayor acumulación de capital simbólico, social, cultural y económico en las sociedades contemporáneas, constituyéndose en un núcleo relevante de poder. Dentro de este campo, la cirugía ocupa además una posición de alto prestigio y jerarquía entre las especialidades médicas (Castro y Villanueva, 2019). Las narrativas de las entrevistadas permiten comprender que dicha posición

no opera como una protección frente a la violencia de género: las mujeres con mayor capital dentro del campo médico también son violentadas. Esto se comprende en diálogo con los planteos de Bourdieu (2000b), para quien la dominación masculina opera de forma transversal y estructural, encarnada en el habitus. En este sentido, uno de los aportes específicos de este estudio respecto a otras investigaciones dentro del campo médico-sanitario radica en haber explorado este mecanismo en uno de los subcampos de mayor capital y prestigio dentro de la medicina clínica. En este marco, la violencia de género puede comprenderse como una de las expresiones de las relaciones desiguales de poder que estructuran dicho campo.

En consecuencia, su prevención y erradicación implican procesos complejos, graduales y sostenidos en el tiempo, que requieren iniciativas robustas y la articulación de acciones colectivas. En este sentido, la conformación del Capítulo Cirujanas Uruguayas podría considerarse una estrategia de afrontamiento colectivo de carácter fundamental. Esta iniciativa colectiva interpela el habitus médico-quirúrgico tradicionalmente masculino y promueve la reconfiguración del lugar de las mujeres en la cirugía. La voluntad política, junto con el desarrollo de estrategias colectivas, resulta clave para la producción de transformaciones significativas. Por el contrario, las estrategias individuales, si bien orientadas a la preservación subjetiva de las mujeres, presentan un alcance limitado en términos de modificación estructural. En esta línea, un indicio de ello lo constituyen los mecanismos institucionales de respuesta ante situaciones de violencia de género: la mayoría de las entrevistadas manifestó desconocimiento sobre su existencia o expresó descreimiento respecto de su eficacia, lo que sugiere la necesidad de revisar críticamente su alcance y funcionamiento.

Los hallazgos también sugieren que la maternidad es un desafío para aquellas mujeres que desean acceder a puestos de mayor jerarquía. Las participantes del estudio que son madres significaron la maternidad desde el conflicto entre las exigencias laborales y el deseo de realizar actividades de autorrealización o tener más tiempo para estar con sus hijos/as. La elección vocacional se relacionaría con el número de hijos/as a tener, e influiría en que las profesionales postergaran la maternidad o simplemente no la eligieran. Por otra parte, al indagar en la relación entre el trabajo remunerado y las tareas de cuidado, específicamente el tránsito por el embarazo durante el ejercicio profesional, emergieron relatos sobre comentarios negativos. Si bien las redes de apoyo ante el cuidado de los hijos/as fueron fundamentales para que las entrevistadas pudieran continuar con el ejercicio de su profesión, no identificamos estrategias de conciliación colectivas.

Mediante esta investigación logramos explorar transformaciones internas en el subcampo médico-quirúrgico que se acompasan con las reestructuraciones que se han gestado en el campo social en las últimas décadas respecto a la igualdad de género. A partir de los relatos retrospectivos de las entrevistadas, identificamos una percepción de disminución de la segregación horizontal en la especialidad, mientras que la segregación vertical se mantiene.

El estudio que realizamos tiene limitaciones. En primer lugar, al centrarse en cirujanas tituladas con trayectoria laboral, se excluyó a varones y a médicas/os en formación (residentes). A su vez, la muestra se circunscribió a cirujanas radicadas en Montevideo y su zona metropolitana, por lo cual no se incluyeron las perspectivas de cirujanas de otros puntos del país.

Las investigaciones sobre violencia de género tienen la potencialidad de habilitar a sus participantes a narrar experiencias que pueden haber permanecido silenciadas, siendo en muchas ocasiones el espacio de investigación el único ámbito en el que han logrado expresarlas. Sin desconocer este valor, también constituye una limitación el hecho de que quienes participan suelen ser personas especialmente sensibilizadas o interesadas en la temática.

Los resultados orientan nuevas preguntas que ameritan ser abordadas en investigaciones futuras. Entre ellas destacamos la importancia de registrar las percepciones y apreciaciones de las nuevas generaciones de residentes sobre este problema, la visión de los hombres sobre la violencia de género, la profundización sobre situaciones de acoso sexual en la especialidad y la comprensión de cómo afecta este problema a la calidad de atención que brindan los y las profesionales de la cirugía a la población usuaria.

Finalmente, aspiramos a que estos resultados constituyan un aporte significativo para el colectivo de cirujanas y cirujanos en Uruguay interesados en avanzar hacia políticas institucionales más igualitarias. Asimismo, esperamos que este trabajo contribuya a la construcción de estrategias y herramientas colectivas que promuevan entornos laborales y educativos más equitativos en sus espacios de práctica cotidiana.

Más allá de sus hallazgos específicos, este estudio pretende aportar al conocimiento psicosociológico del campo médico. En particular, el estudio de diversas especialidades y sectores permitirá caracterizar con mayor rigor las manifestaciones de la violencia de género en

el sistema sanitario nacional. Continuar la producción académica en estas líneas de investigación representa un desafío para comprender el campo médico no sólo como un espacio de atención, sino como un dispositivo productor y reproductor de violencias que se expresan entre colegas y que involucran a los usuarios y usuarias, quienes ocupan la posición de mayor vulnerabilidad y menor capital dentro de la estructura del campo.

Referencias

Acai, A., Steyn, C., Reid, S. E., y Sonnadara, R. R. (2018). A solution to gender inequity in surgery? Better caregiving policies. *Canadian Journal of Surgery, 61*(1), 6-7. https://doi.org/10.1503/cjs.010717

Acosta, C. A. G. (2014). Factores asociados a la violencia: revisión y posibilidades de abordaje. *Revista Iberoamericana de psicología*, *7*(1), 115-124. https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/rip.7110

Albarrán, K., y Osorino, L. (2022). Experiencias de violencia en médicos pasantes por parte de los docentes durante su formación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 25*(2), 660- 683. http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/82926/72708

Albornoz, C. R., Carrillo, K., Vargas, V., Pedrero, P., Fernández, M., Fonseca, V., Pérez, L., Rodríguez, C., Rojas, K., Plass del Corral, I., y Camacho, J. (2021). Visibilizando a las cirujanas en Chile. *Revista de Cirugía, 73*(4), 476-482. http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492021004976

Alhammadi, N., Al Jabbar, I., Alahmari, S., Alqahtani, R., Alhadi, W., Alnujaymi, B., Al-Jakhaideb, M., Almoghamer, H., Alqahtani, M., y Mahmood, S. (2024). Gender-Related Microaggressions in Orthopedic Surgery: A Comprehensive Survey of Women Orthopedists and Implications for Progress, Saudi Arabia. *Journal of Healthcare Leadership*, *16*, 29-37. https://doi.org/10.2147/jhl.s437083

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015, septiembre 18). *Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. (A/70/L.1) https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2019/06/ONU-Agenda-2030.pdf

Balch Samora, J., Van Heest, A., Weber, K., Ross, W., Huff, T., y Carter, C. (2020). Harassment, Discrimination, and Bullying in Orthopaedics: A Work Environment and Culture Survey. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, *28*(24). https://doi.org/10.5435/jaaos-d-19-00822

Bandura, A. (1978). Social learning theory of aggression. *Journal of Communication, 28*(3), 12–29. https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x

Barberá Heredia, E., Ramos, A., Sarrió, M., y Candela, C. (2002). Más allá del techo de cristal. Diversidad de género. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, 40*, 55-68. https://www.researchgate.net/publication/28059151_Mas_alla_del_techo_de_cristal

Becerra, K., Becerra, J., Cavada, G., y Pantoja, L. (2023). Sexual harassment in students of the Faculty of Medicine,University of Chile: A cross-sectional observational study. *Revista Española de Educación Médica, 4*(2). https://doi.org/10.6018/edumed.568921

Bellini, M. I., Graham, Y., Hayes, C., Zakeri, R., Parks, R., y Papalois, V. (2019). A woman's place is in theatre: women's perceptions and experiences of working in surgery from the Association of Surgeons of Great Britain and Ireland women in surgery working group. *BMJ Open, 9*, 1-8. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024349

Benería, L. (2006). Trabajo productivo/ reproductivo, pobreza y políticas de conciliación. *Nómadas, 24*, 8- 21. https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/53538

Bernardi, K., Shah, P., Lyons, N.B., Olavarria, O., Alawadi, Z., Leal, I., Holihan, J., Bass, B., Jakey, C., Kao, L., Ko, T., Kuo, P., Loor, M., Zheng, F., y Liang, M. (2020). Perceptions on gender disparity in surgery and surgical leadership: A multicenter mixed methods study. *Surgery, 167*(4), 743-750. https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.12.004

Blum, J., Y Cho, D., Villavisanis, D., Cheung, L., Ng, J., Plana, N., Swanson, J., Bartlett, S. y Taylor, J. (2022). Update: Diversity and Practice Patterns of International Craniomaxillofacial Surgeons. *The Journal of Craniofacial Surgery, (33)*, 1659-1663. https://doi.org/10.1097/scs.0000000000008486

Bonino, L. (2008). Micromachismos: El poder masculino en la pareja moderna. En J. A. Lozoya y J. C. Bedoya (Comps.), *Voces de hombres por la igualdad*. (pp.89-109). https://vocesdehombres.wordpress.com/wp-content/uploads/2008/07/micromachismos-el-poder-masculino-en-la-pareja-moderna.pdf

Booth, A., y Dabbs Jr, J. M. (1993). Testosterone and men's marriages. *Social Forces*, *72*(2), 463-477. https://www.jstor.org/stable/2579857

Bourdieu, P. (1988). *El interés del sociólogo*. Gedisa.

Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Anagrama.

Bourdieu, P. (1998). *La distinción: Criterio y bases sociales del gusto*. Taurus.

Bourdieu, P. (2000a). *Cuestiones de sociología*. Akal;Istmo.

Bourdieu, P. (2000b). *La dominación masculina*. Anagrama.

Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Siglo XXI.

Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Briseño Maas, M. L., y Juárez López, I. I. (2019). La racionalidad detrás de la violencia contra las mujeres universitarias en México. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia, (14)*, 93-111. https://doi.org/10.18002/cg.v0i14.5853

Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Paidós

Burin, M. (2008). Las “fronteras de cristal” en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. Anuario de psicología/ *The UB Journal of psychology, 39*(1), 75-86. https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/99355

Cáceres-Manrique, F., Amaya-Castellanos, C., y Rivero- Rubio, C. (2019). Inequidades de género en el ámbito de la salud: el caso de la medicina. *Aquichan, 19*(2) 1-11. https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.7

Capítulo Cirujanas Uruguayas de la SCU. (2025, mayo 14). 1er curso: desigualdad de género, violencia y discriminación en el ámbito laboral. Instagram. https://www.instagram.com/p/DJoeqZAAhG_/

Castro, R. (2012). Problemas conceptuales en el estudio de la violencia de género. Controversias y debates a tomar en cuenta. En. N. B. Tavira y C. Vélez (Coords.), *Violencia, género y la persistencia de la desigualdad en el Estado de México*, (pp. 17-38). Mnemosyne. https://www.ciga.unam.mx/images/eventos/2022/Lectura-2.-Problemas-conceptuales-en-el-estudio-de-la-violencia-de-genero_Controversias-y-debates-a-tomar-en-cuenta.pdf

Castro, R. (2013). Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva. En M. C. Agoff, I. Casique y R. Castro (Coords.). *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos* (pp. 145-165). Porrúa.

Castro, R. (2014a). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología, 76*(2), 167-197. https://www.jstor.org/stable/43495722

Castro, R. (2014b). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina. *Salud Colectiva, 10*(3), 339- 351. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73138581005

Castro, R. (2016). Violencia de género. En. H. Moreno y E. Alcántara (Comp.) *Conceptos claves de los estudios de género* (pp. 339- 353). U-Tópicas. https://www.researchgate.net/publication/305651672_Violencia_de_genero

Castro, R., y Riquer, F. (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cadernos de saúde pública*, *19*(1), 135-146. https://www.scielosp.org/article/csp/2003.v19n1/135-146/es/

Castro, R., Riquer, F., y Medina, M. (2004). Violencia de género en las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003, Instituto Nacional de las Mujeres, INEGI, CRIM/UNAM. https://www.academia.edu/890073/CASTRO_Roberto_Florinda_Riquer_y_Mar%C3%ADa_Eugenia_Medina_2004_Violencia_de_g%C3%A9nero_en_las_parejas_mexicanas_Resultado_del_Encuesta_Nacional_sobre_la_Din%C3%A1mica_de_las_Relaciones_en_los_Hogares_2003_Instituto_Nacional_de_las_Mujeres_INEGI_CRIM_UNAM

Castro, R., y Villanueva, M. (2018). Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estudios sociológicos, 36*(108), 543-574. https://doi.org/10.24201/es.2018v36n108.1648

Castro, R., y Villanueva, M. (2019). El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu. *Sociológica México,34*(97), 73-113. http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/1528

Cerchiari, E., Wagner, G., Rodríguez, G., y Machín, M. (2025). Licencia por maternidad y paternidad en cirujanos del Uruguay. *Revista Cirugía del Uruguay, 9*(1). http://dx.doi.org/10.31837/cir.urug/9.1.12

Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social. (2025). *Situación actual de la educación universitaria en Uruguay*. https://ceres.uy/admin/uploads/slides/archivo_1740492150.pdf

Ceppa, D. P., Dolejs, S. C., Boden, N., Phelan, S., Yost, K. J., Donington, J., Naunheim, K. S., y Blackmon, S. (2020). Sexual Harassment and Cardiothoracic Surgery: #UsToo?. *The Annals of Thoracic Surgery, 109*, 1283-1288. https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2019.07.009

Chen, W., Schilling, B. K., Bourne, D. A., Myers, S., y De La Cruz, C. (2021). A Report of Gender Bias and Sexual Harassment in Current Plastic Surgery Training: A National Survey. *Plastic & Reconstructive Surgery, 147*(6), 1454-1468. https://doi.org/10.1097/prs.0000000000007994

Chrisler, J. C. (2002). Hormone hostages: The cultural legacy of PMS as a legal defense. En L. H. Collins, M. R. Dunlap y J. C. Chrisler (Eds.), *Charting a new course for feminist psychology,* (pp. 238-252). Bloomsbury.

Clínica Quirúrgica A. (2026). *Integrantes*. https://www.quirurgicaa.hc.edu.uy/index.php/integrantes

Clínica Quirúrgica B. (2026). *Integrantes*. https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/index.php/integrantes

Clínica Quirúrgica F. (2026). *Integrantes de Clínica Quirúrgica F*. https://www.hc.edu.uy/Unidades-Academicas/Integrantes-uc186

Clínica Quirúrgica Pediátrica. (2026). *Staff*. http://www.cqpediatrica.fmed.edu.uy/content/staff-0

Cochran, A., Neumayer, L., y Elder, W. B. (2019). Barriers to careers identified by women in academic surgery: A grounded theory model. *The American Journal of Surgery, 218*, 780- 785. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.07.015

Colegio Médico del Uruguay. (2025). *¿Cómo pensamos el rol de la mujer médica? Coloquio*. https://www.colegiomedico.org.uy/como-pensamos-el-rol-de-la-mujer-medica-coloquio/

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). *40 años de la Agenda Regional de Género*. Naciones Unidas. https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/40_anos_de_agenda_regional_de_genero.pdf

Corley, J., Shehhi, N., y Kim, E. (2020). Gender equity in global surgery: the feminist mission to achieve the 2030 goals. *Journal of Public Health and Emergency, 4*(20), 1-7. http://dx.doi.org/10.21037/jphe-20-86

Cornejo, M., Mendoza, F. y Rojas, R. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *PSYKHE, 17*(1), 29-39. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96717104

Costa, R. (1976). *Para una definición social de los actores sociales. La teoría del campo.* Mimeo.

Crispi, F., Franz, N., y Viveros, G. (2018). “En Salud También”: Acoso sexual y discriminación de género en la práctica médica. *Cuadernos Médicos Sociales, 58(*2), 17-22. https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/278

Cumpa, N., y Gallino, G. (2020). La mujer en Cirugía: una exploración de las barreras en la carrera laboral. *Revista Argentina de Cirugía. 112*(1), 30- 42. http://dx.doi.org/10.25132/raac.v112.n1.1423.es

d'Oliveira Pazos, L., Craviotto, M., Camacho, E., y Cunha, A. (2021). Situación de las mujeres en la Cirugía Plástica en Uruguay. *Cirugía Plástica Ibero- Latinoamericana. 47*(1) 73-80. http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922021000100010

d'Oliveira Pazos, L., Hugón, I. A., Dávila, M., Craviotto, M., y Delgado, A. R. (2024). Análisis de distribución de género en los congresos Ibero Latinoamericanos de Cirugía Plástica de los últimos 13 años. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, *50*(2), 185-194. http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922024000200011

Dajas, F. (2010). El cerebro violento. Sobre la psicobiología de la violencia y los comportamientos agresivos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, *74*(1), 22-37. http://www.spu.org.uy/revista/ago2010/03_EL%20CEREBRO_VIOLENTO.pdf

Delgado, A. (2018). ¡Juntas somos más fuertes! Denuncia de la transmisión patriarcal en la facultad de medicina. *Mujeres y Salud, (43)*. https://matriz.net/mys43/43_sumario.htm

Domínguez-Torres, L. C., Sanabria-Quiroga, Á. E., Torregrosa-Almonacid, L., y Vega-Peña, N. V. (2024). Acoso laboral y sexual en residentes de cirugía colombianos en 2023. *Revista Colombiana de Cirugía, 39*(5), 681-690. https://doi.org/10.30944/20117582.2531

Elango, M., Asaad, M., Kotta, P. A., Rajesh, A., Kaakeh, R., Mitchell, D. T., y Tran, N. V. (2021). Gender Disparity in Abstract Presentation at Plastic Surgery Meetings. *Journal of Surgical Research*, *265*, 204-211. https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.02.010

Escuela de graduados. (2026). *Residencias médicas- prueba única de ingreso- prueba única.* http://www.egradu.fmed.edu.uy/node/173

Espasandín, M., y López, A. (2018). El acoso sexual: un asunto relevante de derechos humanos y equidad de género. En M. Espasandín y A. López. (Coords.), *Acoso sexual en los*

ámbitos laboral y educativo: Aportes hacia una propuesta de intervención, (pp. 15-20). Universidad de la República.

Espinosa L. C., y Corradi, C. (2025). Mediaciones entre la violencia académica contra mujeres y su autopercepción como víctimas. *Estudios sociológicos*, *43*. https://doi.org/10.24201/es.2025v43.e2756

Facultad de Medicina. (2020). *Comisión de Género y asesora en materia de aplicación de las políticas centrales sobre acoso, violencia y discriminación.* http://www.fmed.edu.uy/institucional/comisiones/comision_genero

Facultad de Medicina. (2021, agosto 19). *Acuerdo de comportamientos profesionales.* https://observatorioprofesional.fmed.edu.uy/acuerdo-de-comportamientos-profesionales/

Facultad de Medicina. (2026a). *Política institucional de igualdad de género.* http://www.clitoa.fmed.edu.uy/sites/default/files/comisiones/Pol%C3%ADtica%20versi%C3%B3n%20final.pdf

Facultad de Medicina. (2026b). *Unidades Académicas*. https://www.fmed.edu.uy/institucional/unidades-academicas

Farkas, A. H., Scholcoff, C., Machen, J. L., Kay, C., Nickoloff, S., Fletcher, K. E., y Jackson, J. L. (2020). The Experience of Male Physicians with Sexual and Gender-Based Harassment: A Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine, 35*(8), 2383-2388. https://doi.org/10.1007/s11606-020-05695-4

Farley, L. (1978). *Sexual shakedown: The sexual harassment of women on the job.* McGraw-Hill

Farrington, K. (1986). The application of stress theory to the study of family violence: Principles, problems, and prospects. *Journal of family violence*, *1*(2). https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF00977249

Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de sueños.

Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Traficantes de sueños.

Fernández, A. M. (2010). *La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós.

Fernández Soto, M., Galván, E., Robaina, S., Tenenbaum, V., y Tomassini, C. (2024). Brechas de género en las trayectorias académicas en Uruguay: Formación, producción y acceso a cargos. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad-CTS*, *20*(58), 65–89. https://doi.org/10.52712/issn.1850-0013-510

Folgueiras, P. (2016). *Técnica de recogida de información: La entrevista.* Documento de trabajo. https://diposit.ub.edu/items/78e4a52d-e79d-426f-89ae-da5ba2bb45f1

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Intendencia de Montevideo y Facultad de Psicología de la Universidad de la República. (2023). *Violentómetro* [Ficha informativa]. https://uruguay.unfpa.org/es/publications/violent%C3%B3metro

Fontela, L., y Rostagnol, S. (2018). El acoso en espacios no íntimos: manifestación y expresión de violencia. En M. Espasandín y A. López. (Coords.), *Acoso sexual en los ámbitos laboral y educativo: Aportes hacia una propuesta de intervención,* (pp. 101-114). Universidad de la República.

Forel, D., Vandepeer, M., Duncan, J., Tivey, D. R., y Tobin, S. A. (2018). Leaving surgical training: some of the reasons are in surgery. *ANZ Journal of Surgery, 88*(5), 402-407. https://doi.org/10.1111/ans.14393

Foucault, M. (1979). *La microfísica del poder.* Edissa.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo veintiuno.

Freedman-Weiss, M. R., Chiu, A. S., Heller, D. R., Cutler, A. S., Longo, W. E., Ahuja, N., y Yoo, P. S. (2020). Understanding the Barriers to Reporting Sexual Harassment in Surgical Training. *Annals of Surgery*, *271*(4), 608-613. https://doi.org/10.1097/sla.0000000000003295

Frías, S. M. (2013). Definiciones, género y acoso sexual en el ámbito laboral: el caso de un tribunal federal mexicano. En M. C. Agoff, I. Casique y R. Castro (Coords.), *Visible en todas partes. Estudios sobre violencias contra las mujeres en múltiples ámbitos* (pp.75-102). Porrúa.

Galeotti, R. (2018). Acoso sexual en los ámbitos laboral y educativo:aportes psicosociales para su detección y abordaje. En M. Espasandín y A. López. (Coords.), *Acoso sexual en los ámbitos laboral y educativo: Aportes hacia una propuesta de intervención,* (pp. 59-66). Universidad de la República.

Gamero, N. L., Arenas, A., Corlett, S., Di Marco, D., Elgoibar, P., Lopez-Cabrera, R., Martínez-Corts, I., Medina F.J., Munduate, L., y Sanclemente, F. (2022). Segregación de Género y Salud Laboral. Publicaciones online del Observatorio de Salud Laboral desde la Perspectiva de Género (IAPRL). Junta de Andalucía. https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2022/07/SEGREGACI%C3%93N%20DE%20G%C3%89NERO%20Y%20SALUD%20LABORAL%20.pdf

Gianakos, A. L., Freischlag, J. A., Mercurio, A. M., Haring, R. S., LaPorte, D. M., Mulcahey, M. K., Cannada, L. K., y Kennedy, J. G. (2022). Bullying, Discrimination, Harassment, Sexual Harassment, and the Fear of Retaliation During Surgical Residency Training: A Systematic Review. *World Journal of Surgery, 46*(7), 1587-1599. https://doi.org/10.1007/s00268-021-06432-6

Giglio, V., Schneider, P., Bond, Z., Madden, K., McKay, P., Bozzo, A., Bhandari, M., y Ghert, M. (2022). Prevalence of gender-based and sexual harassment within orthopedic surgery in Canada. *Canadian Journal of Surgery*, *65*(1), E45-E51. https://doi.org/10.1503/cjs.013120

Goffman, E. (2001). *Internados*. Amorrortu.

Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.

Golub, S. (1992). *Periods: From menarche to menopause*. SAGE.

Gondolf, E. W. (2014). Why Straus's "Reanalysis" of physical tactics used by female partners is wrong: a response to "Addressing violence by female partners is vital to prevent or stop violence against women: evidence from the multisite batterer intervention evaluation," by Murray Straus, Violence Against Women, 20, 889-899. *Sage Journals*, *20*(12), 1539–1546. https://doi.org/10.1177/1077801214563348

González, F., Barbero, M., Barrero, G., y Batthyany, K. (2018). *La profesión médica en Uruguay: Caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en Uruguay*. Colegio Médico.

Goode, W. J. (1971). Force and violence in the family. *Journal of Marriage and the Family*, 624-636. https://doi.org/10.2307/349435

Gutiérrez, A. (2005). *Las prácticas sociales. Una introducción a Bourdieu*. Ferreyra.

Guzmán, V; Mauro, A., y Araujo, K. (1999). *Trayectorias laborales de mujeres. Cambios generacionales en el mercado de trabajo*. CEM.

Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence against women*, *4*(3), 262-290. https://doi.org/10.1177/1077801298004003002

Hercovich, I. (1992) De la opción “sexo o muerte” a la transacción “sexo por vida”. En A. M. Fernández (Comp.) *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias,* (pp. 63-68). Paidós.

Hernández, H., y Alvear, G. (2020). Violencia en la formación médica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 63*(2), 46-55. http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.2.07

Hernández-Pérez, F., Castro-Valdez, I. C., y Polaco-de La Vega, T. (2024). Violencia y acoso sexual en el internado de pregrado y en las residencias médicas. *Revista de Educación e Investigación en Emergencias, 6*(3). https://doi.org/10.24875/reie.23000095

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Interamericana.

Hospital de Clínicas. (2026). *Servicios clínicos*. https://www.hc.edu.uy/index.php/servicios-clinicos#urologia

Hospital Maciel. (2026). *Clínica quirúrgica 3*. https://hospitalmaciel.com.uy/services/clinica-quirurgica-3/

Hospital Pasteur. (2026). *Clínica quirúrgica 1 Integrantes*. https://quirurgica1pasteur.com.uy/integrantes.html

Hu, Y- Y., Ellis, R. J., Hewitt, D. B., Yang, A. D., Cheung, E. O., Moskowitz, J. T., Potts, J.R., Buyske, J., Hoyt, D. B., Nasca, T. J., y Bilimoria, K. Y. (2019). Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. *The New England Journal of Medicine, 381*(18), 1-12. https://doi.org/10.1056/nejmsa1903759

Huatuco, R. M. P., Beti, M. S. P., Andrade, R. D., Bastet, J., Di Corpo, M., García, M., y Sánchez, M. B. (2022). Expectations and professional fulfillment in general surgery and surgical sub-specialties: Current situation of young surgeons in Cordoba. *Revista Argentina de Cirugía, 114*(4), 328-337. https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/573/3747

Instituto Nacional de Estadística, Instituto Nacional de las Mujeres y Consejo Nacional Consultivo por una Vida Libre de Violencia de Género hacia las Mujeres. (2020). *Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones: Informe general de resultados*. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Segunda%20encuesta%C2%A0naciona.pdf?utm_source=chatgpt.com

Instituto Nacional de las Mujeres. (2024, marzo 20). *Estadísticas de Género 2022*. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/estadisticas-genero-2022

Iroegbu-Emeruem, L., Oyan, B., Abere, S., Oparaodu, U. A., Okeke, F., Chris-Biriowu, B., y Adu, B. G. (2023). Gender Perspective in the Workplace: The Experience of Women Medical

Doctors. *Nigerian Medical Journal*, *64*(5), 653-660. https://doi.org/10.60787/NMJ-64-5-329

Kawase, K., Carpelan-Holmström, M., Kwong, A., y Sanfey, H. (2015). Factors that Can Promote or Impede the Advancement of Women as Leaders in Surgery: Results from an International Survey. *World Journal of Surgery, 40*(2), 258-266. https://doi.org/10.1007/s00268-015-3332-x

Kearns, K. N, Rabinovich, E.P, Shabo, L., Shaffrey, M. E, Jane, J. A., y Park, M. S. (2022). Gender Equity of Promoting Practices in Academic Neurosurgery in the United States. *WORLD NEUROSURGERY, 158*, 139-147. https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.11.017

Kheir, O. O., Khair, H. M., y Mapayi, B. (2023). Prevalence of sexual harassment among female medical staff in four Khartoum State tertiary hospitals. *Pan African Medical Journal*, *45*(1). https://doi.org/10.11604/pamj.2023.45.30.36072

Klein, R., Law K., y Koch, J. (2020). Gender Representation Matters: Intervention to Solicit Medical Resident Input to Enable Equity in Leadership in Graduate Medical Education. *Academic Medicine. 95*(12), 593- 597. https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003698

Kono, E., Isozumi, U., Nomura, S., Okoshi, K., Yamamoto, H., Miyata, H., Yasufuku, I., Maeda, H., Sakamoto, J., Uchiyama, K., Kakeji, Y., Yoshida, K., y Kitagawa, Y. (2022). Surgical Experience Disparity Between Male and Female Surgeons in Japan. *JAMA Surgery, 157*(9). https://doi.org/10.1001/jamasurg.2022.2938

Lagarde y de los Ríos, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas.* Universidad Nacional Autónoma de México.

Lamas, M. (2016). Género. En. H. Moreno y E. Alcántara (Comp.) *Conceptos claves de los estudios de género* (pp. 155- 169). U-Tópicas. https://www.ses.unam.mx/curso2020/materiales/Sesion14/Lamas2016_Genero.pdf

Lawlor, C., Kawai, K., Tracy, L., Sobin, L., y Kenna, M. (2021). Women in Otolaryngology: Experiences of Being Female in the Specialty. *The Laryngoscope, 131*(2). https://doi.org/10.1002/lary.28917

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). El proceso de afrontamiento: una alternativa a las formulaciones tradicionales. En R. S. Lazarus y S. Folkman. *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca

Liang, R., Dornan, T., y Nestel, D. (2019). Why do women leave surgical training? A qualitative and feminist study. *Lancet, 393*, 541–49. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32612-6

López Gómez, A. (2016). Tensiones entre lo (i) legal y lo (i) legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Salud colectiva*, *12*, 23-39. https://doi.org/10.18294/sc.2016.857

López Gómez, A. (2018). La salud sexual y reproductiva en Uruguay: posibilidades y limitaciones en su análisis desde la teoría de los campos de Bourdieu. En R. Castro y H. J. Suárez (Coords.), *Pierre Bourdieu en la Sociología Latinoamericana campo y habitus en la investigación* (pp. 167-188). Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

López Gómez, A. (2019). Violencia contra las mujeres en el ámbito universitario: una realidad emergente en la región. *Interface (Botucatu), 2019*(23), 1-5. https://doi.org/10.1590/Interface.190651

López, P. (2018). Violencia de género y acoso sexual en entornos digitales. En M. Espasandín y A. López. (Coords.), *Acoso sexual en los ámbitos laboral y educativo: Aportes hacia una propuesta de intervención* (pp. 67-80). Universidad de la República.

Magnone, N., y Pacci, G. (2018). Hacia la comprensión del acoso sexual laboral y educativo. En M. Espasandín y A. López. (Coords.), *Acoso sexual en los ámbitos laboral y educativo: Aportes hacia una propuesta de intervención,* (pp. 81-100). Universidad de la República.

Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., y García N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista médica clínica las Condes. 30*(1), 36-49. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005

Martin, J. R., y White, P. R. R. (2005). *The language of evaluation: Appraisal in English*. Palgrave Macmillan.

Mason, J. (1996). *Qualitative researching*. Sage.

Meyer-Lindenberg, A., Buckholtz, J. W., Kolachana, B., R Hariri, A., Pezawas, L., Blasi, G., Wabnitz, A., Honea, R., Verchinski, B., Callicott, J. H., Egan, M., Mattay, V., y Weinberger, D. R. (2006). Neural mechanisms of genetic risk for impulsivity and violence in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *103*(16), 6269-6274. https://doi.org/10.1073/pnas.0511311103

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Solicitud de registro y habilitación de títulos y certificados de profesionales de la salud*. https://www.gub.uy/tramites/solicitud-registro-habilitacion-titulos-certificados-profesionales-salud

Ministerio del Interior, Dirección Nacional de Políticas de Género. (2025). *Indicadores de violencia doméstica y de género- Informe Enero- Octubre 2025.* https://www.gub.uy/ministerio-interior/datos-y-estadisticas/estadisticas/indicadores-violencia-domestica-genero-informe-enero-octubre-2025

Ministerio de Desarrollo Social. (2026). *Modelo de calidad con equidad de género*. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/mceg

Moreno, S., Sanabria, P., Artemo, L., y Valencia,C. (2015). ¿“Sutilezas” de la discriminación y la violencia basada en el género? situación de los y las estudiantes de pregrado y posgrados de una Facultad de Medicina en Bogotá D.C. *Revista Med, 23*(1) 27-37. https://doi.org/10.18359/rmed.1327

Mujeres Medicina. (2020). *La medicina: Un campo minado de violencia institucional y laboral.* https://mujeresmedicina.wixsite.com/mmfmed/post/la-medicina-un-campo-minado-de-violencia-institucional-y-laboral

Mulcahey, M. K., Nemeth, C., Trojan, J., y O’Connor, M. (2018). The Perception of Pregnancy and Parenthood Among Female Orthopaedic Surgery Residents. *Journal of the american academy of orthopaedic surgeons, 00*(0). https://doi.org/10.5435/jaaos-d-18-00216

Myers, S. P., Hill, K. A., Nicholson, K. J., Neal, M. D., Hamm, M. E., Switzer, G. E., Hausmann, L. R. M., Hamad, G. G., Rosengart, M. R., y Littleton, E. B. (2018). A qualitative study of gender differences in the experiences of general surgery trainees. *Journal of surgical research, 228*, 127-134. https://doi.org/10.1016/j.jss.2018.02.043

Nayyar, A., Scarlet, S., y Strassle, P. D. (2019, enero 31). *A national survey of sexual harassment among surgeons* [Resumen de presentación de congreso]. *Academic Surgical Congress Abstracts Archive*. https://www.asc-abstracts.org/abs2019/85-06-a-national-survey-of-sexual-harassment-among-surgeons/

Neffa, J. C. (1999). Actividad, trabajo y empleo: algunas reflexiones sobre un tema en debate. *Orientación y sociedad*, *1*, 127-161. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2956/pr.2956.pdf

Nguyen, M., Gonzalez, L., Stain, S. C., Dardik, A., Chaudhry, S. I., Desai, M. M., Boatright, D., y Butler, P. D. (2024). Association of Socioeconomic Status, Sex, Racial, and Ethnic Identity With Sustained and Cultivated Careers in Surgery. *Annals of Surgery, 279*(3), 367-373. https://doi.org/10.1097/sla.0000000000006029

Nukala, M., Freedman-Weiss, M., Yoo, P., y Smeds, M. R. (2020). Sexual Harassment in Vascular Surgery Training Programs. *Annals of vascular surgery*, *62*, 92–97. https://doi.org/10.1016/j.avsg.2019.05.011

Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.* https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

Organización de las Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado. América del Sur Oficina Regional. (2016, julio 25). *Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) – Uruguay.*

https://acnudh.org/comite-para-la-eliminacion-de-la-discriminacion-contra-la-mujer-cedaw-uruguay-2016/

Organización de las Naciones Unidas. (2025). *Perfil de género y generaciones en Uruguay*. https://uruguay.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1161/files/documents/2025-03/es-perfilgenero-uy_20mar25_onu.pdf

Organización de las Naciones Unidas.(1995). *Declaración y Plataforma de acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. ONU Mujeres. (Obra original publicada en 1995)* https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf

Organización de las Naciones Unidas Mujeres. (2023, junio 17). *La violencia de género es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo.* https://unric.org/es/la-violencia-de-genero-segun-la-onu/#:~:text=La%20violencia%20de%20g%C3%A9nero%20puede%20tomar%20muchas%20formas:%20violencia%20de,logran%20sobrevivir%20pueden%20ser%20permanentes

Organización de los Estados Americanos. (1994, junio 9). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará"*. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/1963.pdf

Organización Internacional del Trabajo. (2019). *Convenio sobre la violencia y el acoso en el mundo del trabajo (Convenio núm. 190)*. https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190

Oteíza, T., y Pinuer, C. (2019). El sistema de valoración como herramienta teórico-metodológica para el estudio social e ideológico del discurso. *Logos (La Serena)*, *29*(2), 207-229. https://dx.doi.org/10.15443/rl2918

Pagotto, V., Giunta, D., y Dawidowski, A. R. (2020). Enfoque de género en las residencias

médicas de un hospital universitario. *Medicina, 80*(3), 219-228. https://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v80n3/v80n3a05.pdf

Pantoja De Prada, V., Ulloa Valenzuela, G., Diaz Cabezas, D., Valenzuela Carvajal, K., Ortíz Matamala, F., y Rebolledo Díaz, C. (2024). Asociación entre género y la elección de especialidades médicas en Chile. *Revista de Cirugía, 76*(4). https://doi.org/10.35687/s2452-454920240042124

Paulo, D., Assis, M. D. S., y Kreuger, M. R. O. (2020). Análise dos fatores que levam mulheres médicas a não optarem por especialidades cirúrgicas. *Revista de Medicina, 99*(3), 230-235. https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i3p230-235

Pérez Guardo, R. (2012). Las limitaciones en la cuantificación del acoso sexual laboral en España. *Athenea Digital, 12*(2), 199-219. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4150984

Pfaff, D. W., Kavaliers, M., y Choleris, E. (2008). Mechanisms underlying an ability to behave ethically. *The American journal of bioethics*, *8*(5). https://doi.org/10.1080/15265160802179994

Pickel, L., y Sivachandran, N. (2024). Gender trends in Canadian medicine and surgery: The past 30 years. *BMC Medical Education*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12909-024-05071-4

Pujadas Muñoz, J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales.* Centro de Investigaciones Sociológicas.

Piñeyro, A. (Comp.). (2020). *Libro del centenario (1920- 2020)*. Sociedad de Cirugía del Uruguay. https://scu.org.uy/libro-del-centenario/

Quispe-Arminta, M., y Shu-Yip, S. B. (2021). Representación femenina en las especialidades quirúrgicas y afines en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública, 38*(3), 452- 457. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.383.8192

Ramírez, A. (2002). Violencia masculina en el hogar. *El cotidiano*, *18*(113), 28-36. https://www.redalyc.org/pdf/325/32511304.pdf

Ramírez, J. (2006). Bioquímica de la agresión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 5*, 43-66. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2386325

Rangel, E. L., Smink, D. S., Castillo-Angeles, M., Kwakye, G., Changala, M., Haider, A. H., y Doherty, G. (2018). Pregnancy and Motherhood During Surgical Training. *JAMA Surgery, 153*(7), 644-652. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0153

Real, E. P., Piedrahíta, J. F., Hernández, N. B., y Almada, H. R. (2025). Comportamientos inadecuados de connotación sexual en el ejercicio profesional: denuncias ante el Tribunal de Ética Médica (Uruguay, 2012–2024). *Revista Española de Medicina Legal*, *51*(2). 10.1016/j.reml.2025.500434

Real Academia Española. (2026). *Diccionario panhispánico de dudas.* https://www.rae.es/dpd/conciliar

Residencias Médicas. (2025a). *Duración y carga horaria de las residencias médicas en Uruguay.* https://residenciasmedicas.com.uy/duracion-y-carga-horaria-de-las-residencias-medicas-en-uruguay/

Residencias médicas. (2025b). *La prueba única de residencias médicas 2023 en Uruguay: un año de cambios y oportunidades.* https://residenciasmedicas.com.uy/la-prueba-unica-de-residencias-medicas-2023-en-uruguay-un-ano-de-cambios-y-oportunidades/

Residencias médicas. (2025c). *La formación centralizada en Montevideo dificulta la radicación de especialistas en el interior de Uruguay.* https://residenciasmedicas.com.uy/la-formacion-centralizada-en-montevideo-dificulta-la-radicacion-de-especialistas-en-el-interior-de-uruguay/

Rey, G., Goncalvez, G., Blasina, F., Alemán, A., y González, F. (2020). Medio siglo craquelando el techo de cristal: romperlo no ha sido posible. *Anales de la Facultad de Medicina, 7*(2). e2020v7n2e501. https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfamed/article/view/470

Roberti, E. (2017). Perspectivas sociológicas en el abordaje de las trayectorias: un análisis sobre los usos, significados y potencialidades de una aproximación controversial. *Sociologías*,*19*(45), 300-335. https://doi.org/10.1590/15174522-019004513

Robinson, I., Silva, A., Abdou, S., Daar, D., Hazen, A., y Thanik, V. (2020). Melting the Plastic Ceiling: Where We Currently Stand on Measures to Support Women in Academic Plastic Surgery. *Female Academic Leadership. 146*(3), 698- 707. https://doi.org/10.1097/prs.0000000000007090

Robledo, J. I., y Chrisler, J. C. (2020). The Menstrual Mark: Menstruation as Social Stigma. En C. Bobel, C. I. T. Winkler, B. Fahs, K. A. Hasson, E. A. Kissling y T. A. Roberts (Eds.), *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, (pp. 181–199). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7_17

Roman, S., Jimenez, M., Odubu, F., Chereau, N., Henne-Bruns, D., Yip, C., Howle, J., y Patti, M. (2018). Symposium Celebrating Women Surgeons Around the World. *World J Surg 42*, 3825–3840. https://doi.org/10.1007/s00268-018-4712-9

Ruiz Olabuénaga, J. I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.

Rush, F. (Ed.). (2004). *The Cambridge companion to critical theory*. Cambridge University Press.

Sánchez-Montes, I., Cuéllar-Aguirre, C., Gómez-Herrera, M. N., López-Gavito, E., Baridó-Murguía, M. E., Escamilla-Ortiz, A., y Barradas-Guevara, M. D. C. (2024). Discriminación de la cirujana en el ejercicio de su profesión. *Cirugía y Cirujanos*, *92*(2). https://doi.org/10.24875/ciru.23000015

Santos, E. G., Roque, L., Maya, M. C., Moreira, R. C., Lima, F. L., y Correia, M. I. T. D. (2021). PERCEPTION OF HARASSMENT AMONG FEMALE SURGEONS. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 48*. https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20213123

Scheffer, M. (Coord.) (2020). *Demografia Médica no Brasil 2020.* https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf

Schlick, C. J. R., Ellis, R. J., Etkin, C. D., Greenberg, C. C., Greenberg, J. A., Turner, P. L., Buyske, J., Hoyt, D. B., Nasca, T. J., Bilimoria, K. Y., y Hu, Y.-Y. (2021). Experiences of Gender Discrimination and Sexual Harassment Among Residents in General Surgery Programs Across the US. *JAMA Surgery*, *156*(10), 942-952. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.3195

Schwarz, L., Sippel, S., Entwistle, A., Hell, A. K., y Koenig, S. (2016). Biographic Characteristics and Factors Perceived as Affecting Female and Male Careers in Academic Surgery: The Tenured Gender Battle to Make It to the Top. *European Surgical Research, 57*, 139-154. 10.1159/000446874

Segato, R. L. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Universidad Nacional de Quilmes.

Serna López, M. G., y Macleod Howland, M. (s. f.). *Metáforas de los mecanismos de exclusión de género: barreras de las mujeres en la carrera científica*. https://congresos.cio.mx/12_enc_mujer_previa/archivos/extensos/sesion5/S5-CS08.pdf

Siever, L. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry, 165*, 429-442. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111774

Silva Vera, M., y Jiménez González, M. de J. (2021). Violencia Feminicida en Médicas Pasantes de Servicio Social. *Informes Psicológicos, 21*(2) 193-207. http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v21n2a12

Sindicato Médico del Uruguay. (2020a). Violencia basada en género en el ejercicio de la medicina. [Diapositiva de PowerPoint] https://www.smu.org.uy/wpsmu/wp-content/uploads/2020/11/Encuesta-VbG-SMU.pdf

Sindicato Médico del Uruguay. (2020b, septiembre). Primer Congreso SMU: trabajando en las bases del futuro. *El diario médico, 234*, 7-9. https://eldiariomedico.com.uy/diarios/a23/diario%20medico%20234.pdf

Sindicato Médico del Uruguay. (2021, noviembre 25). *SMU presentó Protocolo de Actuación del SMU frente a situaciones de violencia basada en género.* https://www.smu.org.uy/smu-presento-protocolo-de-actuacion-del-smu-frente-a-situaciones-de-violencia-basada-en-genero/

Skan, O., Tregidgo, L., Tizzard, J., Westlake, I., y Joji, N. (2025). Examining medical students' experience of gender-based discrimination and sexual harassment from clinical teachers at a UK medical school. *Medical Teacher*, *47*(2), 300-308. https://doi.org/10.1080/0142159x.2024.2331034

Smith, V. (2013). Sticky Floor. En V. Smith (Ed.) *Sociology of work an encyclopedia* (pp.825-827). SAGE.

Sociedad de Cirugía del Uruguay. (2022a, marzo 11). Capítulo de cirujanas uruguayas Laberinto Dra Alicia Villarino [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=q560EgnDDBM

Sociedad de Cirugía del Uruguay. (2022b, marzo 11). Capítulo de cirujanas uruguayas objetivando nuestra realidad Dra. Gabriela Wagner [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=ECmwjjL021c

Sociedad de Cirugía del Uruguay. (2022c, marzo 11). Capítulo de cirujanas uruguayas pasado, presente y futuro… Dra. Mariela Machín [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=3ebyHNNTL20&t=94s

Sociedad de Cirugía del Uruguay. (2026). *Capítulo de cirujanas uruguayas*. https://scu.org.uy/de-la-mujer-cirujana/

Soler, H., Vinayak, P., y Quadagno, D. (2000). Biosocial aspects of domestic violence. *Psychoneuroendocrinology*, *25*(7), 721-739. https://doi.org/10.1016/S0306-4530(00)00022-6

Sommer, M., Chrisler, J. C., Yong, P. J., Carneiro, M. M., Koistinen, I. S., y Brown, N. (2024). Menstruation myths. *Nature Human Behaviour*, *8*(11), 2086-2089. https://doi.org/10.1038/s41562-024-02057-6

Sprow, H. N., Hansen, N. F., Loeb, H. E, Wight. C. L, Patterson, R. H, Vervoort, D., Kim, E.E., Greving, R., Mazhiqui, A., Wall, K., Corley, J., Anderson, E., y Chu, K. (2021). Gender-Based Microaggressions in Surgery: A Scoping Review of the Global Literature. *World Journal of Surgery, 45*, 1409–1422. https://doi.org/10.1007/s00268-021-05974-z

Stone, L., Phillips, C., y Douglas, K. A. (2019). Sexual assault and harassment of doctors, by doctors: A qualitative study. *Medical Education, 53*(8), 833-843. https://doi.org/10.1111/medu.13912

Straus, M. A. (2010). Thirty Years of Denying the Evidence on Gender Symmetry in Partner Violence: Implications for Prevention and Treatment. *Partner Abuse, 1*(3), 332-363. https://doi.org/10.1891/1946-6560.1.3.332

Surroca, A. (2024). Romper el silencio. Análisis discursivo de las denuncias de violencia contra las mujeres bajo el #MeLoDijeronEnLaFmed. *Gender on Digital Journal of Digital Feminism, 2*, 83-94. https://doi.org/10.35869/god.v2.5894

Sautu, R. (2003). *Todo es teoría: Objetivos de investigación y estrategia metodológica*. Lumiere. https://biblioteca.umem.mx/books/Ruth%20Sautu/Todo%20es%20teoria%20(1350)/Todo%20es%20teoria%20-%20Ruth%20Sautu.pdf

Tellechea, D. Ferone, L., y Ruiz, K. (2012). *Guía de procedimiento para el abordaje y tratamiento del acoso sexual en el trabajo.* Inmujeres. https://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/20550/1/guia_acoso_sexual_laboral_final_1105_web.pdf

Tobío Soler, C. (2024). Conciliación o contradicción: Cómo hacen las madres trabajadoras. *Revista Española De Investigaciones Sociológicas, (97)*, 155–186. https://doi.org/10.5477/cis/reis.97.155

Tsukazan, M. T. R., y Ugalde, P. A. (2021). Women in thoracic surgery: Perspectives from South America. *Journal of Thoracic Disease, 13*(1), 460-463. https://doi.org/10.21037/jtd.2020.04.12

Turbau, R. (2018). ¿Patriarcado en la facultad de medicina? estudiar en la Facultad de Medicina ¡una experiencia surrealista!. *Mujeres y Salud, 43*. https://matriz.net/mys43/43_sumario.htm

Umoetok, F.,Van Wyk J. M., y Madiba,T. E. (2017). Does gender impact on female doctors' experiences in the training and practice of surgery? A single centre study. *South African Journal of Surgery, 55*(3), 8-12. https://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0038-23612017000300004

Universidad de la República. (2025). *Un tema incómodo. La difícil tarea de reconocer las discriminaciones y el acoso sexual en la Universidad de la República.* Universidad de la República - Doble clic. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/52353/1/Informe%20an%C3%A1lisis%20encuesta%20VAD-Udelar-1.pdf

Universidad de la República. (2026a). *Comisión central sobre violencia, acoso y discriminación.* https://gestion.udelar.edu.uy/institucional/comision-central-sobre-violencia-acoso-y-discriminacion

Universidad de la República. (2026b). *Unidad Central sobre Violencia, Acoso y Discriminación.* https://gestion.udelar.edu.uy/institucional/unidad-central-sobre-violencia-acoso-y-discriminacion

Universidad de la República. (2026c). *Comisión Abierta de Equidad y Género.* https://gestion.udelar.edu.uy/institucional/comision-abierta-de-equidad-y-genero

Universidad de la República. (2026d). *Redes temáticas*. https://udelar.edu.uy/redes-tematicas

Uruguay (1986, septiembre 17). *Decreto n° 504/986: Consejos de salarios - Grupo n° 40 asistencia médica y grupos anexos*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. https://www.impo.com.uy/bases/decretos/504-1986/2

Vander Zanden, J. W. (1986). *Manual de psicología social*. Paidós.

Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder.* Cátedra.

Vargas, A., y Bedoya Vaca, R. D. C. (2021). Cuéntame UCE: Violencia de género en la formación médica. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, *46*(1), 33-46. https://doi.org/10.29166/rfcmq.v46i1.2709

Varpio, L., Harvey, E., Jaarsma, D., Dudek, N., Hay, M., Day, K., Bader Larsen, K., y Cleland, J. (2020). Attaining full professor: Women's and men's experiences in medical education. *Medical Education, 55*(5), 582-594. https://doi.org/10.1111/medu.14392

Verona, J. A. G., Pastor, J. F., De Paz, F., Barbosa, M., Macías, J. A., Maniega, M. A., y Picornell, I. (2002). Psicobiología de las conductas agresivas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, *18*(2), 293-303. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=305030

Viana, S. W., Campos, L. N., Do-Nascimento, M. E. D. F. M., Ribeiro, L. S., Morais, V. M. D. F., Haddad, J. O. D., Ferreira, R. V., Lage, F., y Ferreira, J. L. (2022). Women Representation in Surgical Specialties: Reflections about Gender Equity after the 34th Brazilian Surgical Conference. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 49*. https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223204EDIT01

Valenzuela, M. (2020). La mujer cirujano: ¿Todavía un "cuento para niñas rebeldes"?. *Revista de Cirugía, 72*(1), 7-8. https://doi.org/10.35687/s2452-45492020001322

Vilchez Cornejo, J.,Viera-Morón, R. D., Taminche-Canayo, R. C, Carrasco-Farfán, C. A., Romani, L., Mendoza–Flores, C. R, Larico-Calla, G., Álvarez-Soto, S. P., Lizana-Medrano, M., Flores- Naquiche, E., J., Saenz, J. J., y Arroyo-Hernández, H. (2021). Características y factores asociados al maltrato percibido en internos de Medicina en Perú. *Acta Médica Peruana, 38*(1), 17-26. https://doi.org/10.35663/amp.2021.381.1848

Villanueva. M. (2019). Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México, 5*, 1-35. https://doi.org/10.24201/reg.v5i0.366

Villanueva, M. (2021). “Somos médicos, no dioses. La identidad médica frente a la pandemia Covid-19”. En D. Fajardo-Chica y O. Hansberg (Comps.), *La vida emocional en la pandemia*, (pp. 77-101). Secretaría de Desarrollo Institucional-Universidad Nacional Autónoma de México

Villanueva, M. (2023a). “El alfa es el cirujano”: Estereotipos de género y prestigio en las especialidades médicas. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, *9*, 1-32. https://doi.org/10.24201/reg.v9i1.1054

Villanueva, M. (2023b). Galenidad y masculinidad: semejanzas normativas, de performance y fenomenológicas. *Debate Feminista, 67*(34), 33-65. https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2024.67.2363

Villanueva, M. (2025). De la feminización a la feministización de la medicina en México. *La ventana. Revista de estudios de género*, *7*(62), 12-49. https://doi.org/10.32870/lv.v7i62.807

Wagner, G., Campos, M., Machín, M., Cerchiari, E., Mazzola, G., Rodríguez, G., y Boudrandi, S. (2025). Gender Perspective in Medical Specializations in Uruguay: Does Gender Influence the Choice of General Surgery? *Revista Cirugía del Uruguay*, *9*(1). https://doi.org/10.31837/cir.urug/9.1.4

Wise, S., y Stanley, L. (1987). *Georgie Porgie: Sexual harassment in everyday life*. Pandora Pr.

Xepoleas, M. D., Munabi. N.C.O., Auslander, A., Magee, W. P., y Yao, C. A. (2020). The experiences of female surgeons around the world: a scoping review. *Human Resources for Health, 18*(80), 1- 28. https://doi.org/10.1186/s12960-020-00526-3

Yeo, H. L., Abelson, J. S., Mao, J., Lewis, F., Michelassi, F., Bell, R., Sedrakyan, A., y Sosa J.A. (2017). Who Makes It to the End?: A Novel Predictive Model for Identifying Surgical Residents at Risk for Attrition. *Annals of Surgery, 266(*3), 499- 507. https://doi.org/10.1097/sla.0000000000002384

Zeidan, A., Patel, J., Dys, G., Dean, L., Curt, A., Lin, M. P., y Samuels-Kalow, M. (2022). “Why bother?”: Barriers to reporting gender and sexual harassment in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine*, 29(9), 1067-1077. https://doi.org/10.1111/acem.14544

Zogg, C. K., Kandi, L. A., Thomas, H. S., Siki, M. A., Choi, A. Y., Guetter, C. R., Smith, C. B., Maduakolam, E., Kondle, S., Stein, S. L., Shaughnessy, E. A., y Ahuja, N. (2023). Comparison of Male and Female Surgeons’ Experiences With Gender Across 5 Qualitative/Quantitative Domains. *JAMA Surgery*, *158*(2), e226431. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2022.6431

Zurayk, L. F., Cheng, K. L., Zemplenyi, M., Burke, A., y Dillon, J. K. (2019). Perceptions of Sexual Harassment in Oral and Maxillofacial Surgery Training and Practice. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 77*(12), 2377-2385. https://doi.org/10.1016/j.joms.2019.08.019

Anexos

Anexo 01: Placa de convocatoria



Anexo 02: Formulario de contacto

Violencia y discriminación de género en las trayectorias de médicas cirujanas en Uruguay

Esta investigación tiene como objetivo principal conocer las percepciones sobre violencia y discriminación de género en las trayectorias educativas y profesionales de médicas cirujanas. Para ello buscamos contactar a médicas cirujanas que estén interesadas en participar de una entrevista con una duración de no más de una hora en lugar a acordar.

La investigación cuenta con el aval del Comité de ética en investigación de la Facultad de Psicología.

Si usted se encuentra interesada en participar le solicitamos sus datos de contacto para poder comunicarnos a la brevedad.

Desde ya agradecemos su interés!

Lic. Susan Fernández
Responsable del proyecto
Facultad de Psicología, Udelar
Email de contacto: proyectocirujanas@gmail.com

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Nombre Completo *

2. Correo electrónico *

3. Celular *

4. Fecha de nacimiento *

Ejemplo: 7 de enero de 2019

5. Lugar actual de residencia *

6. ¿Tiene usted hijos? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

7. Edad de sus hijos/as

8. Año de ingreso a la carrera de Medicina *

Ejemplo: 7 de enero de 2019

9. Año de egreso de la carrera de Medicina *

Ejemplo: 7 de enero de 2019

10. Año de ingreso a la carrera de Cirugía *

Ejemplo: 7 de enero de 2019

11. Año de egreso de la carrera de Cirugía *

Ejemplo: 7 de enero de 2019

12. Años de ejercicio profesional como cirujana *

13. Lugar actual de trabajo *

Marca solo un óvalo.

- Subsistema público
- Subsistema privado
- Ambos subsistemas
- Otro

14. Especialidad en Cirugía *

15. ¿Pertenece al Capítulo Cirujanas Uruguayas de la Sociedad de Cirugía del Uruguay?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Anexo 03: Pauta de la entrevista

1) ¿Cuándo comenzó a estudiar?, ¿podría contarme por qué decidió estudiar medicina y cómo fue su transcurso por la facultad? ¿Por qué decidió estudiar cirugía?, ¿cómo se imaginaba que sería y cómo ha sido?, ¿cuál fue la reacción de su familia cuando dijo que iba a estudiar medicina? ¿Cómo eran las relaciones entre estudiantes y docentes?, ¿entre estudiantes?, ¿con los pacientes? ¿Cómo era el clima en la facultad?, ¿notó cambios cuando ingresó a la residencia?

2) Actualmente ¿cómo es su ambiente laboral y las relaciones con sus jefes y compañeros de trabajo? Si pudiera sintetizar su trayectoria como médica cirujana en tres palabras ¿cuáles serían?

3) Le voy a dar una lista con una serie de ítems (instrumento basado en el violentómetro) donde usted podrá marcar qué tan de acuerdo o no está con la afirmación y si observó o vivió alguna de las situaciones que se plantean y con qué frecuencia suceden o sucedían. ¿Qué le parecieron las situaciones que se mencionaron?, ¿usted observó o vivió alguna de estas situaciones en medicina o la especialización? ¿Hay alguna situación que haya recordado y quiera mencionar?, ¿cómo vivió la situación?, ¿qué fue lo que sintió?, ¿compartió lo que sucedió con alguien?, ¿pudo hacer algún tipo de descargo? ¿por qué pasa esto? La Udelar y el SMU han tomado medidas respecto a estas situaciones ¿usted ha tenido la posibilidad de acceder a esa información?, ¿alguna vez acudió a los mecanismos de Udelar o el SMU?

4) ¿En qué etapa de su carrera se encontraba cuando se embarazó y tuvo sus hijos/as? ¿Cómo transitó los embarazos (en el internado, residencia o trabajando)? ¿Cómo es ser madre de un (bebé, niño de x años) siendo cirujana?

   En caso de no serlo: ¿Tiene personas a cargo? ¿Quiénes se encargan de sus cuidados? ¿Ha pensado en ser madre? ¿Qué implicancias cree que puede tener en su vida laboral?

   No tiene hijos/as: ¿Fue una decisión no tener hijos/as? ¿Esto tiene alguna relación con su decisión vocacional? ¿Son hechos independientes? La relación entre trabajo remunerado y no remunerado es una cuestión central en la agenda de género ¿cómo lo ve en su trabajo?

   ¿Hay algo más que quiera añadir?, ¿algún tema importante que en la entrevista no se esté cubriendo?

Anexo 04: Instrumento basado en el violentómetro

Marque para cada uno de los ítems qué tan de acuerdo está con la afirmación o si observó o vivió personalmente a lo largo de su formación médica quirúrgica alguna de las situaciones presentadas. También agradecemos indique con qué frecuencia, siendo 1: Nunca, 2: Una vez, 3: A veces, 4: Muchas veces, 5: Siempre.

1) Autoridades, personal administrativo, compañeros/as de trabajo y/o pacientes ignoran, menosprecian, subestiman y/o denigran a las médicas por su condición de mujer.

Observó la situación	Vivió personalmente la situación
1= Nunca	1= Nunca
2= Una vez	2= Una vez
3= A veces	3= A veces
4= Muchas veces	4= Muchas veces
5= Siempre	5= Siempre

2) En el mundo médico la cirugía es considerada una especialidad de hombres.

1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

3) Los pacientes prefieren ser atendidos u operados por médicos hombres.

1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo

5= Totalmente de acuerdo

4) En congresos o ateneos clínicos las médicas tienen menos tiempo de exposición para sus ponencias o son ubicadas en espacios no relevantes del programa del evento.

1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

5) A las médicas mujeres les niegan el acceso a observar o realizar intervenciones quirúrgicas por su condición de mujer.

1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

6) En los servicios de salud, a las médicas les asignan tareas menos visibles o que implican menor carga horaria y especialización.

1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

7) En el sector médico, ¿se descalifica, desautoriza o ridiculiza los aportes de una médica por su condición de mujer?

Observó la situación	Vivió personalmente la situación
1= Nunca	1= Nunca
2= Una vez	2= Una vez
3= A veces	3= A veces
4= Muchas veces	4= Muchas veces
5= Siempre	5= Siempre

8) En el sector médico, ¿se maltrata verbal o físicamente a las médicas por su condición de mujeres?

Observó la situación	Vivió personalmente la situación
1= Nunca	1= Nunca
2= Una vez	2= Una vez
3= A veces	3= A veces
4= Muchas veces	4= Muchas veces
5= Siempre	5= Siempre

9) En el internado o residencia las mujeres no toman licencia por maternidad porque al volver temen perder el acceso a observar o realizar intervenciones.

1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

10) En el sector médico, a las médicas se les pregunta si están embarazadas o se les pide una prueba de embarazo como requisito para concursar o mantenerse en su puesto de trabajo.

1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

11) En el sector médico, a las médicas las despiden, no les renuevan el contrato, pierden salario o las perjudican de alguna manera por estar embarazadas.

1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

12) En el sector médico, las autoridades o compañeros/as de trabajos realizan comentarios negativos o inapropiados a las médicas por estar embarazadas o tomar licencia por maternidad.

1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

13) En el sector médico, las médicas tienen menos oportunidades de ascender que los hombres.

1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

14) En el sector médico, ¿las médicas reciben comentarios inapropiados sobre su cuerpo, vestimenta o apariencia?

Observó la situación	Vivió personalmente la situación
1= Nunca	1= Nunca
2= Una vez	2= Una vez
3= A veces	3= A veces
4= Muchas veces	4= Muchas veces
5= Siempre	5= Siempre

15) En el sector médico, las médicas reciben insinuaciones o propuestas de tipo sexual a cambio de mejoras en calificaciones, salariales o ascensos de puesto.

1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

16) A las médicas, autoridades o compañeros de trabajo les envían mensajes, imágenes, comentarios con insinuaciones sexuales, insultos u ofensas, a través del celular, correo electrónico o redes sociales.

1= Muy en desacuerdo

2= En desacuerdo
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4= En acuerdo
5= Totalmente de acuerdo

Anexo 05: Hoja de información y consentimiento informado

Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Hoja de Información

Título de la investigación: Percepciones y apreciaciones sobre violencia y discriminación de género en las trayectorias educativas y profesionales de las médicas cirujanas en el campo médico en Montevideo - Uruguay.
Institución: Facultad de Psicología, Universidad de la República. Dr. Tristán Narvaja 1674.
Centro/grupo de investigación: Programa género, sexualidad y salud reproductiva, Instituto Psicología de la Salud.
Número de constancia de registro ante el MSP: 8831213
Número de expediente del Comité de Ética de Investigación: 191175-000161-23
Datos de contacto del/de la investigador/a responsable: Susan Fernández,

La investigación se desarrolla en el marco del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar) para obtener el título de Magíster en Psicología Social.

Tiene como objetivo principal conocer las percepciones y apreciaciones sobre la violencia y la discriminación de género en las trayectorias educativas y profesionales de las médicas cirujanas, desde la perspectiva de las propias mujeres.

Para lograr el objetivo se realizarán entrevistas en profundidad. Cada entrevista se desarrollará en dos encuentros que tendrán una duración de aproximadamente 2 horas cada uno, con una frecuencia semanal. El lugar y día del encuentro será acordado previamente. Las entrevistas serán registradas mediante la grabación de audio con previa autorización de cada participante, pudiendo negarse o interrumpir dicha grabación en cualquier momento.

Toda la información obtenida será almacenada y procesada en forma confidencial y anónima. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a esta información y en ningún caso será divulgada con datos que permitan la identificación de las participantes.

Su participación no tendrá beneficios directos para usted, aunque contribuirá a la comprensión científica de la violencia de género en las trayectorias educativas y profesionales de las médicas cirujanas habilitando a la creación de herramientas que eviten dichas situaciones. La participación en la investigación es voluntaria y libre, por lo que puede abandonar la misma cuando lo desee, sin necesidad de dar explicación alguna.

Este tipo de estudios tiene una baja probabilidad de generar potenciales riesgos, incomodidades o molestias. En caso de que esto ocurra, el equipo se compromete a coordinar con los servicios de atención de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y/o al servicio de salud al que usted esté asociada. A su vez, se hará entrega de una cartilla informativa sobre los recursos y servicios con los que cuenta la Universidad de

Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

la República y el Sindicato Médico del Uruguay ante estas situaciones.

Si tiene alguna duda sobre cualquier aspecto de la investigación, puede consultar directamente a la investigadora responsable. También puede realizar preguntas luego del estudio, escribiendo al correo electrónico que figura en el encabezado de la presente hoja de información.

Nombre investigador/a responsable: Lic. Susan Fernández Pérez

Firma

Fecha

Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Consentimiento Informado

Acepto participar en la investigación "Percepciones y apreciaciones sobre violencia y discriminación de género en las trayectorias educativas y profesionales de las médicas cirujanas en el campo médico en Montevideo - Uruguay" llevada acabo por la estudiante de maestría Lic. Susan Fernández ( ) con la orientación de la Dra. Alejandra López Gómez de la Facultad de Psicología de Udelar. Como participante, seré parte de un proceso de entrevistas sobre mi trayectoria educativa y profesional como médica cirujana.

Declaro que:

- He leído la hoja de información y, en caso de desearlo, he podido descargar una copia de la misma, para poder consultarla en el futuro.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y libre, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello cause perjuicio alguno sobre mi persona.
- Entiendo que no obtendré beneficios directos a través de mi participación, y que en caso de sentir alguna incomodidad o malestar, se me ofrecerá la atención adecuada.
- Estoy informada sobre el tratamiento confidencial y anónimo con el que se manejarán mis datos personales.
- Entiendo que, en caso de tener dudas, puedo contactar con el/la investigador/a responsable, para realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación en el mismo.
- Entiendo que al dar mi consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Expresando mi consentimiento, firmo este documento, en la fecha _____ y localidad _____:

Firma del/de la participante:	Firma del/de la investigador/a:
_____	_____
Aclaración de firma:	Aclaración de firma:
_____	_____

Anexo 06: Violentómetro



Nota. Reproducido de *Violentómetro*, por Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], Intendencia de Montevideo y Facultad de Psicología de la Universidad de la República, 2023.

Anexo 07: Cartilla informativa sobre mecanismos de prevención y acción ante situaciones de violencia basada en género brindados por Udelar y el SMU



Anexo 08: Resultados recabados a través del instrumento basado en el violentómetro

Tabla 3

Situaciones vividas u observadas por las participantes del estudio en sus trayectorias

Ítem	Evento	N	1	2	3	4	5
Autoridades, personal administrativo, compañeros/as de trabajo y/o pacientes ignoran, menosprecian, subestiman y/o denigran a las médicas por su condición de mujer.	*Observó*	14	-	-	57% (n=8)	43% (n=6)	-
	Vivió	14	14% (n=2)	7% (n=1)	71% (n=10)	7% (n=1)	-
En el sector médico, ¿se descalifica, desautoriza o ridiculiza los aportes de una médica por su condición de mujer?	*Observó*	14	7% (n=1)	-	64% (n=9)	21% (n=3)	7% (n=1)
	Vivió	13	31% (n=4)	15% (n=2)	31% (n=4)	15% (n=2)	8% (n=1)
En el sector médico, ¿se maltrata verbal o físicamente a las médicas por su condición de mujeres?	*Observó*	14	7% (n=1)	14% (n=2)	43% (n=6)	29% (n=4)	7% (n=1)
	Vivió	13	8% (n=1)	15% (n=2)	54% (n=7)	23% (n=3)	-
En el sector médico, ¿las médicas reciben comentarios inapropiados sobre su cuerpo, vestimenta o apariencia?	*Observó*	14	7% (n=1)	7% (n=1)	21% (n=3)	43% (n=6)	21% (n=3)
	Vivió	12	17% (n=2)	-	25% (n=3)	50% (n=6)	8% (n=1)

Nota. Las respuestas se midieron en una escala Likert de 5 puntos (1 = Nunca, 2 = Una vez, 3 = A veces, 4 = Muchas veces, 5 = Siempre). El instrumento fue respondido por 14 cirujanas. El signo "-" indica que nadie respondió en ese nivel de la escala (0%). N indica el n válido de cada categoría ("Observó"/"Vivió"). En el ítem "ignoran o menosprecian", n = 14 tanto para "Observó" como para "Vivió" (sin datos faltantes). En el ítem "descalifica o desautoriza", n = 14 para "Observó" y n = 13 para "Vivió" (1 dato faltante: Dra. 12). En el ítem "maltrato verbal o físico", n = 14 para "Observó" y n = 13 para "Vivió" (1 dato faltante: Dra. 12). En el ítem "comentarios sobre el cuerpo", n = 14 para "Observó" y n = 12 para "Vivió" (2 datos faltantes: Dra. 6 y Dra. 12). Elaboración propia.

Tabla 4

Percepciones de las participantes del estudio sobre violencia de género en especialidades quirúrgicas

Ítem	N	1	2	3	4	5
En el mundo médico la cirugía es considerada una especialidad de hombres.	14	14% (n=2)	7% (n=1)	21% (n=3)	43% (n=6)	14% (n=2)
Los pacientes prefieren ser atendidos u operados por médicos hombres.	14	7% (n=1)	14% (n=2)	57% (n=8)	14% (n=2)	7% (n=1)
En congresos o ateneos clínicos las médicas tienen menos tiempo de exposición para sus ponencias o son ubicadas en espacios no relevantes del programa del evento.	14	29% (n=4)	7% (n=1)	-	50% (n=7)	14% (n=2)
A las médicas mujeres les niegan el acceso a observar o realizar intervenciones quirúrgicas por su condición de mujer.	14	29% (n=4)	43% (n=6)	7% (n=1)	21% (n=3)	-
En los servicios de salud, a las médicas les asignan tareas menos visibles o que implican menor carga horaria y especialización.	14	29% (n=4)	36% (n=5)	14% (n=2)	21% (n=3)	-
En el sector médico, las médicas tienen menos oportunidades de ascender que los hombres.	13	-	8% (n=1)	8% (n=1)	23% (n=3)	62% (n=8)
En el sector médico, las médicas reciben insinuaciones o propuestas de tipo sexual a cambio de mejoras en calificaciones, salariales o ascensos de puesto.	14	-	29% (n=4)	57% (n=8)	14% (n=2)	-
A las médicas, autoridades o compañeros de trabajo les envían mensajes, imágenes, comentarios con insinuaciones sexuales, insultos u ofensas, a través del celular, correo electrónico o redes sociales.	14	-	36% (n=5)	7% (n=1)	43% (n=6)	14% (n=2)

Nota. Las respuestas se midieron en una escala Likert de 5 puntos (1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). El instrumento fue respondido por 14 cirujanas. El signo "-" indica que nadie respondió en ese nivel de la escala (0%). N = 14 para todos los ítems, salvo "menos oportunidades de ascender" (N = 13, 1 dato faltante: Dra. 12). Elaboración propia.

Tabla 5

Maternidad y trayectoria laboral

Ítem	N	1	2	3	4	5
En el internado o residencia las mujeres no toman licencia por maternidad porque al volver temen perder el acceso a observar o realizar intervenciones.	14	-	14% (n=2)	-	36% (n=5)	50% (n=7)
En el sector médico, a las médicas se les pregunta si están embarazadas o se les pide una prueba de embarazo como requisito para concursar o mantenerse en su puesto de trabajo.	14	21% (n=3)	29% (n=4)	14% (n=2)	36% (n=5)	-
En el sector médico, a las médicas las despiden, no les renuevan el contrato, pierden salario o las perjudican de alguna manera por estar embarazadas.	13	15% (n=2)	15% (n=2)	8% (n=1)	31% (n=4)	31% (n=4)
En el sector médico, las autoridades o compañeros/as realizan comentarios negativos o inapropiados a las médicas por estar embarazadas o tomar licencia por maternidad.	13	-	23% (n=3)	8% (n=1)	46% (n=6)	23% (n=3)

Nota. Las respuestas se midieron en una escala Likert de 5 puntos (1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). El instrumento fue respondido por 14 cirujanas. El signo "-" indica que nadie respondió en ese nivel de la escala (0%). N = 14 para los ítems 1 y 2, y N = 13 para los ítems 3 y 4 (1 dato faltante en cada uno: Dra. 12). Elaboración propia.