

Discriminación de género en el ámbito laboral de médicas familiares

Gender discrimination in the workplace among female family physicians



Menchaca-Moreno LB^{1*}, Hernández-Ordóñez R², Orozco-Torres G³, Pacheco-Zavala MP⁴.

1. Residente de tercer año de Medicina Familiar; Unidad de Medicina Familiar No. 47, Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Gto, México.

2. Director del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente en Guanajuato, Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato, México.

3. Profesora titular de al residencia médica de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato, México.

4. Profesora médica Centro de Investigación Educativa y Formación Docente en Guanajuato, Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato, México.

RESUMEN

Introducción: La igualdad de género, aunque planteada como meta social universal, continúa siendo una deuda pendiente en la práctica médica. En el ámbito laboral de la Medicina Familiar, las médicas enfrentan barreras que no se relacionan con sus competencias profesionales, sino con prejuicios y estructuras culturales que perpetúan la discriminación. **Objetivo:** desde la fenomenología hermenéutica, objetivo del estudio fue explorar el autoconcepto y las experiencias de discriminación de un grupo de médicas familiares en una unidad de atención primaria. **Metodología:** Se desarrolló un estudio cualitativo de corte fenomenológico en León, Guanajuato. Participaron médicas con al menos un año de antigüedad, seleccionadas mediante muestreo homogéneo, hasta alcanzar saturación teórica. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con duración de 30–40 minutos, las cuales se transcribieron de manera literal y se analizaron con ATLAS. Ti, a través de un proceso recursivo-iterativo. **Resultados:** Once médicas familiares compartieron vivencias que revelan la persistencia de desigualdades estructurales, micromachismos normalizados y sesgos en los roles profesionales. Emergieron cuatro categorías centrales: discriminación de género, percepción de igualdad, estatus quo y neo ideologías. Se identificó que se confunden los constructos equidad e igualdad, y cómo la Medicina Familiar sigue siendo desvalorizada, limitando la participación de las mujeres en la toma de decisiones. **Conclusiones:** La discriminación de género es un fenómeno multifactorial condicionado por factores estructurales, culturales y relacionales. Superar estas barreras exige transformar la cultura organizacional para favorecer entornos laborales equitativos, el reconocimiento y desarrollo profesional de las médicas familiares.

Palabras clave: discriminación de género; medicina familiar; igualdad laboral; micromachismos.

Autor(a) de

Correspondencia:

Hernández-Ordóñez R.
Director del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente; Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato, México.
correo electrónico: rhopos@gmail.com o raul.hernandez@imss.gob.mx

Citar como:

Menchaca-Moreno LB, Hernández-Ordóñez R, Orozco-Torres G, Pacheco-Zavala MP. Discriminación de género en el ámbito laboral de médicas familiares *Rev CONAMED*. 2025;30(4): 191-203.

Fecha de recepción:

12 de agosto de 2025

Fecha de aceptación:

01 de diciembre de 2025

ABSTRACT

Introduction: Gender equality, though widely recognized as a universal social goal, remains an unresolved challenge in medical practice. In Family Medicine, female physicians often encounter barriers rooted more in cultural prejudice than in professional competence, perpetuating discriminatory practices. This study explores the self-concept and experiences of gender-based discrimination among female family physicians in a primary care setting. **Objective:** Guided by a hermeneutic phenomenological approach, this study examines how a purposively selected, homogeneous group of female family physicians in a primary care unit construct their self-concept and experience gender discrimination within their professional environment. **Methodology:** A qualitative phenomenological study was conducted in León, Guanajuato, Mexico. Female family physicians with at least one year of professional experience were recruited through homogeneous purposive sampling until theoretical saturation was reached. Semi-structured interviews (30–40 minutes) were conducted, transcribed verbatim, and analyzed using ATLAS. Ti through a recursive–iterative coding process. **Results:** Eleven physicians participated, sharing narratives that revealed persistent structural inequalities, microaggressions, and gender bias in professional roles. Four core categories emerged: gender discrimination, perception of equality, status quo, and neo-ideologies. Participants often conflated equity with equality and described the persistent undervaluation of Family Medicine, limiting professional recognition and leadership opportunities. **Conclusions:** Gender discrimination in Family Medicine is a multifactorial phenomenon shaped by structural, cultural, and relational dynamics. Addressing these barriers requires comprehensive cultural and organizational transformation to foster equitable environments that support recognition, leadership, and professional advancement for female family physicians.

Keywords: gender discrimination; family medicine; workplace equality; microaggressions.

INTRODUCCIÓN

En ningún país del mundo puede afirmarse que exista equidad de género; en algunos contextos puede ser menos evidente, pero persiste en distintos niveles sociales e institucionales. En México, alcanzar la igualdad de género continúa

siendo un desafío, particularmente para las médicas, quienes históricamente han tenido menos acceso a oportunidades y derechos profesionales. La discriminación de género en el área laboral constituye un problema de salud pública y social, frecuente en los distintos niveles de atención médica, y a menudo silenciado dentro de las organizaciones de salud.^{1,2}

Muchas médicas enfrentan cotidianamente actos de discriminación por parte de pacientes, colegas y directivos. Estas experiencias generan inseguridad en la toma de decisiones clínicas, limitan sus oportunidades profesionales y, en algunos casos, derivan en afectaciones a la salud mental.^{3,4} Este fenómeno no es exclusivo de México: estudios internacionales recientes han documentado la persistencia de sesgos de género en la formación médica, la menor representación de mujeres en posiciones de liderazgo y la carga desigual de responsabilidades familiares que inciden en su desarrollo profesional.⁵

La teoría feminista ha desarrollado conceptos que permiten descubrir y nombrar realidades históricamente invisibilizadas asociadas a la subordinación de las mujeres. Este enfoque busca develar esas realidades y proponer alternativas sociales para una convivencia equitativa entre mujeres y hombres.^{1,6} La cultura feminista, como construcción colectiva, ha contribuido a transformar las condiciones sociales de vida de las mujeres, aunque aún no se ha logrado la igualdad sustantiva en ningún país.^{2,6}

Dentro del feminismo se distinguen distintas corrientes que ayudan a comprender las tensiones actuales. El feminismo liberal promueve la igualdad de derechos y el acceso equitativo a oportunidades en el marco institucional existente, señalando que la desigualdad de género proviene de la división entre lo público y lo privado.⁷ El feminismo radical, en contraste, plantea una crítica profunda a las estructuras patriarcales y al control del cuerpo femenino, considerando necesario abolir la noción misma de género para lograr la igualdad plena.⁶ Si bien ambas corrientes han enriquecido el debate sobre el papel de las mujeres en la medicina, la adopción práctica de sus postulados sigue obstaculizada por resistencias culturales arraigadas en la profesión.

El concepto de género, entendido como una construcción sociocultural que define normas, expectativas y comportamientos en función del

sexo, permite analizar cómo se generan relaciones sociales asimétricas.⁸ Este modelo de construcción sociocultural del género, caracterizado por una jerarquización sistemática que privilegia lo masculino, otorga mayor valor y poder a lo masculino y genera desigualdades estructurales para las mujeres. La discriminación de género, como fenómeno social, vulnera la dignidad y los derechos humanos, y suele pasar desapercibida en la vida cotidiana.⁹ Desde la infancia, se interioriza la idea de que lo masculino es superior en lo físico, intelectual y social. En consecuencia, las mujeres son percibidas como inferiores, se ignoran sus capacidades y se limita el reconocimiento de sus logros.^{10,11}

El marco jurídico internacional ha avanzado en la protección de los derechos de las mujeres. Desde 1946, con la creación de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de la ONU, se han establecido principios de igualdad y no discriminación en documentos como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y los Pactos Internacionales de 1966.⁸ Sin embargo, estos avances no han sido suficientes para erradicar la discriminación, ya que las políticas públicas se han formulado desde modelos masculinos que no consideran las realidades diferenciadas de las mujeres.¹² En México, la participación de las mujeres en el ámbito profesional ha crecido, pero persisten desigualdades: el país ocupa lugares rezagados en los índices de brecha de género,¹³ y en indicadores de equidad laboral.¹⁴

DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO EN EL ÁMBITO MÉDICO

El ámbito hospitalario reproduce expresiones y prácticas machistas que afectan principalmente a estudiantes, residentes y docentes mujeres, así como a personas con identidades de género diversas. Estas formas de discriminación, muchas veces naturalizadas, dificultan el reconocimiento del problema y perpetúan barreras para el acceso de las mujeres a posiciones de liderazgo.^{2,15} Entre los factores que sostienen estas inequidades se encuentran: el clima de género, los sesgos implícitos, la doble jornada laboral, la baja representación femenina en cargos académicos y directivos, y la persistente brecha salarial.^{15,16} Por ejemplo, en México, las mujeres constituyen más del 65–67 % de la fuerza laboral del sector salud, pero solo alrededor del 6.0% de ellas accede a puestos directivos, frente al 12.1 % de los hombres. En relación con la

persistente brecha salarial, por cada 100 pesos que percibe un hombre, una mujer recibe 91.2 pesos, y en ciertos grupos de edad (55–64 años) la diferencia salarial alcanza hasta 36 %.^{17,18}

Desde la formación médica, las mujeres son sexualizadas y tratadas como inferiores. Son comunes los comentarios sexistas, los chistes de contenido sexual, el acoso verbal o físico y los tocamientos no consentidos.^{16,19-21} En especialidades quirúrgicas como Cirugía o Traumatología se refuerza la idea de que las mujeres no poseen la misma capacidad que los hombres, orientándolas hacia áreas consideradas “más fáciles” o “femeninas”.^{19,21} Este trato desigual también proviene de otros profesionales de la salud, como el personal de enfermería, quienes en ocasiones tienden a percibir a las médicas como pares con menor autoridad, lo cual afecta la dinámica interprofesional.²²

A pesar de los avances, persisten obstáculos externos (discriminación estructural) e internos (auto discriminación) que limitan el desarrollo profesional. Las médicas enfrentan barreras como la discriminación por embarazo, la inequidad salarial, el hostigamiento sexual y el maltrato laboral, todas formas de violencia que tienden a ser invisibilizadas y que afectan el bienestar biopsicosocial.^{2,15} Este hallazgo coincide con estudios recientes que muestran la asociación entre discriminación de género, Burnout y mayores tasas de depresión y ansiedad en médicas en formación.^{23,24}

En este contexto, el autoconcepto adquiere un papel central para comprender la experiencia profesional de las médicas. El autoconcepto se refiere a la percepción que las personas construyen sobre sus propias capacidades, valor y desempeño, y está profundamente influenciado por la interacción social y los discursos que rodean el ejercicio profesional. La exposición continua a estereotipos de género, deslegitimación del criterio clínico, microagresiones y violencia simbólica puede deteriorar la autopercepción de competencia, generar dudas en la toma de decisiones clínicas y disminuir la autoeficacia profesional. Diversos estudios han mostrado que la discriminación y el trato desigual afectan directamente la percepción de competencia y el autoconcepto profesional de las mujeres en entornos de formación y práctica médica.^{25,26}

En México, existe poca investigación centrada en la discriminación vivida por médicas

especialistas, lo cual representa una omisión importante frente a una problemática que afecta directamente su salud y desempeño profesional. Aunque se han publicado estudios internacionales multicéntricos que documentan la desigualdad en residentes y médicas de distintas especialidades,^{27,28} los datos locales siguen siendo escasos y dispersos. No obstante, la evidencia nacional disponible señala patrones consistentes: se han documentado episodios de acoso sexual durante la formación, trato despectivo por parte de colegas y pacientes, obstáculos para acceder a posiciones de liderazgo y penalización laboral vinculada al embarazo o maternidad. Asimismo, algunos estudios describen una mayor carga laboral y evaluaciones más estrictas hacia las médicas en comparación con los varones, lo que refleja la persistencia de desigualdades estructurales incluso en contextos clínicos donde la participación femenina es mayoritaria.^{29,30}

Pese a la evidencia global y a la creciente visibilidad del tema, en México aún se conoce poco sobre cómo las médicas especialistas en Medicina Familiar experimentan y conceptualizan la discriminación de género. Este vacío es relevante, dado que la Medicina Familiar constituye la base de la Atención Primaria y un espacio en el que convergen desigualdades históricas, estereotipos profesionales y barreras institucionales.

El objetivo de este estudio cualitativo, con diseño fenomenológico hermenéutico, es explorar el autoconcepto y las experiencias de discriminación de género de un grupo homogéneo intencional de médicas familiares en una unidad de atención primaria.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio con diseño fenomenológico de corte hermenéutico,³¹ dado que el objetivo no fue únicamente explorar las experiencias de discriminación, sino también interpretar los significados que las médicas familiares atribuyen a esas vivencias en su contexto laboral y social, en la Unidad de Medicina Familiar No. 47, en León, Guanajuato, la cual es considerada como la segunda unidad más grande a nivel nacional. Se estima que la población adscrita es de 332 mil 854 personas y laboran más de 86 médicos familiares, de los cuales 55% son mujeres.

Se incluyeron 11 médicas especialistas en medicina familiar con al menos un año de antigüedad

laboral en la unidad médica, considerando que este tiempo permite comprender de manera más profunda la dinámica institucional y la cultura organizacional de la unidad. Asimismo, se excluyeron médicas en licencia académica y/o laboral, así como aquellas que no aceptaron participar en el estudio. El tamaño de la muestra se definió por saturación teórica, entendida como el punto en que la incorporación de nuevas entrevistas no aportó categorías adicionales ni modificó las ya existentes.³² En este estudio, la saturación se identificó después de la décima entrevista, cuando los relatos comenzaron a ser redundantes y las categorías principales, discriminación de género, percepción de igualdad, estatus quo y neoideologías, aparecieron de forma reiterada en las participantes. Una entrevista adicional permitió corroborar la estabilidad de los hallazgos.

El reclutamiento se realizó mediante muestreo intencional homogéneo,³³ con invitación directa y personal a las médicas que cumplieran con los criterios de inclusión. Las potenciales participantes fueron informadas sobre los objetivos, procedimientos y alcances del estudio, garantizando la confidencialidad y el carácter voluntario de su participación. Aquellas que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado, antes de llevar a cabo la entrevista en profundidad.

Las entrevistas se realizaron de manera presencial en un espacio privado dentro de la unidad médica, garantizando confidencialidad y comodidad; el tiempo aproximado de cada entrevista fue de 30 a 40 minutos. Las sesiones fueron grabadas en audio y complementadas con notas de campo por la investigadora principal, quien registro impresiones contextuales y no verbales relevantes para el análisis interpretativo. Cada entrevista fue transcrita de forma literal por los investigadores, asegurando fidelidad y familiaridad profunda con el material narrativo. Se adoptó una posición reflexiva, reconociendo la experiencia profesional en el ámbito de la medicina familiar como un elemento potencialmente favorecedor en la interpretación de los significados emergentes.

No se realizaron devoluciones formales de las transcripciones a las participantes, pero se mantuvo la validación interpretativa continua durante las entrevistas, mediante la reformulación y confirmación de significados expresados por las médicas familiares.

El análisis de la narrativa se llevó a cabo con el apoyo del Software ATLAS.Ti en su versión de prueba, siguiendo los principios de la fenomenología hermenéutica. Se utilizó una codificación abierta e inductiva, permitiendo que los significados emergieran directamente de las narraciones de las participantes. Las transcripciones fueron leídas reflexivamente en repetidas ocasiones por los investigadores para identificar patrones y segmentar los datos en unidades significativas, que posteriormente se agruparon en códigos. Posteriormente, se llevó a cabo una reducción y

codificación axial, relacionando códigos entre sí, permitiendo la creación de categorías y subcategorías temáticas que reflejaran las experiencias en relación con el autoconcepto y la discriminación.

La condensación de los datos y el proceso analítico iterativo-recursivo se realizó con revisiones sucesivas y discusión entre las investigadoras y el investigador para resolver discrepancias en la interpretación. Se construyó un árbol de códigos que permitió representar visualmente la estructura de las relaciones entre las categorías y subcategorías.

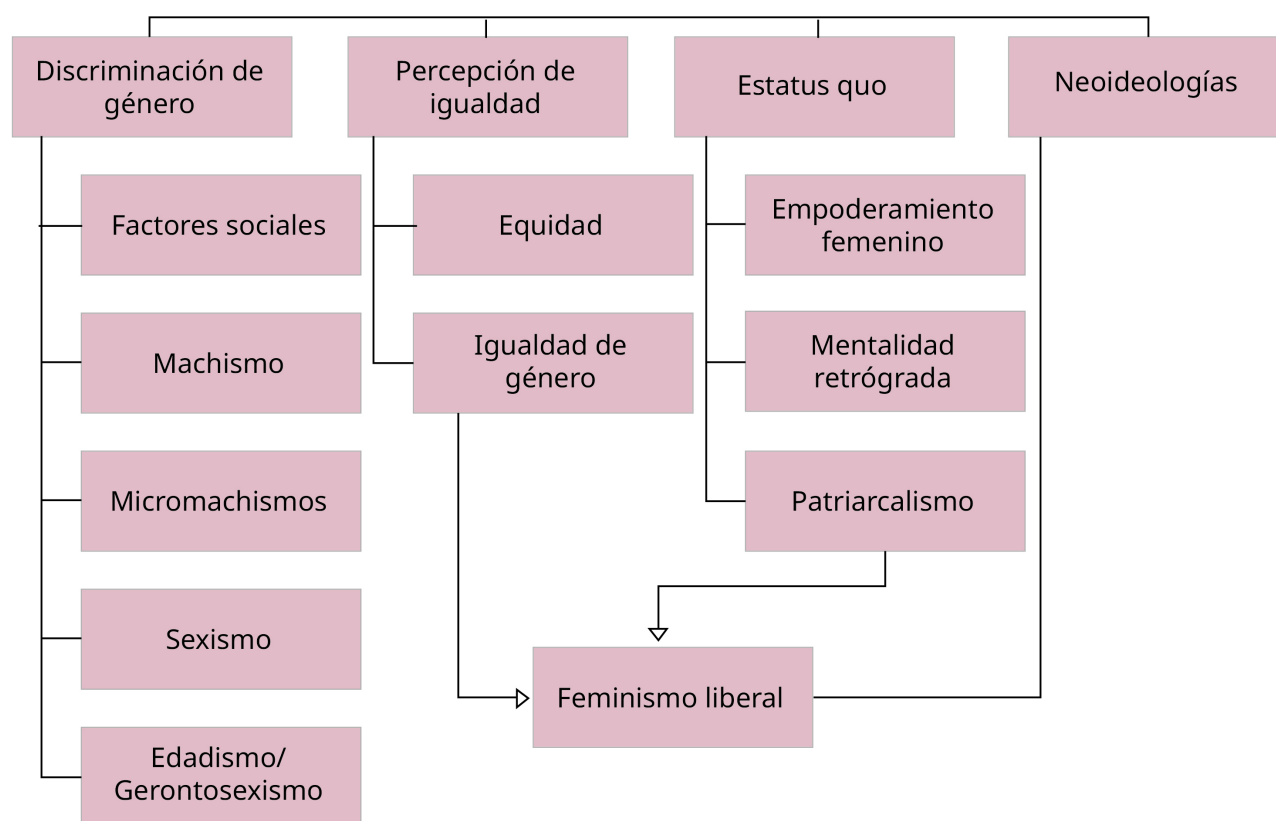


Figura 1. Árbol de códigos. Experiencias de discriminación de género en médicas especialistas en medicina familiar

La calidad metodológica se aseguró considerando los criterios de credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad propuestos por Guba y Lincoln: La primera, se garantizó mediante la inmersión prolongada en el campo, la triangulación de fuentes (entrevistas y notas de campo) y la validación interpretativa continua durante las entrevistas. La transferibilidad se favoreció al proporcionar descripciones densas del contexto institucional y de las participantes, permitiendo a otros investigadores

valorar la aplicabilidad de los hallazgos en entornos similares. Por último, la confirmabilidad se mantuvo un diario reflexivo en Excel, por parte de la investigadora principal, en el que se registraron sus percepciones, supuestos y posibles influencias, con el fin de asegurar una interpretación fiel a las narrativas de las participantes.

Se empleó triangulación metodológica, integrando entrevistas semiestructuradas y notas de

campo, así como la triangulación de investigadores a través de la reflexividad del equipo de investigadores. El estudio siguió las recomendaciones de la checklist COREQ.

El estudio fue autorizado por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud 1008, con el número R-2022-1008-018. Cabe señalar que para la participación de cada una de las médicas se solicitó su autorización por escrito, garantizando la confidencialidad de la información.

RESULTADOS

Se entrevistaron 11 médicas especialistas en Medicina Familiar, con un promedio de edad de 42 años,

todas con más de un año de antigüedad en la Unidad de Medicina Familiar No.47 de León, Guanajuato.

Tras el proceso de análisis, se identificaron cuatro categorías principales que estructuran las experiencias de las médicas familiares respecto a la discriminación de género: **1) discriminación de género, 2) percepción de igualdad, 3) neoideologías y 4) estatus quo.** Cada categoría agrupa diversas subcategorías que permiten comprender los matices de la problemática.

(Imagen 1)

La *Tabla 1* muestra la organización de las categorías y subcategorías, junto con una definición breve que facilita su interpretación.

Tabla 1. Categorías y subcategorías de la discriminación de género en el ámbito laboral desde la mirada de las médicas especialistas en medicina familiar

Categoría	Subcategoría	Definición breve
Discriminación de género	Machismo	Actitudes o prácticas que perpetúan roles de género tradicionales.
	Micromachismos	Conductas sutiles que desvalorizan a la mujer en lo profesional.
	Sexismo	Creencias que refuerzan la desigualdad y demeritan a las mujeres.
	Misoginia	Sexualización y desprecio hacia las mujeres.
	Edadismo/Gerontosexismo	Discriminación hacia mujeres mayores, combinada con sesgos de género.
Percepción de igualdad	Equidad	Justicia social adaptada a necesidades específicas.
	Igualdad de género	Mismas condiciones y oportunidades para todas las personas.
	Empoderamiento femenino	Eliminación de barreras estructurales.
Estatus quo	Mentalidad retrógrada	Resistencia a cambios y nuevas ideas.
	Patriarcalismo	Predominio masculino en instituciones y decisiones.
Neoideologías	Feminismo liberal	Igualdad de derechos y acceso a oportunidades.

I. Discriminación de género

Esta categoría se expresó tanto en la conceptualización del género como en actos de exclusión. Las médicas entrevistadas coincidieron en que el género es una construcción social que influye en roles y expectativas, aunque algunas lo confundieron con el sexo biológico.

"La condición que nos marca el rol en la sociedad, a partir de ahí desempeñamos nuestras actividades del día a día, laborales, familiares, personales."

"El género es lo que nos diferencia: masculino y femenino."

La discriminación fue identificada como una de las más comunes, con manifestaciones en los ámbitos laboral, educativo y social. Se reconocieron conductas de menosprecio y exclusión basadas únicamente en el género.

"Cuando no te dejan decir algo o hacer cosas solo por ser mujer."

II. Percepción de igualdad

Las participantes mostraron dificultades para diferenciar entre equidad e igualdad. Mientras que la equidad se entiende como un trato justo adaptado a las necesidades individuales, la igualdad implica condiciones homogéneas. Para la mayoría, ambos conceptos fueron utilizados como sinónimos.

"Que todos podamos tener la misma oportunidad de hacer cualquier cosa, de acuerdo con nuestras capacidades."

"... Que se tengan las mismas oportunidades de desarrollar nuestras capacidades, nuestras actitudes."

Esta confusión refleja tensiones conceptuales que pueden limitar la aplicación de políticas institucionales de género.

III. Estatus quo

La categoría permitió examinar las condiciones laborales actuales, donde persisten desigualdades normalizadas y expresiones jerárquicas de poder.

"... Por ser estudiante y mujer, ciertos superiores son hostigantes."

"El doctor me dijo: 'eres una chillona', que no tenía que ser así."

Aunque se reconocen avances en derechos y oportunidades, las participantes señalaron la persistencia de comentarios y actitudes que refuerzan estereotipos y deslegitiman las emociones femeninas.

IV. Neoideologías

Las médicas identificaron representaciones simbólicas modernas que reproducen desigualdades bajo apariencias de normalidad o cortesía. Una de las

más mencionadas fue la asignación estereotipada de especialidades médicas.

"Tengo conocidas que quisieron ser cirujanas y cirugía es una profesión médica que es sumamente difícil para una mujer."

Otra práctica recurrente fue la desidentificación profesional mediante el lenguaje, al referirse a las médicas como "señorita" o "enfermera" en lugar de reconocerlas como doctoras.

"Siempre que ven a una mujer le dicen señorita o enfermera y ven a un enfermero y sí le dicen doctor."

También se reportaron comentarios sobre apariencia física, que, aunque disfrazados de halagos, refuerzan la cosificación de la mujer.

"Piropos que tú no pediste o a lo mejor con alguien que no tienes confianza."

Un caso ilustrativo fue el de una médica embarazada durante el internado, a quien se le negó la posibilidad de retirarse pese a estar en trabajo de parto.

"Ella se alivió a las 3 de la mañana. A la 1 seguía haciendo pendientes porque el doctor no la dejaba retirarse."

En la *Tabla 2*, se presenta en forma de matriz analítica las categorías, subcategorías, citas de las entrevistas, así como el análisis interpretativo de la conversación.

Tabla 2. Matriz de las subcategorías de la discriminación de género en el ámbito laboral desde la mirada de las médicas especialistas en medicina familiar

Categoría	Subcategoría	Cita de referencia	Análisis-Interpretación
Discriminación de género	Machismo	MF1: "Como mujeres somos nosotras las que tenemos que pedir permiso para atender las actividades de nuestros hijos". MF7: "Por el simple hecho de ser mujer no te dejan hacer ciertas cosas o te dicen, déjame ayudarte, tú no puedes hacerlo".	Presencia de actitudes y comportamientos que preservan la creencia de superioridad de hombres y sobre las mujeres, manifestada en forma de actitudes prepotentes
	Micromachismos	MF10: "Con nosotras suelen referirse como, señorita, enfermera, muchacha; sin embargo, con los hombres siempre se refieren a ellos como Doctor". MF3: "... Es común oír decir, no le hagas caso, anda en sus días" ...	Normalización de actitudes o acciones que minimizan e invisibilizan la capacidad de las mujeres debido a los estereotipos, manifestadas por pequeños actos, gestos o expresiones que, aunque son inconscientes, sí expresan la prevalencia de un sistema social donde los hombres ostentan el poder.

	Sexismo	MF1: "Una persona me dijo, NO, prefiero que venga el doctor y ya él me diga, dudando de mi juicio clínico" MF4: "No se me ha permitido subir a un nivel de confianza por mi sexo, ante el prejuicio de que no voy a tener el tiempo de dedicación al puesto, por mis actividades propias de la mujer".	Presencia de creencias y actitudes que refuerzan la desigualdad de género, discriminando a las mujeres en función de su sexo.
	Edadismo/ Gerontosexismo	MF6: "Me ha pasado que cuando quise aspirar a una jefatura me dijeron que era muy joven para el puesto y que me faltaba experiencia, que tenía que hacer tablas, más méritos y ayudar más" MF11: "Al exponer mis inconformidades y las de mis compañeras, he notado que grupos de hombres se burlan de nosotras, refiriéndose como el grupo de las menopáusicas", haciendo a alusión a nuestra edad"	En ambos casos se evidencia la descalificación por motivos de la edad, poniéndose de manifiesto los estereotipos y prejuicios con relación a que hay edades para ejercer tal cual función, o bien poder expresarse con relación a algo.
Percepción de igualdad	Equidad	MF1: "Tanto médicas como médicos tenemos las mismas posibilidades, derechos y condiciones en varios aspectos de nuestra vida, pero que es deben distribuir de manera justa". MF4: "debemos tener las mismas oportunidades de desarrollar nuestras capacidades, nuestras actitudes y competencias..."	En ambos casos se busca la distribución justa de oportunidades, derechos, aunque no se signa que debe ser de acuerdo con las necesidades.
	Igualdad de género	MF2: "tanto los hombres como las mujeres tienen los mismos derechos por igual" MF6: "Todos los trabajadores debemos ser iguales"	Se identifica que se buscan los mismos derechos, responsabilidades y oportunidades, independientemente de las necesidades individuales o diferencias que pueda haber.
Estatus quo	Empoderamiento femenino	MF1: "Hemos tenido un cambio muy grande en general, con acceso a algunas profesiones u oficios que tradicionalmente no se tenía, de tal manera que nosotras decidimos si los tomamos o no" MF8: "La mujer ya se desenvuelve cada vez más en ámbitos que antes eran exclusivos de los hombres y somos nosotras las que hemos decidido que así sea"	Muestra ineludible de que la mujer ha aprehendido y tomado el control sobre sus propias vidas, decidiendo participar en forma activa en la sociedad.
	Patriarcalismo	MF8: "Aunque hay mayor participación de las mujeres, he escuchado a compañeras decir <déjame preguntarle a mi esposo a ver que dice o expresiones como "mi señor">"	Esta expresión permite ver como aún está vigente el sistema social en donde los hombres son los entes de autoridad social.
Neodeologías	Feminismo liberal	MF1: "Si vamos avanzando en la sociedad con la participación de mujeres y hombres en oficios y profesiones que tradicionalmente eran para los sexos opuestos, por ejemplo, cada vez hay más enfermeros, en caso de los hombres y urólogas en el caso de las mujeres, por mencionar algunos" MF4: "Ahorita ya todos pueden ser lo que les dé la gana, incluso hay hombres que apoyan más a las mujeres profesionalmente en ciertos puestos"	Se hace alusión y reconocimiento a la participación de los hombres hacia el rol de las mujeres, promoviendo su participación

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que la discriminación de género sigue siendo una realidad cotidiana en el ámbito médico, particularmente entre médicas especialistas en Medicina Familiar. Las participantes expresaron una comprensión diversa del género, oscilando entre visiones constructivistas y esencialistas, lo cual refleja tensiones entre culturas patriarcales y discursos feministas aún no resueltas en el ámbito clínico. Esto coincide con la perspectiva de Scott, quien plantea que el género es una categoría de análisis que estructura el poder en las relaciones sociales y se naturaliza en roles, expectativas y lenguajes institucionales.³⁴

Por otra parte, aunque igualdad y equidad son conceptos distintos, las participantes tendieron a utilizarlos como sinónimos, entendiendo la equidad como *"dar lo mismo a todos"*. Esta confusión limita la aplicación de políticas efectivas en salud, lo cual coincide con lo señalado por Rodríguez Palop,³⁵ *"sin una visión relacional de los derechos y sin reconocer la interdependencia social, se perpetúan esquemas individualistas que invisibilizan barreras estructurales"*.

De la misma forma, las médicas reportaron obstáculos explícitos e implícitos durante su desarrollo profesional, desde hostigamiento y frases despectivas hasta micromachismos institucionalizados. Estos hallazgos revelan la vigencia de un sistema de discriminación estructural, manifestado por la gerontocracia y el patriarcado, en el que el poder se concentra en figuras masculinas de mayor edad, reforzando la subordinación de las mujeres jóvenes. García Arteaga et al., han señalado que los micromachismos institucionales actúan como inhibidores del empoderamiento femenino al mantener roles tradicionales incluso dentro de espacios profesionales.¹³ Del mismo modo, Stephen et al., identificaron múltiples barreras estructurales, hostilidad, acoso, falta de mentoría, que impiden el desarrollo pleno de las mujeres, particularmente en especialidades de mayor prestigio.³⁶

Un hallazgo relevante fue la identificación de neoideologías de género: formas modernas de discriminación que se presentan como conductas normales o incluso corteses, como el uso reiterado de *"señorita"* en lugar de *"doctora"*. Estas expresiones, aunque no intencionalmente ofensivas, refuerzan la idea de que la autoridad médica sigue siendo masculina. Segovia-Sáiz et al.,³⁷ documentaron fenómenos similares en instituciones académicas, donde

las mujeres jóvenes enfrentan barreras invisibles para acceder a puestos de liderazgo.

Las participantes también señalaron el desprestigio de la especialidad de Medicina Familiar, considerada de *"menor importancia"* frente a otras ramas médicas. Calleja-Argudo et al.,³⁸ explican que este fenómeno se debe al bajo reconocimiento académico, la sobrecarga administrativa y la falta de incentivos de investigación, lo que ha deteriorado la imagen de la Atención Primaria. Esta percepción no solo afecta la trayectoria profesional de las médicas, sino también la valoración social de un área fundamental para la calidad de la atención en salud.

La transferibilidad de los resultados se sustenta en las descripciones densas obtenidas y en la coherencia interna entre las categorías emergentes. Los hallazgos sobre discriminación de género, percepción de igualdad, estatus quo y neoideologías reflejan dinámicas sociales y organizacionales que pueden presentarse en otras unidades de atención primaria con estructuras jerárquicas y dinámicas institucionales similares. En particular, las experiencias de micromachismos y sexismo institucional, las confusiones conceptuales entre equidad e igualdad y la persistencia de mentalidades patriarcales normalizadas son elementos potencialmente transferibles a otros contextos del sistema de salud, donde las relaciones de poder, los estereotipos y la cultura organizacional influyen en la práctica médica y en la construcción del autoconcepto profesional de las mujeres.

Implicaciones clínicas y organizacionales

La persistencia de estas prácticas discriminatorias tiene consecuencias directas en la atención médica. Al limitar la participación plena de las médicas, se debilitan los equipos de salud y se generan entornos laborales inseguros que afectan la calidad de la atención y la satisfacción profesional. Stephen et al.³³ señalan que incluso en espacios con políticas de equidad, las mujeres deben probar constantemente su competencia, mientras que los hombres gozan de presunción automática de autoridad.

La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Igualdad de Género enfatiza que no basta con incrementar la presencia de mujeres: es necesario modificar estructuras, discursos y prácticas que obstaculizan su desarrollo profesional.³⁹ De igual manera, la OPS y la OMS,^{40,41} advierten que las inequidades de género en el sector salud reducen

la eficiencia de los sistemas sanitarios y perpetúan desigualdades sociales más amplias.

Los hallazgos de este estudio revelan la necesidad de incorporar la perspectiva de género de manera estructurada en los entornos clínicos y administrativos de las unidades de atención primaria. En el ámbito clínico, sugerimos protocolos institucionales para el reporte y seguimiento de casos de discriminación de género, garantizando confidencialidad. Asimismo, recomendamos programas o la implementación de jornadas de capacitación continua sobre sesgos inconscientes, liderazgo inclusivo y comunicación no sexista, que favorezcan la equidad de género y el fortalecimiento del autoconcepto de las médicas familiares. A nivel organizacional, se propone la incorporación de indicadores de equidad e inclusión dentro de los sistemas de evaluación del desempeño.

Fortalezas y limitaciones del estudio

Una fortaleza central de este estudio es su enfoque cualitativo fenomenológico, que permitió captar significados subjetivos y contextuales imposibles de obtener con métodos cuantitativos. Las entrevistas ofrecieron narrativas auténticas que revelan tanto los hechos discriminatorios como sus implicaciones emocionales y profesionales. Sin embargo, como en toda investigación cualitativa, existen limitaciones: la subjetividad de las participantes y del investigador pudo influir en la interpretación; además, algunas médicas pudieron omitir experiencias por temor a represalias. Aunque se aplicaron estrategias de rigor —codificación sistemática, triangulación y uso de software especializado— los sesgos de interpretación no pueden eliminarse completamente.

Perspectivas futuras

Los hallazgos de este estudio constituyen un punto de partida para explorar nuevas líneas de investigación. Será necesario analizar también la perspectiva de los médicos varones, en especial quienes ocupan puestos de liderazgo o muestran conciencia de género, para comprender cómo reproducen, permiten o resisten la desigualdad en el ámbito laboral médico. Asimismo, se recomienda profundizar en el impacto de estas desigualdades en la calidad de la atención brindada en el primer nivel, donde la Medicina Familiar cumple un rol estratégico.

CONCLUSIONES

Las narrativas de las médicas familiares evidencian que la discriminación de género persiste de manera explícita y sutil en el ámbito laboral, expresándose mediante micromachismos, sexismo institucional y estereotipos normalizados que afectan su autoconcepto profesional y limitan la participación equitativa en la toma de decisiones. La percepción de igualdad y equidad continúa siendo ambigua, lo que limita la aplicación de políticas efectivas y perpetúa un estatus quo sostenido por estructuras jerárquicas y relaciones de poder asimétricas.

Asimismo, las neoideologías, como el feminismo liberal, emergen como formas de resistencia simbólica que, aunque incipientes, reflejan el deseo de transformación institucional. Estos hallazgos permiten comprender la discriminación de género como un fenómeno estructural y reproducido culturalmente dentro de los servicios de salud.

Se concluye que la promoción de espacios equitativos, el fortalecimiento de mecanismos de capacitación y concientización, así como la promoción a la denuncia, y la adopción de indicadores de equidad institucional resultan esenciales para avanzar hacia una cultura organizacional más inclusiva en el ámbito sanitario.

REFERENCIAS

1. Zamudio Sánchez FJ, Ayala Carrillo MR, Arana Ovalle RI. Mujeres y hombres: desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estud Soc* [Internet]. 2014; 22 (44):251-79. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572014000200010
2. Vargas Acevedo C. La mujer en medicina: la normalización de una discriminación oculta. *Univ. Medicina*. [Internet]. 2021; 62(4): 201-205. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392021000400018&lng=en. Publicación electrónica 30 de septiembre de 2021. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed62-4.muje>
3. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2008; 28(1): 48-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es
4. Mousa M, Boyle J, Skouteris H, Mullins AK, Currie G, Riach K, Teede HJ. Advancing women in healthcare leadership: a systematic review and meta-synthesis of multi-sector evidence on organisational interventions. *EclinicalMedicine* [Internet]. 2021; 39:101084. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101084>
5. Carr PL, Raj A, Kaplan SE, Terrin N, Breeze JL, Freund KM. Gender differences in academic medicine: retention, rank, and leadership comparisons from the National Faculty Survey. *Acad Med*. 2018;93(11):1694-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002146>
6. Maldonado Manzano RL, Vinuesa Ochoa NV, Pozo Franco PE, Luna Romero SM. Análisis del feminismo radical en la sociedad según el Método General de Solución de Problemas y Diagrama de Ishikawa. *Dilemas Contemp Educ Política Valores* [Internet]. 2021; 8(spe3):00006. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902021000500006 <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2685>
7. Rodríguez-Shadow MJ. La discriminación hacia las mujeres. *Ciencia*. 2008;59(1):41-51. Disponible en: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/59_2/PDF/07-616-41-51.pdf?utm_source=chatgpt.com
8. Sánchez-Cabezudo Rina T. La evolución histórica de la igualdad de género desde el prisma de la Organización de Naciones Unidas. *Ihering* [Internet]. 2021; 4:74-95. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=691773015003>
9. La Barbera M, Wences I. La “discriminación de género” en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *UACM* [Internet]. 2020;17(42):59-87. Disponible en: <https://revistas.uacm.edu.mx/ojs/index.php/contexto/article/view/1852>
10. García-Peña AL. De la historia de las mujeres a la historia del género. *Contribuciones desde Coatepec* [Internet]. 2016; (31) Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28150017004>
11. Villanueva Lozano M. Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Rev Interdiscip Estud Género Col Mex* [Internet]. 2019;5: e366. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2395-91852019000100105
12. Estrada-Ramírez Karla P, Miranda-Lora América L, Sandoval-Quiroa Ricardo C, Ávila-Montiel Diana, Mier-Prado María J, Garduño-Espinosa Juan. Brecha de género en la autoría de artículos publicados en el Boletín Médico del Hospital Infantil de México. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [Internet]. 2018; 75 (4): 216-223. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462018000400216&lng=es <https://doi.org/10.24875/bmhim.m18000030>
13. García Arteaga VF, Cruz Coria E, Mejía Reyes C. Factores que impulsan e inhiben el empoderamiento femenino: una revisión de literatura. *Reflexiones* [Internet]. 2022 [citado 2025 oct 14];101(1):121-40. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-28592022000100121
14. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD) 2020-2024. Avance y resultados 2022. Ciudad de México: Gobierno de México; 2022
15. Lagunas-Vázquez M, Beltrán-Morales LF, Ortega-Rubio A. Desarrollo, feminismo y género: cinco teorías y una canción desesperada desde el Sur. *Estud Desarro Soc Cuba Am Lat* [Internet]. 2016 [citado 2025 oct 14];4(2):62-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322016000200006

16. Villanueva Lozano M. Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Rev Interdiscip Estud Género Col Mex* [Internet]. 2019 [citado 2025 oct 15];5: e366. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2395-91852019000100105
17. México, ¿Cómo Vamos? Medicina con M de Mujer. Observatorio de las condiciones laborales de las mujeres en el sector salud. 2023. Disponible en: <https://mexicocomovamos.mx/wp-content/uploads/2023/12/Observatorio-Mujeres-en-el-Sector-Salud.pdf>
18. El Economista. Profesionistas de la salud ganan hasta 36% menos que sus pares hombres en México. 22 mayo 2023. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/capital-humano/profesionistas-salud-ganan-pares-hombres-mexico-20250522-760273.html>
19. Mesa-Chavez F, Castro-Sanchez A, Villarreal-Garza C. Gender discrimination and sexual harassment experienced by women physicians in Mexico. *J Interpers Violence*. 2025;40(9-10):NP4795-NP4814
20. Villanueva-Lozano M, Salinas-Martínez AM, Ramos-Jiménez A, Ramos-Jiménez J. Discrimination, abuse, and sexual harassment in a total institution: Sexual harassment of female medical students in Mexico. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):90
21. Ibrahim N, Mohamed MA, Ghaleb EM, Azzam H, Atef SH. Female medical students' experiences of sexism during clinical training: a systematic review. *Adv Med Educ Pract*. 2023; 14:527-543. doi: 10.3390/healthcare11071002. PMID: 37046928; PMCID: PMC1009465
22. Migotto S, Schofield R, Symon B. Gender issues in physician-nurse collaboration: A literature review. *J Nurs Manag*. 2019;27(6):1230-1238. doi: 10.1111/jonm.12872. Epub 2019 Oct 4. PMID: 31529750
23. Stock, J., Kaifie, A. Efectos de la discriminación de género en la elección de especialidad de los estudiantes de medicina para su residencia (junior): una encuesta entre estudiantes de medicina en Alemania. *BMC Med Educ* 24, 601 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05579-9>
24. Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA, et al. Experiencias de médicos con maltrato y discriminación por parte de pacientes, familiares y visitantes, y su asociación con el síndrome de burnout. *JAMA Netw Open*. 2022;5(5): e2213080. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.13080
25. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. 1978;1(4):139-61
26. Coverdale JH, Balon R, Roberts LW. Mistreatment of trainees: verbal abuse and other bullying behaviors. *Acad Psychiatry*. 2009; 33(4):269-73. doi: 10.1176/appi.ap.33.4.269. PMID: 19690101
27. Sandhu NK, Peixoto M, Figliolo M, Gupta L. Gender equity in academic medicine. *J Korean Med Sci*. 2023 May 22;38(20): e154. Disponible en: <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e154>
28. Cáceres-Manrique FM, Amaya-Castellanos CI, Rivero-Rubio C. Desigualdades de género en el ámbito sanitario: el caso de la medicina. *Aquichán* [Internet]. 2019 jun [citado 2025 oct 14];19(2): e1927. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972019000200007
29. Villanueva-Lozano M, Salinas-Martínez AM, Ramos-Jiménez A, Ramos-Jiménez J. Discrimination, abuse and sexual harassment in a total institution: Sexual harassment of female medical students in Mexico *BMC Med Educ*. 2019;19(1):90 Disponible en: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1516-0>
30. Sepúlveda-Vildósola AC, Mota-Nova AR, Fajardo-Dolci GE, Reyes-Lagunes I. Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco percibido. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(Suppl 1):92-101
31. Montiel A. Disputa entre Husserl y Heidegger: De la fenomenología reflexiva a la fenomenología hermenéutica. *ARANDU UTIC*. 2016;3(1):201-31
32. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17:613-9
33. Alaminos Chica A, Castejón Costa JL. Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión. Alicante: Editorial Marfil; 2006. (Serie Docencia Universitaria-EEES; Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Alicante). ISBN: 84-268-1267-8

34. Scott JW. Gender: a useful category of historical analysis. *Am Hist Rev.* 1986;91(5):1053-75. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/1864376>
35. Rodríguez Palop ME. Reformular los derechos humanos desde una visión relacional: el fin de la inmunidad y la autosuficiencia. *Derechos Libertad Rev Filos Derecho Derechos Humanos.* 2017;(36):135-66
36. Stephens EH, Heisler CA, Temkin SM, Miller P. The current status of women in surgery: how to affect the future. *JAMA Surg.* 202;155(9):876-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama-surg.2020.0312>
37. Segovia-Saiz C, Briones-Vozmediano E, Pastells-Peiró R, González-María E, Gea-Sánchez M. Techo de cristal y desigualdades de género en la carrera profesional de las mujeres académicas e investigadoras en ciencias biomédicas. *Gac Sanit.* 2020;34(4):403-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.008>
38. Calleja-Argudo S, Martínez-González A, Ballesteros-Vecina R, Nieves-Sanchis MÁ, Bernad-Carbonell F, Ayuso-Raya MC. ¿Por qué los graduados en medicina no quieren ser médicos de familia? *Rev Clin Med Fam [Internet].* 2023; 16(4):338-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2023000500006
39. World Medical Association (WMA). WMA statement on gender equality in medicine [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-gender-equality-in-medicine/>
40. World Health Organization (WHO). La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial: un análisis mundial en tiempos de COVID-19 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052895>
41. World Health Organization (WHO). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. (Human Resources for Health Observer Series No. 24). Geneva: WHO; 2019 [citado 11 sep 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515467>

Conflicto de intereses:

Las y los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

