

3. Locker TE, Baston S, Mason SM, et al. Defining frequent use of an urban emergency department. *Emerg Med J.* 2007;24:398-401.
4. Vinton DT, Capp R, Rooks SP, et al. Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. *Emerg Med J.* 2014;31:526-32.
5. Santos Martín MD, Lumberras García G, Álvarez Martín E, et al. Los hiperfrecuentadores y la conducta hiperfrecuentadora. *Emergencias.* 1998;10:411-6.

Juan Mariano Aguilar Mulet^a,
Cesáreo Fernández Alonso^{b,*},
Manuel Enrique Fuentes Ferrer^c
y Juan Jorge González Armengol^d

- ^a Servicio de Urgencias, Hospital de la Princesa, Madrid, España
^b Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
^c Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
^d Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: cesareofa@hotmail.com (C. Fernández Alonso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.013>

Emulando a Plutarco, «la doctora no solo ha de ser una buena profesional, sino que también ha de parecerlo»



Paraphrasing Plutarch, «female physicians must not only be good professionals, they must be seen to be so»

Sra. Directora:

Tras leer las *Las desigualdades de género en la ciencia: Gaceta Sanitaria da un paso adelante*, las autoras muestran su satisfacción por la política adoptada y querrían compartir con el/la lector/a algunas ideas a fin de promover la reflexión sobre aspectos sociales que influyen en la profesión.

Si bien el número de médicas está aumentando, la desigualdad sigue presente^{1,2}. Las mujeres suelen concentrarse en ciertas especialidades, trabajan más a tiempo parcial, tienen salarios más bajos, se dedican menos a investigación y a docencia, y su presencia en esferas altas de liderazgo es reducida³.

Uno de los factores a los que obviamente se atribuye la responsabilidad de estas diferencias es la maternidad². Un informe del Royal College of Physicians¹ polemizó sobre el «problema de la feminización» en medicina, enfatizando el impacto negativo que las bajas maternales y las reducciones horarias tendrían sobre el sistema de salud, sin tener en cuenta los aspectos positivos que brinda la diversidad de género.

Diversos estudios han reconocido diferencias globales en la práctica médica entre hombres y mujeres^{2,4,5}. Estas tienden a realizar entrevistas más holísticas, resaltando aspectos de prevención, y suelen emplear un estilo de comunicación más empático². Probablemente estos aspectos también sean los causantes de que, en conjunto, las médicas inviertan más tiempo por paciente y consulta, lo que resulta en una *ratio* de visitas menor que la de sus colegas varones, lo que según el baremo actual se traduce en una menor eficiencia^{2,4,5}.

Estos son algunos ejemplos de las barreras sociales e ideológicas que limitan la promoción de la mujer en su ámbito de trabajo, lo que se conoce con la metáfora de «techo de cristal» (*ceiling glass*), en donde el invisible techo de cristal impide alcanzar la meta.

Probablemente la expectativa de rol desempeñe un papel muy influyente en la carrera profesional de las mujeres. Así, los empleadores suelen regirse por estereotipos globales y no personales; por ejemplo, escogerían una mujer para un puesto de pediatría (por su rol de madre) y tenderían a escoger un hombre para la gestión (por su rol de líder)⁴.

Pero la sociedad también tiene sus estereotipos en cuanto al rol de la mujer. Así, en relación con el estilo de comunicación, los pacientes prefieren médicos más empáticos y con un estilo de comunicación abierto frente a un estilo dominante, que sin embargo es aceptado en el varón y criticado en la mujer⁵.

Otro estudio que evalúa la relación de los médicos y médicas con el resto del equipo médico encuentra que las mujeres suelen tener más interrupciones durante su jornada laboral, están sujetas a mayor control y tienen menor disposición de su tiempo en comparación con sus colegas varones².

En definitiva, el estudio de los factores sociales de las mujeres médicas es importante para conocer mejor su situación y garantizar que las diferencias antes mencionadas se deban a una elección personal y no al «techo de cristal». La eliminación de barreras y de prejuicios fomentará un ámbito de trabajo con mayor diversidad y que se traducirá en beneficios en diferentes niveles.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

S. Laxe fue la redactora del manuscrito, y M. Sainz y B. Castaño revisaron y ayudaron en la síntesis de ideas para ajustar el texto a las características del formato de carta.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Women and medicine. The future. Summary of findings from Royal College of Physicians research. June 2009. (Consultado el 25/5/2015.) Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/women-and-medicine-summary.pdf>.
2. Jefferson L, Bloor K, Spilsbury K. Exploring gender differences in the working lives of UK hospital consultants. *J R Soc Med.* 2015;108:184-91.
3. Lo Sasso AT, Richards MR, Chou CF, et al. The \$16,819 pay gap for newly trained physicians: the unexplained trend of men earning more than women. *Health Aff (Millwood).* 2011;30:193-201.
4. Tomer G, Xanthakos S, Kim S, et al. Perceptions of gender equality in work-life balance, salary, promotion, and harassment: results of the NASPGHAN Task Force Survey. *Litman and Laurie N. Fishman. JPGN.* 2015;60:481-5.
5. Schmid Mast M, Hall JA, Roter DL. Disentangling physician sex and physician communication style: their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Educ Couns.* 2007;68:16-22.

Sara Laxe*, María Sainz y Beatriz Castaño-Monsalve

Departamento de Daño Cerebral, Institut Guttmann, Badalona (Barcelona), España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: slaxe@guttmann.com (S. Laxe).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.001>