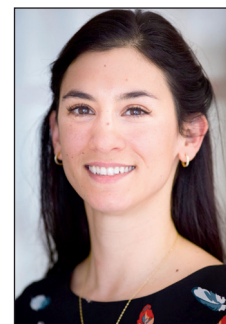


Situación de las mujeres en la Cirugía Plástica en Uruguay

State of woman in Plastic Surgery in Uruguay



D'Oliveira Pazos L.

Lucía D'OLIVEIRA PAZOS*, Matías CRAVIOTTO CORBELLINI*
Eliana CAMACHO GARCÍA**, Ana CUNHA**

Resumen

Introducción y objetivo. A pesar del aumento de mujeres en la Medicina, queda mucho por hacer en materia de equidad entre hombres y mujeres. Esta desigualdad entre ambos sexos se acentúa en especialidades quirúrgicas.

El objetivo de este trabajo es analizar la situación de las cirujanas plásticas en Uruguay. Describimos el vínculo del desarrollo profesional con la familia (pareja/hijos), la formación y desempeño docente y la eventual existencia de discriminación y acoso sexual, así como la influencia de un mentor durante su etapa profesional.

Material y método. Realizamos una encuesta electrónica, anónima y voluntaria, sin incentivo por finalizarla, que enviamos a los miembros y no miembros de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay.

Resultados. Obtuvimos 86 respuestas de cirujanos plásticos titulados y residentes: 47 mujeres (54.7%) y 39 hombres (45.3%).

Conclusiones. Este es el primer trabajo que se realiza en nuestro país respecto a la situación de las cirujanas plásticas y su vínculo entre el trabajo, la pareja, la maternidad, el trabajo docente, la discriminación, el acoso sexual y la importancia de mentores del mismo género.

Los datos obtenidos nos ponen a la par de la situación mundial en algunos aspectos. Aun así, contamos con una Sociedad con un elevado porcentaje de mujeres y que va en ascenso. Una población de cirujanos plásticos donde las edades al tener el primer hijo y el tener hijos antes o durante la residencia, no variaron entre hombres y mujeres. Una especialidad en la que la mayoría niega la presencia de acoso sexual, discriminación o haber postergado la maternidad / paternidad por la Cirugía Plástica.

Abstract

Background and objective. Despite the increase in women in Medicine, a lot of work still needs to be done in terms of equality between men and women. This inequality is accentuated in surgical specialties.

The objective of this work is to analyze the situation of women in Plastic Surgery in Uruguay. We describe the bond between professional development with family (partner / children), academy training, discrimination and sexual harassment, and the influence of a mentor during training.

Methods. An electronic, anonymous and voluntary survey was carried out, without incentive to complete it. It was sent to the members and non-members of the Society of Plastic Surgery in Uruguay.

Results. Eighty-six responses were obtained from plastic surgeons and residents of the specialty: 47 women (54.7%) and 39 men (45.3%).

Conclusions. This is the first study carried out in our country analyzing the situation of plastic surgeons and its bond between work, family, motherhood, academic work, discrimination, sexual harassment and the importance of mentors of the same gender. The data obtained revealed that in some aspects women surgeons in Uruguay suffer the same situation as the rest of the world. Nonetheless, we have a Society with a high percentage of women, that is increasing. A population of plastic surgeons where the age of having the first child and having children before or during residency did not vary between men and women. A specialty where the majority deny the presence of sexual harassment, discrimination or having postponed maternity/paternity due to Plastic Surgery.

Palabras clave Cirugía Plástica, Mujeres cirujanas, Cirugía Plástica Uruguay.

Nivel de evidencia científica 3 Significación
Recibido (esta versión) 22 abril/2020
Aceptado 26 enero/2021

Key words Plastic Surgery, Women surgeons, Plastic Surgery Uruguay.

Level of evidence 3 Meaningfulness
Received (this version) April 22/2020
Accepted January 26/2021

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.
Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Cirujano Plástico, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay.

** Médico Residente de Cirugía Plástica, Cátedra de Cirugía Plástica del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.



Introducción

A pesar del aumento de mujeres en la Medicina, queda mucho por hacer en materia de equidad entre hombres y mujeres.⁽¹⁻⁸⁾ Esta desigualdad entre ambos sexos se acentúa en las especialidades quirúrgicas. No es una problemática local ni regional, sino que es un fenómeno que se repite también en países del primer mundo; lo mencionan en su trabajo Bickel y col. en Estado Unidos⁽⁹⁾ y Santamaría y col. en España,⁽¹⁰⁾ entre otros^(1,6,11). Nickerson y col., en 1990, lo describen como el “techo de cristal” que enfrentan las mujeres en especialidades quirúrgicas,⁽⁸⁾ siendo un concepto aún vigente a día de hoy.

En Uruguay, Cirugía Plástica es una especialidad a la cual se puede acceder únicamente por medio de una prueba anónima de oposición. La Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay cuenta con 152 socios y está compuesta por cirujanos titulados y médicos residentes en formación de la especialidad. A pesar de no ser obligatoria la afiliación a la Sociedad para ejercer la especialidad, es alta la adhesión a la misma. Según esta, se estima que la afiliación es superior al 97% de los cirujanos plásticos del país. Esta membresía está compuesta en el momento de realizar este trabajo por 89 hombres y 63 mujeres, por lo que podemos decir que, en el total, es elevada la representación de cirujanas que alcanza el 41%.

El objetivo de este estudio es analizar la situación de las cirujanas plásticas en Uruguay. Describimos el vínculo entre el desarrollo profesional con la familia (pareja/hijos), la formación y el desempeño docente y la eventual existencia de discriminación y acoso sexual, así como la influencia de un mentor durante su etapa profesional. Realizamos para ello un trabajo descriptivo tras recabar los datos mediante encuesta.

Material y método

Llevamos a cabo una encuesta electrónica, anónima y voluntaria, sin incentivo por finalizarla, que enviamos a los miembros y no miembros de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay. Utilizamos la plataforma de Google Forms (Google®, EE.UU.) La encuesta se componía de 20 preguntas sobre la vida personal y profesional. También recabamos datos sobre la pareja, hijos, formación docente, discriminación, acoso sexual y mentores en la carrera quirúrgica. El mismo cuestionario se aplicó a hombres y mujeres. Recogimos los datos desde el 24 de enero al 8 de marzo del 2020 y almacenamos las respuestas en una base de datos bajo contraseña.

Resultados

Obtuvimos 86 respuestas de cirujanos plásticos titulados y residentes. Respondieron 47 mujeres (54.7%) y 39 hombres (45.3%). Para el análisis estadístico aplicamos el test de chi-cuadrado. En las variables continuas utilizamos el test de Kolmogorov-Smirnov. Empleamos un valor $p < 0.05$.

De las preguntas de la categoría familia obtuvimos los siguientes datos: respecto a la pregunta de si tenían hijos y la edad en la cual tuvieron el primer hijo se desprende que la mayoría de los encuestados tenían hijos con un 63.9% ($n=55$) de respuestas afirmativas. El 43.6% ($n=24$) eran hombres y el 56.4% ($n=31$) mujeres, con un p de 0.84. La media para las mujeres fue de 33 años y para los hombres de 31 años ($p = 0.28$).

El 32.6% ($n=28$) estaba casado/a al comenzar la residencia, el 26.7% ($n=23$) conviviendo con su pareja, el 25.6% ($n=22$) soltero y el 15.1% ($n=13$) en pareja no conviviente. De los casados, el 60.7% ($n=17$) eran mujeres y el 39.3% ($n=11$) hombres. De los que convivían con su pareja, el 65.2% ($n=15$) eran mujeres y el 34.8% ($n=8$) hombres. De los que estaban en pareja pero no conviviendo, el 61.5% ($n=8$) eran hombres y el 38.5% ($n=5$) mujeres. De los solteros al momento de iniciar la residencia, el 54.5% ($n=12$) eran hombres y el 45.5% ($n=10$) mujeres. Las diferencias de género respecto al estado conyugal al iniciar la residencia tienen un valor p de 0.31.

El 84.9% ($n=73$) no tuvieron hijos antes de iniciar la residencia, mientras que el 15.1% ($n=13$) sí. De aquellos que no tuvieron hijos, el 56.2% ($n=41$) eran mujeres y el 43.8% ($n=32$) eran hombres. De los 13 que contestaron que sí tenían hijos antes del inicio de la residencia, el 53.8% ($n=7$) eran hombres y el 46.2% ($n=6$) mujeres, ($p=0.71$).

Durante la residencia el 74.4% ($n=64$) no tuvo hijos, mientras que el 25.6% ($n=22$) sí. De los 64 que contestaron que no, el 46.8% ($n=30$) eran hombres y el 53.2% ($n=34$) mujeres. De los 22 que sí tuvieron hijos durante la residencia, el 59% ($n=13$) eran mujeres y el 41% ($n=9$) hombres ($p=0.81$).

El 51.2% ($n=44$) niega haber postergado la maternidad/paternidad, el 29.1% ($n=25$) refiere que sí y el 19.8% ($n=17$) refiere que tal vez. De los 44 que niegan haber postergado la maternidad/paternidad, el 54.6% ($n=24$) son hombres y el 45.4% ($n=20$) mujeres. De los 25 que dijeron haber postergado su maternidad/paternidad, el 72% ($n=18$) eran mujeres y el 28% ($n=7$) hombres. De las respuestas catalogadas como “tal vez”, el 47.1% ($n=8$) fueron hombres y el 52.9% ($n=9$) mujeres. Estos resultados tienen un valor $p=0.102$ (Tabla I). Si analiza-

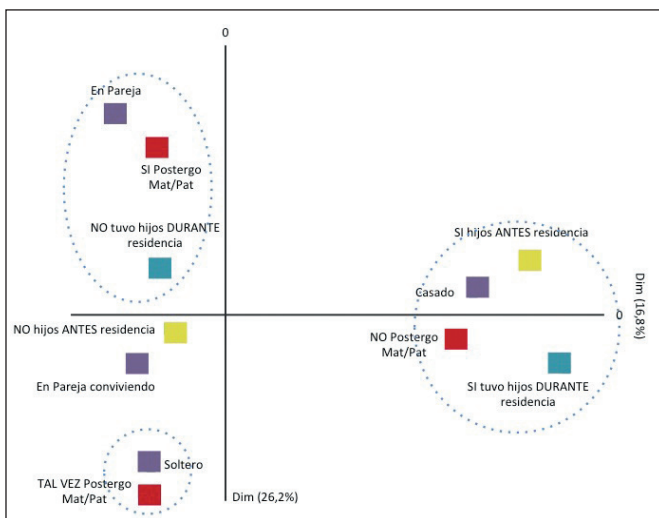
Tabla I. ¿Considera haber postergado la paternidad/maternidad por la especialidad? (p=0.102)

Género	NO	SI	Tal vez
Hombre	24	7	8
Mujer	20	18	9

Tabla II. Evaluando solo personas con hijos: ¿considera haber postergado la paternidad/maternidad por la especialidad? (p=0.026)

Género	NO	SI	Tal vez
Hombre	18	4	2
Mujer	12	14	5

mos únicamente aquellas personas que sí tuvieron hijos, el 32% (n=18) contestó que sí postergó la maternidad/paternidad: 77.7% (n=14) mujeres y 22.3% (n=4) hombres, con un valor $p=0.026$ (Tabla II). Del entrecruzamiento de datos de género, estado conyugal, presencia de hijos antes o durante la residencia y postergación de maternidad/paternidad, obtuvimos el gráfico de análisis de correspondencia múltiple (Gráfico 1). Del análisis de este entrecruzamiento de datos se desprende que los que estaban casados antes de iniciar la residencia tuvieron hijos antes o durante la misma, y no consideran haber postergado la maternidad/paternidad por la especialidad. Los que estaban solteros fueron más propensos a pensar que tal vez postergaron la maternidad/paternidad. Aquellos que estaban en pareja pero no conviviendo con la misma, fueron más propensos a considerar que sí habían postergado la maternidad/paternidad por la especialidad.

Gráfico 1. Análisis de correspondencia múltiple con los datos de postergación de maternidad/paternidad, estado conyugal y la presencia de hijos

La edad promedio para obtener la titulación como especialista fue de 33 años, tanto para los hombres (mínima de 27 y máxima de 43 años) como para las mujeres (mínima de 29 y máxima de 54 años). El 61.6% (n=53) de los encuestados no tenía hijos al momento de obtener

Tabla III. Edad al recibir el título de especialista según tenía hijos en ese momento (p=0.011)

	Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.
No	27	31	32	32.43	33	54
Si	30	32	34	34.76	37	45

la titulación, mientras que el 38.4% (n=33) sí tenía. De los 53 encuestados que no tenían hijos, el 58.5% (n=31) eran mujeres y el 41.5% (n=22) hombres. De los 33 que refirieron tener hijos al momento de titularse, el 51.5% (n=17) eran hombres y el 48.5% (n=16) mujeres. Del cruce entre los datos de la edad al obtener la titulación como especialista y si tenían hijos en ese momento, obtuvimos la Tabla III, con un valor $p=0.011$. De esta tabla se desprende que existen diferencias significativas entre las personas con y sin hijos en el momento de obtener el título como especialista.

Tabla IV. Necesidad de disminuir horas de trabajo por maternidad/paternidad (p=0.001)

Género	NO	No aplica	SI
Hombre	18	13	8
Mujer	7	16	24

El 37.2% (n=32) afirmó haber tenido la necesidad de disminuir las horas de trabajo por la maternidad/paternidad; el 2.1% (n=25) refirió que no. La pregunta no aplicó para el 33.7% (n=29) de los encuestados ya que no tenían hijos o los tuvieron antes de empezar a trabajar. De los 32 encuestados que refirieron haber tenido que disminuir las horas de trabajo por la maternidad/paternidad, el 75% eran mujeres y el 25% hombres. De los 25 que respondieron que no tuvieron la necesidad de disminuir horas, el 72% (n=18) eran hombres y el 28% (n=7) mujeres. El valor p en este caso fue de 0.0019 (Tabla IV).

Tabla V. Escala ascendente de cargos docentes de la Facultad de la República Oriental de Uruguay

Grado II	Asistente
Grado III	Profesor adjunto
Grado IV	Profesor agregado
Grado V	Profesor titular

Los cargos y funciones docentes en Uruguay se dividen en grados que van del II al V, siendo el grado V el de Profesor de la especialidad (Tabla V). De los datos obtenidos sobre la formación docente en Cirugía Plástica obtuvimos los siguientes resultados: solo un 31.4% (n=27) de los encuestados ejerció un cargo docente en facultad de Medicina. De esos 27 encuestados, 59% (n=16) eran mujeres y 41% (n=11) hombres. El 77.8%

(n=21) alcanzaron un grado II, un 7.4% (n=2) el grado III; un 7.4% (n=2) el grado IV y un 7.4% el grado V (n=2). De los 21 encuestados que alcanzaron como grado máximo un grado II de facultad, el 66.6% (n=14) eran mujeres y el 33.4% (n=7) hombres. De los grados III y IV, el 50% (2 hombres y 2 mujeres) correspondió a cada sexo y los 2 de grado V que realizaron la encuesta eran hombres (n=2).

El 44.4% (n=12) tenía hijos al iniciar su primer cargo docente en la facultad, mientras que el 55.6% (n=15) no. De los 12 que tenían hijos el 66.6% (n=8) eran mujeres y el 33.4% (n=4) hombres. De los 15 que no tenían hijos, el 46.6% (n=7) eran hombres y el 53.4% (n=8) mujeres.

En cuanto a los datos sobre la discriminación en la especialidad de Cirugía Plástica obtuvimos las siguientes respuestas: el 76.7% (n=66) de los encuestados refiere que no existe discriminación en la especialidad de Cirugía Plástica y el 23.3% (n=20) contestó que sí. Los que refieren que no hay discriminación se distribuyen de manera equitativa por género (33 hombres y 33 mujeres). De aquellos que respondieron que sí hay discriminación, el 70% (n=14) eran mujeres y el 30% (n=6) hombres (p=0.18).

El 75.6% (n=65) nunca sufrió discriminación por su género y el 24.4% (n=21) contestó que sí. De los 65 que no sufrieron discriminación, el 52.3% (n=34) eran hombres y el 47.7% (n=31) mujeres. De los 21 que sí sufrieron discriminación, el 76.2% (n=16) eran mujeres y el 23.8% (n=5) hombres (p=0.042).

Respecto a la pregunta de la persona de la cual provino la discriminación se desprende que el 81% (n=17) adjudicó la discriminación a los colegas hombres, el 33.3% (n=7) a colegas mujeres, el 33.3% (n=7) a pacientes y el 33.3% (n=7) a personal de la salud (enfermeros, técnicos, etc.). Destacamos que esta pregunta admitía mas de una respuesta, ya que la discriminación podía provenir de diferentes sectores. De los 17 que respondieron que la discriminación provino de los colegas hombres, el 70.5% (n=12) eran mujeres y el 29.5% (n=5) hombres. De los 7 que contestaron que la discriminación provenía de colegas mujeres, solo 1 fue hombre (14%). Los 7 que identificaron discriminación proveniente de pacientes y los 7 que mencionaron también al personal de la salud, fueron al 100% mujeres (Gráfico 2).

El 84.9% (n=73) negó haber recibido algún tipo de acoso sexual en el ámbito hospitalario y el 15.1% (n=13) refirió haberlo recibido. De los 73 que negaron haber recibido acoso sexual, el 49.4% (n=36) fueron hombres y el 50.6% (n=37) mujeres. De los 13 que contestaron que sí, el 76.9% (n=10) fueron mujeres y el 23.1% (n=3) hombres, (p=0.14).

Gráfico 2. ¿De quién proviene la discriminación?

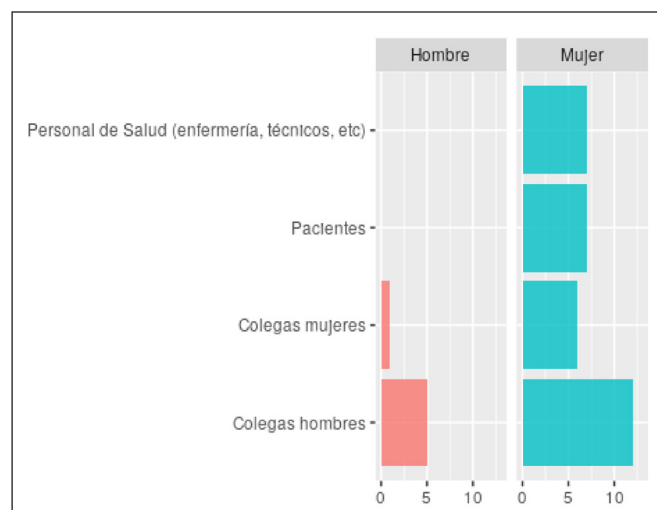


Tabla VI. ¿Ha recibido comentarios inapropiados sobre su cuerpo, vestimenta y/o apariencia dentro del ámbito hospitalario? (p=0.039)

Género	NO	SI
Hombre	30	9
Mujer	25	22

Tabla VII. ¿Considera que la presencia de mujeres mentoras en la facultad podría fomentar el ingreso de mayor número de mujeres en la especialidad quirúrgica? (p=0.0055)

Género	NO	SI	Tal vez
Hombre	21	3	15
Mujer	11	13	23

El 36% (n=31) de los encuestados refirió haber recibido algún comentario inapropiado sobre su cuerpo, vestimenta y/o apariencia dentro del ámbito hospitalario. El 64% (n=55) contestó que no. De los 31 que refirieron haber recibido comentarios inapropiados, el 70.9% (n=22) eran mujeres y el 29.1% (n=9) hombres, con un valor p de 0.039 (Tabla VI). De los 55 que negaron haber recibido comentarios inapropiados, el 54.6% (n=30) eran hombres y el 45.4% (n=25) mujeres.

El 7.1% (n=68) afirmaron tener un mentor en su carrera quirúrgica. El 73.5% (n=50) de estos refirieron que el mentor era un hombre, mientras que el 26.5% (n=18) refirieron que era una mujer. Los que identificaron un mentor hombre fueron 54% (n=27) mujeres y 46% (n=23) hombres; mientras que los que identificaron un mentor mujer fueron 66.6% (n=12) mujeres y 33.4% (n=6) hombres.

El 37.2% (n=32) negaron que la presencia de mujeres mentoras en la facultad pueda fomentar el mayor ingreso de mujeres a la especialidad quirúrgica; el 18.6% refirió que sí (n=16) y el 44.2% (n=38) que tal vez. De aquellas respuestas afirmativas, el 81% provenían de cirujanas, con un valor p= 0.0055 (Tabla VII).

Discusión

A nivel mundial, pese al aumento de entrada de mujeres en la Medicina, no se encuentra equidad entre hombres y mujeres en salarios, cargos de liderazgo, jefaturas de departamento y trato entre colegas o superiores. En este campo, las mujeres no han logrado un mejor posicionamiento en proporción a su aumento en número^(6,12-16). A pesar de valorar ajustando número de publicaciones, apoyo por becas, número de horas trabajadas y especialidad, las mujeres presentan menores oportunidades de ser ascendidas en comparación con los hombres.⁽⁶⁾

Otro hecho a destacar es que las pasantías, cargos laborales y otras negociaciones sobre oportunidades se ofrecen en actividades fuera del hospital donde las mujeres no son invitadas.⁽¹⁷⁾ Lo mismo ocurre con las actividades sociales fuera de los congresos. Las reuniones de camaradería entre cirujanos hombres como cenas o actividades deportivas favorecen las conexiones y la relación entre hombres exclusivamente. La falta de contacto de mujeres en estos ámbitos influye negativamente al carecer de estas conexiones laborales.

En Uruguay, la situación respecto a los cargos de jerarquía no escapa a la situación mundial. Únicamente 2 de los 13 Servicios de Cirugía Plástica⁽¹⁸⁾ cuentan con una jefatura encabezada por una mujer cirujana. A su vez, los jefes de cátedra (grados V en el escalafón docente del país) tradicionalmente han sido siempre hombres en nuestra especialidad.

Históricamente la desigualdad en calidad y cantidad de trabajo entre hombres y mujeres se acentúa en las especialidades quirúrgicas. Entre las razones referidas por estudiantes mujeres de por qué no realizar cirugía, refieren la incompatibilidad con el estilo de vida clásico de familia, el sesgo masculino prevalente y la falta de mentores mujeres durante la formación.⁽¹⁹⁾ Urología, Neurocirugía y Traumatología son las especialidades que presentan menor número de residentes mujeres en Estados Unidos.⁽²⁰⁾

Ante este “techo de cristal” se identifican 3 causas que contribuyen al mismo: roles tradicionales de cada sexo, el machismo en el ambiente médico y la falta de mentores mujeres en la Medicina.⁽¹⁷⁾ Los roles tradicionales de cada sexo juegan un papel inconsciente tanto en hombres como en mujeres que influye en el comportamiento de cada día. Las áreas donde predominan las mujeres se relacionan con el cuidado de niños o el cuidado de otras personas en general, la enseñanza y el trabajo social; mientras que los hombres predominan en áreas como la Ingeniería y la Cirugía.⁽¹⁹⁾ Actualmente, salvo excepciones, la responsabilidad del cuidado de los niños y de la familia recae principalmente en la mujer. Estas

demandas aumentan cuando su trabajo requiere movilidad geográfica, consume una alta carga horaria y además los horarios pueden ser aleatorios, nocturnos y no convencionales. La presión por llevar a cabo los asuntos familiares y la eficiencia en el trabajo afecta negativamente a las mujeres.⁽²⁰⁾

En nuestro país, Uruguay, según los datos aportados por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en 2019 ingresaron 322 médicos residentes. El 25% (n=79) correspondió a especialidades quirúrgicas, mientras que el 75% (n=243) a especialidades no quirúrgicas. De las especialidades quirúrgicas, 52 (66%) eran mujeres y 27 (34%) hombres. Las especialidades quirúrgicas fueron: Cirugía Vascular, Cirugía Cardíaca, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía de Tórax, Cirugía Plástica, Ginecología, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología y Traumatología.

Puntualmente, en lo que se refiere la especialidad de Cirugía Plástica en Uruguay, en los últimos 15 años (2005-2020) han entrado a la especialidad 56 médicos: 58.9% mujeres (n=33) y 41.1% hombres (n=22), con una clara tendencia al aumento de ingreso de mujeres. En Estados Unidos el porcentaje de mujeres que ingresan a los programas de Cirugía Plástica va también en ascenso: del 22% en 2007 al 32.5% en 2015.⁽⁷⁾

La Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay cuenta con una gran adhesión por parte de los cirujanos plásticos del país y está formada en el momento de redactar este trabajo por 152 socios, de los que el 41% son mujeres y el 59% hombres. Aún siendo menor que el porcentaje de mujeres que ingresaron a la especialidad en los últimos 15 años, esta proporción de cirujanas es notoriamente elevada si se compara con otras sociedades de Cirugía Plástica. La Sociedad Americana de Cirugía Plástica cuenta únicamente con un 20% de mujeres cirujanas como afiliadas.⁽²¹⁾

En nuestro estudio fueron 86 las encuestas completadas. Destacamos en el mismo la buena representación de la población de cirujanos plásticos del Uruguay con un 56% de cirujanos encuestados. Otro elemento a destacar es la similitud de la proporción de hombres y mujeres si comparamos la población de nuestra encuesta con la de la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay: mientras que nuestra Sociedad cuenta con un 41% de mujeres cirujanas, nuestro trabajo cuenta con un 54.7%.

Algunas cirujanas, en vistas de lograr un equilibrio entre su trabajo y sus responsabilidades tradicionales familiares, realizan cambios en su ejercicio buscando subespecialidades con limitadas emergencias y guardias nocturnas.^(19,21) En este sentido nuestra especialidad en Uruguay ofrece dichas características.

Dentro de las posibles causas de este elevado porcentaje de mujeres en la especialidad en nuestro país podemos mencionar 3 claras causas: la posibilidad de realizar guardias de retén (fuera del hospital), las características sociodemográficas de nuestro país y la posibilidad laboral de la Medicina y la Cirugía Estética. La Cirugía Reparadora implica, en la mayoría de los cirujanos, la realización de guardias no presenciales. Después de la convocatoria telefónica, el especialista que se encuentra de guardia de retén cuenta con 2 horas para realizar la asistencia. Es habitual la superposición de guardias siempre y cuando se pueda cumplir con esas 2 horas para realizar la asistencia. En Uruguay, por sus características sociodemográficas, los hospitales se encuentran en un pequeño radio y los cirujanos plásticos están a menos de 30 minutos de sus lugares de trabajo. La Medicina y la Cirugía Estética también aportan una mejora en la calidad de vida, principalmente por permitir el trabajo a horas que podemos considerar como más convencionales.

Las mujeres y los hombres en nuestro estudio tienen hijos por igual y tampoco hay diferencias en la edad en el momento de tener su primer hijo. La edad media para tener hijos entre las cirujanas fue de 33 años y entre los cirujanos de 31 años, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa, con un valor $p=0.28$. Tampoco hay diferencias estadísticamente significativas respecto al estado conyugal en el momento de iniciar la residencia, ni en la presencia de hijos antes de iniciar la residencia o durante la misma.

Los años de entrenamiento en Cirugía Plástica y en los primeros años de desempeño como especialista coinciden con la edad fértil de las mujeres. Debido a la exigencia física y psicológica del embarazo, puerperio y lactancia, es frecuente que las mujeres que se dedican a la Cirugía Plástica posterguen la maternidad.⁽²¹⁾ En cuanto a la postergación de la maternidad/paternidad por la especialidad, no observamos diferencias si se considera toda la población. Sin embargo, si se consideran solo las personas que tuvieron hijos, existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que con mayor frecuencia consideran haber postergado la maternidad a causa de la especialidad ($p=0.026$). Si bien el 51.2% ($n=44$) negó haber postergado la maternidad/paternidad por la especialidad y varias de estas repuestas provienen de especialistas que estaban casados y tuvieron hijos antes de iniciar la carrera. En estos casos las dificultades con el estilo de vida propio de un cirujano, horarios extensos y nocturnos, exigencia académica, etc. se presentaron posteriormente en el tiempo. Los que estaban solteros fueron más propensos a considerar que tal vez postergaron la maternidad/paternidad. Mientras que los que estaban en pareja pero no conviviendo con la misma fueron los más propensos a considerar que sí postergaron

la maternidad/paternidad a causa de la especialidad. En este grupo de cirujanos la especialidad se superpuso en el tiempo con el desarrollo de su vida familiar.

La edad en el momento de recibir la titulación como especialista presenta diferencias estadísticamente significativas entre las personas con y sin hijos, siendo mayor la edad de alcanzar el título para las personas con hijos ($p=0.011$). En mayor medida que los hombres, las mujeres cirujanas refirieron haber disminuido las horas de trabajo por la maternidad ($p=0.001$).

Las mujeres cirujanas tienen el doble de posibilidades de abandonar el trabajo docente por responsabilidades familiares.⁽¹¹⁾ De los datos de nuestra encuesta se desprende que el 45% ($n=12$) de los que se desempeñaron como docentes de la especialidad tenían hijos al comenzar la misma y el 66.6% ($n=8$) de estos eran mujeres, no siendo una limitante la presencia de hijos. Aun así, el 87.5% ($n=14$) de las cirujanas docentes alcanzaron únicamente a realizar el grado II de facultad y el 100% ($n=2$) de los grado V fueron hombres. La carga horaria de un docente de Cirugía Plástica está determinada por 30 horas semanales. Esta carga horaria implica en principio actividad presencial de lunes a sábado de 8 a 12 horas y guardias de retén con disponibilidad de operar pacientes fuera de ese horario. El sueldo mensual de un grado II es de 855 \$ americanos, de un grado III 1.089, de un grado IV 1.279 y de un grado V 1.473. Son sueldos bajos si tenemos en cuenta que el salario mínimo nacional es de 378 \$.⁽²²⁾ Adicionalmente, la tarea docente en el hospital imposibilita la realización de guardias que se superpongan en horario matutino, acortando el abanico de oportunidades laborales que pueden darse fuera del hospital. Este hecho podría generar que las mujeres cirujanas que buscan optimizar su tiempo destinado a trabajar se alejen de la docencia.

El acoso sexual y la discriminación es altamente prevalente en la Cirugía.^(6,23,24) El acoso sexual puede presentarse de diferentes maneras, desde el acoso verbal a ejercer presión para participar en relaciones sexuales. La discriminación por ser mujer es más sutil pero igualmente dañina. Los porcentajes de mujeres cirujanas que refieren haber sido denigradas o discriminadas por su género varía según estudios, pero oscilan entre el 30 y el 63%.⁽¹⁹⁾ En nuestro estudio, un 76.7% ($n=66$) refirió que no existe discriminación por género en la Cirugía Plástica, contestando por igual hombres y mujeres. La baja percepción de la discriminación en nuestra especialidad nos diferencia de lo que ocurre en otros países. Carr y col. destacan en su trabajo que muchas mujeres en Medicina mencionan la discriminación como el obstáculo más importante en su carrera.⁽¹⁾ Longo col. en su estudio resaltan que el 63% de las mujeres cirujanas fueron denigradas, el 29%

refirió haber recibido comentarios inapropiados vinculados con el género y el 42% afirmó la existencia de discriminación hacia las mujeres por los hombres cirujanos e inclusive por el personal de enfermería.⁽¹⁹⁾

En nuestro estudio, el 24.4% (n=21) de los encuestados afirmaron haber sido discriminados por su género y de este porcentaje, el 76.2% (n=16) fueron mujeres (p=0.042). Los hombres que fueron discriminados recibieron la discriminación de sus propios colegas hombres en un 100% y solo 1 refirió además haber recibido discriminación por parte de una colega mujer. Sin embargo, las mujeres fueron las únicas que recibieron discriminación por parte del personal de salud no médico (enfermería, técnicos, etc.) y por parte de pacientes. El 84.8% (n=73) negó haber recibido acoso sexual en un ámbito hospitalario. Aun representando las mujeres cirujanas el 76.9% (n=10) de las respuestas afirmativas, este dato no es estadísticamente significativo.

El 36% de los encuestados refirió haber recibido algún comentario inapropiado sobre su cuerpo, vestimenta y/o apariencia dentro del ámbito hospitalario. De este total, el 70.9% (n=22) eran mujeres (p=0.039). Resulta interesante destacar que de las personas encuestadas que afirmaron haber recibido comentarios inapropiados, el 64% (n=20) refirió que no había sufrido acoso sexual, de manera que no identificaron los comentarios sobre su cuerpo, vestimenta y/o apariencia como acoso sexual. Este 64% estuvo compuesto en un 65% (n=13) por mujeres y en un 35% (n=7) por hombres. Este hecho podría deberse a la normalización de este tipo de comentarios en el ámbito hospitalario y por ende, a una negación de la presencia de acoso sexual en la Cirugía, siendo este un hecho identificado y altamente prevalente.⁽²⁵⁾

En EE.UU, solo el 8% de las mujeres estudiantes de Medicina presenta afinidad por la Pediatría, sin embargo un tercio de ellas acaban realizando la especialidad en este país.⁽⁹⁾ El vínculo entre mujeres, el ambiente favorable y la identificación con un docente, influyen en la elección de la especialidad. La falta de mentores que sean cirujanas es uno de los motivos que influyen en que las mujeres en Medicina no se sientan inspiradas a optar por especialidades quirúrgicas. Las mujeres mentoras pueden transmitir cómo sortear dificultades, motivar, promover conexiones interpersonales y por supuesto ayudar en el entrenamiento específico de la destreza quirúrgica.⁽¹⁷⁾ En nuestro trabajo, las mujeres cirujanas confirmaron esta afirmación (p=0.005). Bickel y col. resaltan que no todas las mujeres cirujanas son por sí solas ejemplo de vida para las estudiantes o para las cirujanas en formación. La forma de proceder en ambientes hostiles, agresivos y masculinos lleva a algunas cirujanas a mimetizarse con sus colegas hombres.⁽⁹⁾ Ese no es el estilo de mentor que

necesariamente buscan las mujeres, sino que buscan una cirujana con determinación, dedicación, respetada en un quirófano a la par que sus colegas masculinos y que pueda lograr el equilibrio en su vida en familia.

Si bien no fue objetivo de este trabajo comparar los ingresos entre hombres y mujeres de la especialidad, existen otros estudios que identifican una franca disminución de los sueldos de las mujeres en la Medicina en comparación al de los hombres.^(6,13) Sería interesante poder realizar dicho análisis en nuestro país.

Hasta donde hemos podido comprobar, este es el primer trabajo que se realiza en nuestro país respecto a la situación de las cirujas plásticas y su vínculo entre el trabajo, la pareja, la maternidad, el trabajo docente, la discriminación, el acoso sexual y la importancia de mentores del mismo género. Los datos de la encuesta realizada nos ponen a la par de la situación mundial en algunos aspectos, siendo fundamentalmente las cirujanas las que han postergado la maternidad en función de la especialidad, con una edad media para obtener el título mayor para aquellos que tienen hijos y la necesidad de disminuir horas de trabajo principalmente para las cirujanas. También la presencia de discriminación es más frecuente en mujeres y dicha discriminación proviene no solo de los colegas hombres, sino también del personal de salud no médico y de los pacientes. Las cirujanas trabajan en un ámbito hospitalario donde reciben comentarios inapropiados sobre su cuerpo o vestimenta, que lamentablemente, muchas no catalogan como acoso sexual.

Aun así, contamos con una Sociedad de Cirugía Plástica con un elevado porcentaje de mujeres y en la cual ingresan cada vez más médicas a nuestra especialidad. Una especialidad donde la mayoría niega la presencia de acoso sexual, haber sufrido discriminación o haber postergado la maternidad/paternidad por la Cirugía Plástica. Al ser un trabajo representativo de nuestra Sociedad y contar la mayor parte de los resultados con una diferencia no significativa entre cirujanos y cirujanas, podemos inferir que nos encontramos camino de superar esta brecha. Las edades al tener el primer hijo y el tener hijos antes o durante la residencia, no variaron entre hombres y mujeres. Si bien la mayoría de las cirujanas que ejercieron la docencia alcanzaron únicamente el grado II, quizá sea cuestión de tiempo hasta que alguna alcance un grado V gracias también al aumento de cirujanas en la especialidad.

Un problema que no se identifica es un problema que está destinado a perpetuarse. Habiendo diagnosticado el problema, es hora de analizar un plan de acciones a nivel individual e institucional para limar las diferencias entre ambos sexos, finalizar con la discriminación y el acoso sexual en la salud y promover el contacto de cirujanas mentoras con médicos en formación.

Conclusiones

Hasta donde sabemos, este es el primer trabajo que se realiza en nuestro país respecto a la situación de las cirujanas plásticas y su vínculo entre el trabajo, la pareja, la maternidad, el trabajo docente, la discriminación, el acoso sexual y la importancia de mentores del mismo género.

Los datos de la encuesta realizada nos ponen a la par de la situación mundial en algunos aspectos. Aun así, contamos con una Sociedad de Cirugía Plástica con un elevado porcentaje de mujeres y que año a año va en ascenso. Una población de cirujanos plásticos en la que las edades al tener el primer hijo y el tener hijos antes o durante la residencia no variaron entre hombres y mujeres. Una especialidad donde la mayoría niega la presencia de acoso sexual, discriminación o haber postergado la maternidad/paternidad por la Cirugía Plástica.

Dirección del autor

Dra. Lucía d'Oliveira Pazos
Servicio de Cirugía Plástica
Hospital Central de las Fuerzas Armadas
Av. 8 de octubre 3060
Código postal 11600
Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: dradoliveira@cl clinicademanos.com.uy

Bibliografía

1. Carr PL, Szalacha L, Barnett R, et al. A "Ton of feathers": gender discrimination in Academic Medical Careers and how to manage it. *J Womens Health* 2003;12(10):1009-1018.
2. Abbasi K. Understanding career barriers for women in surgery. *J R Soc Med* 2018;111(9):307.
3. Seesmann N, Webster F, et al. Women in academic surgery: why is the playing field still not level? *The Am. J. of Surg.* 2016;211:343-349.
4. Nakayama DK. Pioneering women in American pediatric surgery. *J Pediatr Surg* 2018; <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.08.038>
5. Mc Lemor E, Ramamoorthy S, Peretson C, et al. Women in surgery: bright, Sharp, brave and temperate. *Perm J* 2012; 16(3):54-59.
6. Zhuge Y, Kaufmann J, Simeone D, et al. Is there still a glass ceiling for women in academic surgery? *Ann Surg* 2011;253(4):637-643.
7. Plana N, Khouri K, Motosko C, et al. The evolving presence of women in academic plastic surgery: a study of the past 40 years. *Plast Reconstr Surg* 2018;141(5):1304-1310.
8. Nickerson K, Bennett N, Estes D. The status of women at one academic medical center: breaking through the glass ceiling. *JAMA* 1990;264(14):1813-1817.
9. Bickel J. Gender equity in undergraduate medical education: A status report. *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10(3):261-270.
10. Santamaria A, Merino A, Vinas O, et al. Does medicine still show an unresolved discrimination against two men? Experience in two European university hospitals. *J Med Ethics.* 2009;35(2):104-106.
11. Schroen A, Brownstein M, Sheldon G. Women in academic general surgery. *Acad Med.* 2004;79:310-318.
12. Ali AM, McVay CL. Women in Surgery: A History of Adversity, Resilience, and Accomplishment. *J Am Coll Surg.* 2016;223(4):670-673.
13. Carr PL, Friedman R, Moskowitz M, et al. Comparing the status of women and men in academic medicine. *Ann Intern Med.* 1993;119:908-913.
14. Nonnemaker L. Women physicians in academic medicine. *N Engl J Med* 2000;342:399-405.
15. Singh A, Bruke C, Larive B. Do gender disparities persist in Gastroenterology after 10 years of practice? *Am J Gastroenterol* 2008;103:1589-159.
16. Chen K, Ha G, Schultz BD, Zhang B, Smith ML, Bradley JP, Thorne CH, Kasabian AK, Pusic AL, Tanna N. Is There Gender Inequality in Plastic Surgery? Evaluation of Society Leadership and Composition of Editorial Boards. *Plast Reconstr Surg.* 2020;145(2):433e-
17. Yedidia M, Bickel J. Why aren't there more women leaders in academic medicine. *Acad. Med.* 2001;76:453-465.
18. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-iamc-seguros-privados-integrales-segun-censos-serie-2005-2019>
19. Longo P, Straehley C, et al. Whack! I've hit the glass ceiling! Women's efforts to gain status in surgery. *Gend Med* 2008;5(1):88-100.
20. Carnes M, Morrissey C, Geller SE. Women's health and women's leadership in academic medicine: hitting the same glass ceiling? *J Womens Health* 2008;17(9):1453-1462.
21. Furnas H, Li A, Garza R, et al. Analysis of the differences in the number of children for female and male plastic surgeons. *Plast Reconstr Surg* 2019;143:315-326.
22. <https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/comunicacion/noticias/salario-minimo-nacional-aumento-16300>
23. Baldwin DC Jr, Daugherty SR, Eckenfels EJ. Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools. *West J Med.* 1991;155(2):140-145.
24. Frank E, Brogan D, Schiffman M. Prevalence and correlates of harassment among US women physicians. *Arch Intern Med.* 1998;158(4):352-358.
25. Schiffman M, Frank E. Harassment of women physicians. *J Am Med Womens Assoc.* 1995;50(6):207-211.