

Efectos de la brecha de género y el *mansplaining* en el lugar de trabajo médico

(Effects of the Gender gap and Mansplaining in the Medical Workplace)

Grettchen Flores-Sandí¹, Jean Carlo Segura-Aparicio²

Resumen

En los últimos años, la feminización de la profesión médica ha crecido significativamente, alcanza un 56 % de mujeres inscritas en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica en 2024. A pesar de este avance, persiste una brecha de género que limita el acceso de las mujeres a cargos de liderazgo, fenómeno conocido como techo de cristal. Asimismo, se reconoce que existen barreras y micromachismos, que dificultan el avance profesional femenino en medicina. El objetivo de esta revisión es conocer las manifestaciones, efectos y abordaje del *mansplaining* en el desempeño profesional de mujeres médicas, como una forma de micromachismo que contribuye a la brecha de género y es capaz de alterar la calidad de la atención médica institucional. Las microagresiones, a menudo normalizadas, impactan negativamente en la salud mental y bienestar de las mujeres médicas. Los resultados evidencian que, aunque las mujeres constituyen más del 70 % del personal de salud, su representación en puestos de liderazgo sigue siendo baja, como se observó durante la pandemia de Covid-19. Se recomienda implementar cambios estructurales en las políticas laborales y crear programas inclusivos que promuevan la equidad de género. Esta investigación contribuye al campo de los estudios de género al proponer estrategias para reconocer y abordar los micromachismos, fomentando una cultura organizacional más equitativa.

Descriptores: agresión, equidad de género, liderazgo, mujeres médicas, lugar de trabajo

Abstract

In recent years, the feminization of the medical profession has grown significantly, with women making up 56% of registered members in the Costa Rican Medical and Surgical College as of 2024. Despite this progress, a gender gap persists, limiting women's access to leadership positions, a phenomenon known as the glass ceiling. It is also recognized that there are barriers and microaggressions that hinder the professional advancement of women in medicine. The objective of this review is to know the manifestations, effects, and approach to mansplaining in the professional performance of female physicians, as a form of microaggression that contributes to the gender gap and is capable of altering the quality of institutional health care. These microaggressions, often normalized, negatively impact the mental health and well-being of female physicians. Findings show that while women represent over 70% of the healthcare workforce, their presence in leadership roles remains low, as evidenced during the Covid-19 pandemic. Structural changes in workplace policies and the creation of inclusive programs promoting gender equity are recommended. This research contributes to gender studies by proposing strategies to recognize and address microaggressions, fostering a more equitable organizational culture.

Keywords: aggression, gender equity, leadership, women physicians, workplace

Fecha de recibido: 14, abril, 2025

Fecha de aceptado: 16, diciembre, 2025

¹Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, San José, Costa Rica
grettcheng.flores@ucr.ac.cr
ID 0000-0002-5373-7247

²Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, San José, Costa Rica
jean.seguraaparicio@ucr.ac.cr
ID 0000-0003-1079-1398

Conflictos de interés: En esta publicación no existen conflictos de interés ni fuentes de financiamiento.

✉ grettcheng.flores@ucr.ac.cr



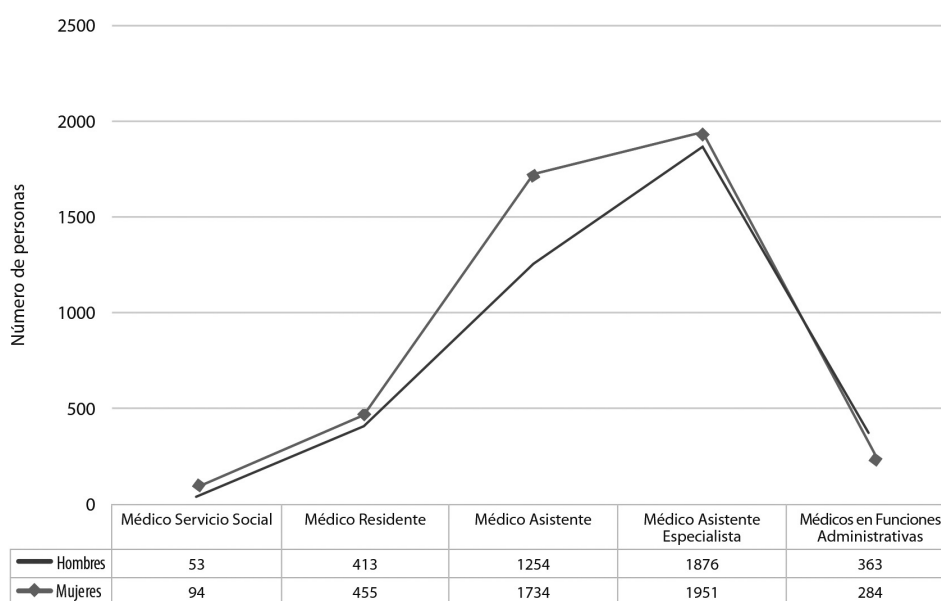
Esta obra está bajo una licencia internacional: Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Durante los últimos años ha ocurrido una feminización creciente de la profesión médica,¹⁻² en un escenario donde las mujeres en medicina han alcanzado equidad en el acceso a la facultad., esto les ha facilitado participar en prácticamente todas las especialidades médicas y desempeñar roles de liderazgo y gestión en el ámbito académico y administrativo.³

En la Universidad de Costa Rica por ejemplo entre el 2017 y 2024, el 57 % de las matrículas fueron de mujeres (310 mujeres/549 personas) y en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica a agosto de 2024 el 56% de las personas activas inscritas son mujeres (7505 mujeres/13468 personas). No obstante, aunque las mujeres representan una mayor proporción en el campo de la medicina, las investigaciones indican que aún persisten obstáculos que les impiden acceder a puestos de alto nivel, esto constituye una brecha de género que de alguna forma frena su desarrollo profesional, fenómeno

común en el mercado laboral, conocido como techo de cristal, en otras palabras, se avanza hasta cierto punto.³⁻⁵

Recientemente, organizaciones como ONU Mujeres, Mujeres en Salud Global y Salud Global 50/50 abogaron por una mayor representación de las mujeres en puestos de liderazgo, señalando que, a pesar de que las mujeres representan más del 70 % de las personas trabajadoras de la salud, solo representaron el 24 % de las personas integrantes del grupo de trabajo sobre Covid-19.⁶ Por ejemplo, la figura 1 muestra la evolución de los roles a nivel laboral de las personas profesionales de ciencias médicas en la Caja Costarricense del Seguro Social en el año 2022 de acuerdo con el informe estadístico de recursos humanos de esa institución, donde se denota que a pesar de existir mayor cantidad de mujeres médicas son los hombres quienes en su mayoría ostentan puestos de decisión administrativa.



El entorno de trabajo y la naturaleza del trabajo de las personas profesionales en medicina las hacen interdependientes y codependientes entre sí.⁷ No obstante, son escasos los estudios científicos en el ámbito de la teoría administrativa que abordan la investigación desde una perspectiva que evidencie las desigualdades de género dentro de las instituciones. Generalmente, las investigaciones se centran en el logro de objetivos laborales, aunque dejan de lado el análisis del proceso mediante el cual se articulan las personas y sus tareas dentro de una estructura de poder,⁸ lo cual estaría justificado pues en el lugar de trabajo también se reproduce el sistema de relaciones sociales y de género.⁹

Por lo que abordar las relaciones de poder de género es clave para garantizar la seguridad y el bienestar de las trabajadoras de la salud y la capacidad de brindar atención de calidad.¹⁰ Históricamente las mujeres en el

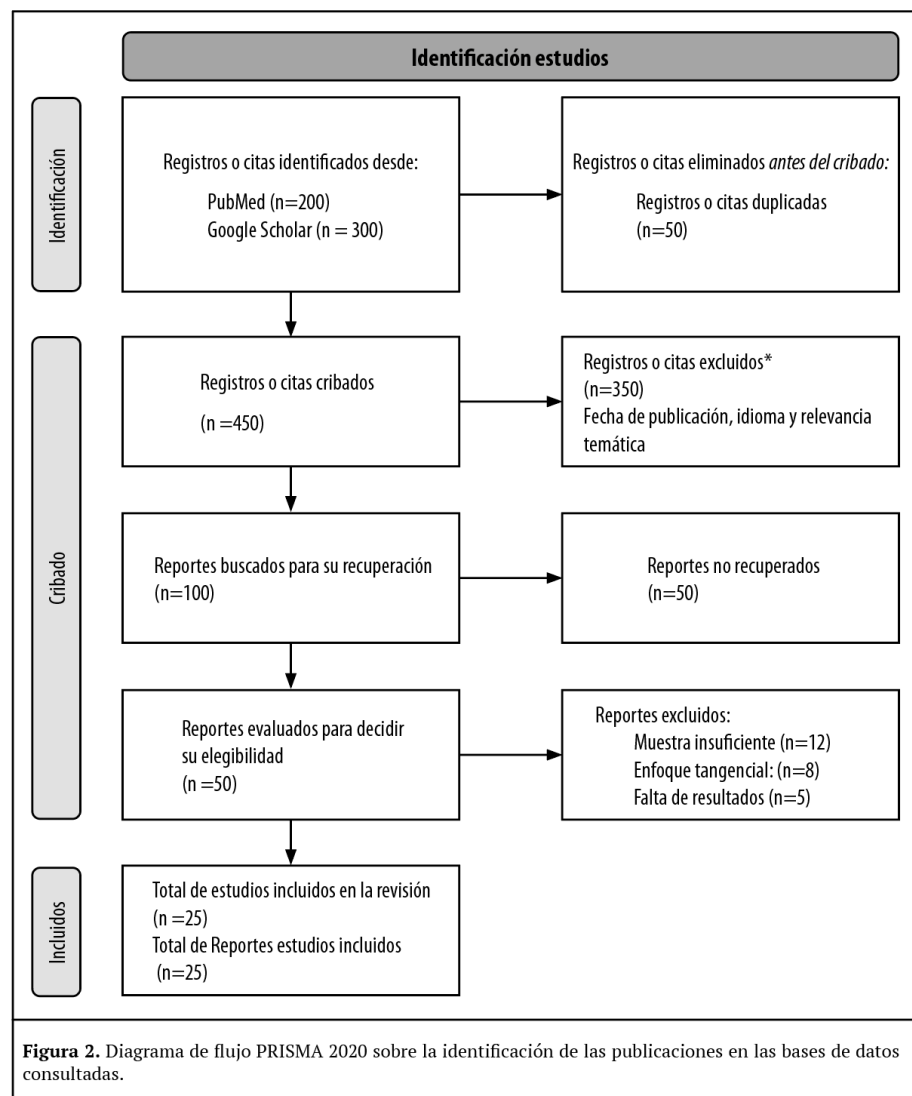
área médica han tenido que enfrentarse al sexismo desde que asumen este trabajo, incluso los enfoques dominantes de la gestión de crisis, pueden imponer formas de liderazgo excluyentes, hipermasculinas y discriminatorias en una fuerza laboral altamente feminizada, tal como ocurrió en el trabajo sobre Covid-19.^{6,11}

El problema para los pacientes es que esta exclusión a la poste reduce la eficacia de la respuesta a las crisis,⁶ lo que hace relevante visibilizar este problema para generar mayor concientización de estas prácticas y orientar los esfuerzos de prevención,^{9,12,13} esto además eventualmente permite justificar el tratamiento psicoterapéutico para las mujeres afectadas.¹⁴ El objetivo de esta revisión es conocer las manifestaciones, efectos y abordaje del *mansplaining* en el desempeño de mujeres médicas, como una forma de micromachismo que contribuye a la brecha de género y es capaz de alterar la calidad de la atención médica institucional.

Métodos

Al considerar el número creciente de investigaciones en el área de la violencia de género en los últimos años, se realizó una revisión bibliográfica en los meses de julio a agosto de 2024, sobre el tema en la literatura en inglés y español, de no más de 6 años de publicación, con palabras clave: “mujeres médicas”, “brechas de género”, “microagresiones”, “micromachismos”, “mansplaining”, “lugar de trabajo”. Para la presente revisión se adoptó un enfoque sistemático orientado por los lineamientos del diagrama de flujo PRISMA 2020, con el objetivo de garantizar la rigurosidad en la identificación, selección y análisis de la literatura relevante. La estrategia de búsqueda se centró en dos bases de datos electrónicas ampliamente reconocidas: PubMed y Google Scholar, desde las cuales se identificaron un total de 500 publicaciones (n=200 desde PubMed y n=300 desde Google Scholar).

En una primera etapa, se eliminaron 50 registros duplicados antes del proceso de cribado. Posteriormente, se procedió al análisis de los 450 registros restantes mediante la revisión de títulos y resúmenes, aplicando criterios de inclusión centrados en la relevancia temática, el idioma, la disponibilidad del texto completo y la aplicabilidad al contexto médico objeto del estudio. Este proceso permitió excluir 350 publicaciones por no cumplir con dichos criterios. De las 100 publicaciones seleccionadas para evaluación en texto completo, 50 no pudieron ser recuperadas por diversas limitaciones de acceso. Las 50 publicaciones recuperadas fueron sometidas a un proceso exhaustivo de análisis de elegibilidad, en el que se excluyeron 25 publicaciones por motivos específicos: muestra insuficiente (n=12), enfoque tangencial al objetivo de la revisión (n=8) o ausencia de resultados relevantes (n=5). Finalmente, se incluyó un total de 25 publicaciones que cumplieran con todos los criterios establecidos (Figura 2), las cuales se utilizaron para completar el cuadro 1 como una plataforma organizada para comparar los contenidos.



Cuadro 1. Clasificación de autores y temáticas de las publicaciones revisadas

Autores y año de publicación	Temas			
	Violencia de género y micromachismos en el área laboral	Mansplaining	Efectos personales e institucionales	Abordaje
Ávila-Rodríguez y Marín-Palacios, 2022	✓			
Bailey y Curry, 2023	✓			✓
Briggs <i>et al.</i> , 2023		✓		
Caira-Tovar, 2022				
Cherry y Wilcox, 2021	✓		✓	
Choo y DeMayo, 2018		✓		
Cruz-Arroyo y Casique, 2019			✓	
Da Silva <i>et al.</i> , 2023	✓			✓
Desai <i>et al.</i> , 2023	✓		✓	✓
Fundéu RAE, 2017		✓		
George <i>et al.</i> , 2020	✓			
Johnson y Smith, 2021				✓
Joyce <i>et al.</i> , 2021		✓		
Kaplan, 2019				✓
Kim y Meister, 2023	✓		✓	
Ortiz-Reyes <i>et al.</i> , 2019	✓		✓	
Peralta-García <i>et al.</i> , 2019	✓			
Rodríguez-Pérez <i>et al.</i> , 2022	✓		✓	
Smith <i>et al.</i> , 2022		✓	✓	
Smith y Purewal, 2023			✓	
Stroud, 2020		✓		
Szymańska, 2023		✓		
Undurraga y López-Hornickel, 2020	✓			
Vargas-Acevedo, 2021		✓		
Washington, 2022			✓	✓

Resultados

Violencia de género y micromachismos en el área laboral sanitaria

En el caso de las mujeres se mencionan tres tipos de manifestaciones de violencia de género en el trabajo,

las más visibles resultan ser la discriminación frente a la maternidad y el acoso sexual. Asimismo, se menciona el trato condescendiente que implica dinámicas laborales hostiles, donde las mujeres son percibidas como menos competentes, relegadas a tareas de servicio ajenas a sus responsabilidades, sometidas a juicios constantes, excluidas de la toma de decisiones y desplazadas en favor de sus colegas hombres. En este contexto, el género en intersección con la edad puede generar una visión

paternalista que infantiliza y menosprecia la capacidad intelectual de las mujeres.⁹

El concepto de microagresión en el marco de la atención sanitaria es crucial, fue acuñado inicialmente en 1970 por el Dr. Chester Pierce, un psiquiatra e investigador científico de la Universidad de Harvard y su uso aplica a discriminación y el prejuicio a nivel individual y sistémico dirigidos a atributos de una persona, tales como el género.^{7,15} Al respecto, Kim y Meister¹⁶ destacan cinco tipos de microagresiones de género que las mujeres enfrentan con mayor frecuencia por parte de compañeros de trabajo masculino: devaluación de la competencia técnica, devaluación de la presencia física, negación de la propia realidad, patologización del carácter personal de la mujer y patologización del género de la mujer.

De acuerdo con, Desai *et al*,⁷ curiosamente, incluso en especialidades médicas dominadas por mujeres, como la obstetricia y la ginecología, las médicas no son inmunes a las microagresiones y los prejuicios de género de sus colegas hombres y pacientes femeninas.

El psicoterapeuta Luis Bonino Méndez acuñó en 1991 el término “micromachismos” para describir prácticas y comportamientos inconscientes que responden a estructuras patriarcales profundamente arraigadas. Estas estructuras han perpetuado históricamente roles y estereotipos de género jerárquicos, manifestándose en diversos ámbitos de la vida cotidiana, incluido el entorno laboral.⁸ A partir de entonces se han tratado de clasificar las conductas,^{8,17} el cuadro 2 muestra la tipología de micromachismos que estableció Luis Bonino.

Cuadro 2. Tipología de micromachismos establecida por Luis Bonino Méndez para su clasificación, aplicable en diversos ámbitos de la vida cotidiana, incluido el entorno laboral⁸

Tipo	Descripción
Utilitarios	Fuerzan la disponibilidad femenina aprovechándose de diferentes aspectos domésticos con el objetivo de beneficiarse de ellos.
Encubiertos o indirectos	Implican el abuso de la confianza y credibilidad femenina ocultando su objetivo.
De crisis	Alude a las conductas de hipercontrol ocasionadas por aumento de poder personal de la mujer o bien por la disminución del poder del hombre.
Coercitivos o directos	Conllevan la retención del poder y se recurre a la fuerza física, económica o psicológica.

Estas prácticas son negadas, normalizadas, aceptadas y reproducidas socialmente,^{8,14} y en este contexto, la violencia de género en los espacios laborales se mantiene, debido a la falta de sanciones para las personas agresoras, el desconocimiento de los derechos humanos, el silencio de las mujeres, factores culturales, estereotipos de género y las disparidades salariales causadas por la segregación ocupacional.⁵ Desafortunadamente, los procesos son al mismo tiempo naturalizados y reproducidos por los profesionales de la salud, sin un análisis crítico de los efectos nocivos;¹ y la falta de visibilidad socava la capacidad de promover reformas y el reconocimiento de las experiencias y contribuciones de las mujeres en la atención de la salud¹⁰ y paradójicamente las mujeres tienen invisibilizadas las conductas y al naturalizarse se convierten en las principales reproductoras de la desigualdad laboral de género.⁸

Además de lo mencionado, es fundamental fomentar el pensamiento crítico en el estudiantado y concienciar al profesorado sobre la relevancia de abordar este tema, ya sea mediante programas educativos con enfoque de género integrados de manera transversal o a través de asignaturas especializadas,¹⁸ no obstante, la mayoría de las mallas curriculares de las carreras de medicina no tienen en sus cursos contenidos sobre violencia de género

en los lugares de trabajo, por lo que la mayoría de las mujeres médicas desconocen el término ‘micromachismo’ y neologismos acuñados para definir diferentes conductas de la persona agresora. En la Universidad de Costa Rica, por ejemplo, desde hace más de una década la malla curricular del curso de Medicina Legal incluye el tema de hostigamiento sexual en el empleo y la docencia como una práctica que violenta los derechos de las personas, no obstante, como mencionado anteriormente, esto solo es un tipo de violencia de género en espacios laborales.

Mansplaining

Al analizar los distintos micromachismos identificados, cobra relevancia lo señalado por Vargas-Acevedo,³ quien destaca que uno de los principales factores que perpetúan la brecha de género es el discurso, un lenguaje que se desarrolla dentro de una profesión con una estructura históricamente hegemónica, jerárquica y patriarcal. En este sentido, los neologismos de género reflejan los estereotipos sobre lo masculino y lo femenino. La idea detrás de estas creaciones lingüísticas es añadir un aspecto de género al significado de palabras ya existentes que originalmente son neutrales en cuanto al género, o más bien parecen serlo, porque una de las razones por las que se crean neologismos de género es

que algunas cosas están fuertemente asociadas con un género y, por lo tanto, se necesita un nuevo término cuando se usa esta palabra con referencia al otro género. Por ejemplo, el uso de palabras como ‘bolsa de hombre’ indica que los bolsos se consideran predominantemente atributos femeninos.¹⁹

Así surgió el término *mansplaining*, que se ha convertido en un fenómeno en redes sociales y trasciende el ámbito virtual mediante la repercusión de las personas trabajadoras en su vida laboral cotidiana.²⁰ Este término que ya aparece registrado en el diccionario Oxford, combina las palabras en inglés: hombre y explicar (*man* + *explaining*), como un neologismo que describe un comportamiento no deseado inicialmente considerado como típicamente masculino, que ha permitido que las mujeres describan su experiencia de condescendencia y menosprecio de su inteligencia debido a su género.¹⁹ La Fundéu RAE, una fundación respaldada por la Agencia EFE y la Real Academia Española, cuyo propósito es fomentar el uso adecuado del español en los medios de comunicación y en Internet, reconoce que el término “machoexplicación” ha comenzado a emplearse con cierta frecuencia y mantiene el mismo tono informal que su equivalente en inglés. No obstante, señala que, en caso de optar por la forma inglesa, es preferible escribirla en cursiva (FundéuRAE. Machoexplicación, alternativa válida al *mansplaining*. 2017. (consultado 15/08/2024). Disponible en: <https://www.fundeu.es/recomendacion/condescendencia-machista-alternativa-a-mansplaining>).

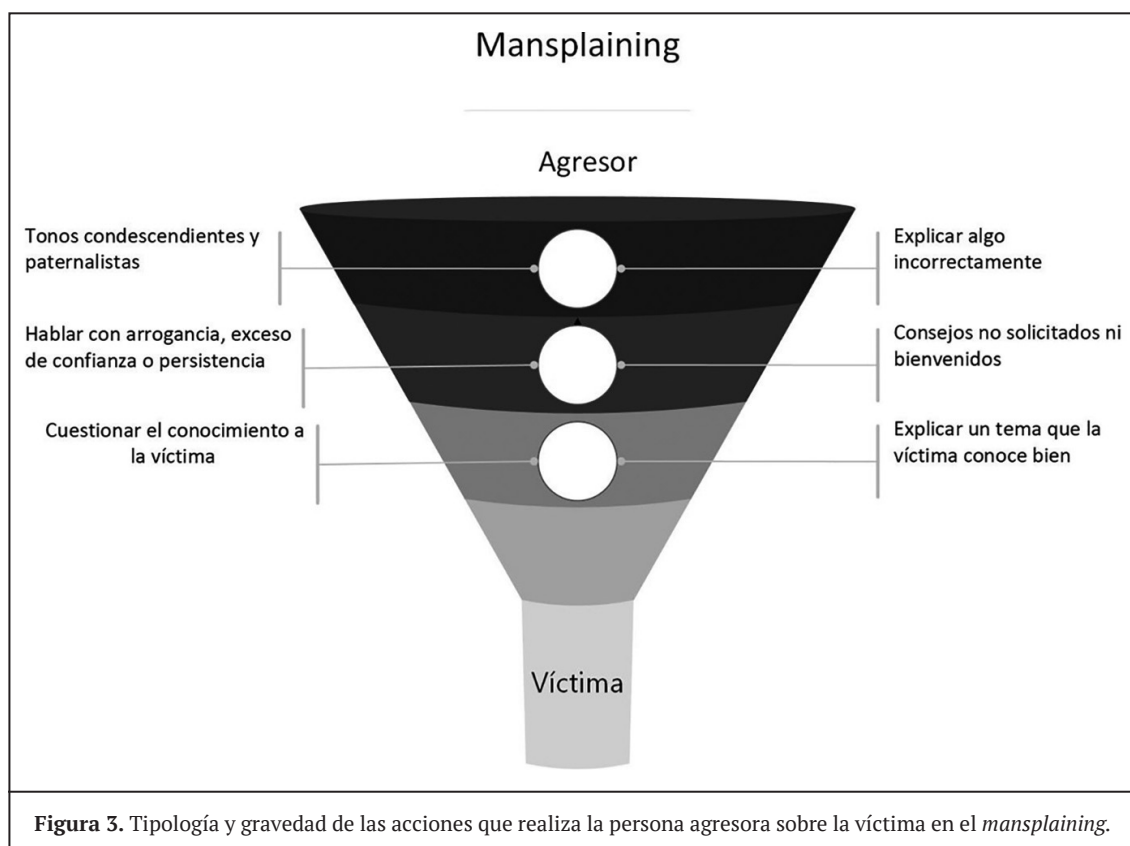
El *mansplaining* se entiende convencionalmente como un intercambio en el que alguien (generalmente un hombre) brinda una explicación no solicitada o no deseada, condescendiente o persistente a alguien (generalmente no un hombre), ya sea cuestionando su conocimiento o asumiendo que no sabía, independientemente de la veracidad de la explicación. Popularizado por primera vez en un ensayo titulado “Los hombres me explican cosas”, de Rebecca Solnit en 2008, en que narró una ocasión en la que un hombre le explicó la premisa y la importancia de un libro. El libro en cuestión era, de hecho, el libro escrito por ella misma, y después de los repetidos intentos de su amiga de aclararle esto al hombre interviniendo varias veces: “ese es su libro”, el hombre finalmente pareció sentirse avergonzado.^{20, 21} Esta situación, en la que un hombre parece asumir que sabe más sobre un tema que la mujer con la que está interactuando cuando, de hecho, es al revés, fue reconocida en innumerables mujeres que habían tenido experiencias similares. Si bien la historia no incluye el término *mansplaining*, la situación descrita por Solnit generó un aumento en la conciencia de este comportamiento.²¹

La referencia a los hombres en este neologismo es más bien una referencia a las relaciones estereotipadas entre los géneros, al desequilibrio de poder entre

mujeres y hombres en la discusión y, a la posición más privilegiada de los hombres en la sociedad.¹⁹ De acuerdo con Choo y DeMayo²² muchas de las experiencias de las mujeres médicas en el área laboral son tan estandarizadas y comunes que han generado un vocabulario emergente que incluye el término *mansplaining*. Al respecto, la Dra. Lynfa Stroud, directora del posgrado en Medicina Interna de Sunnybrook Health Sciences Centre, de Toronto, en su ensayo sobre sexismo en medicina, hace referencia a este término incluso cuando los médicos lo tratan de explicar, como un reforzamiento involuntario del fenómeno.¹¹

La conducta del *mansplaining* la experimentan con mayor frecuencia las mujeres y las minorías de género y es más probable que sea perpetrada por los hombres. Se ha caracterizado por la confianza con la que la persona agresora entrega el mensaje no solicitado, un tono de superioridad y, a menudo, implica una interjección, una interrupción y la creencia de que la víctima no tiene conocimiento previo del tema.²⁰ En un estudio sobre la comunicación que cuestiona la competencia, Briggs *et al*²³ concluyen que cuando se enfrentan a una explicación condescendiente, falta de reconocimiento de voz o interrupción, las mujeres reaccionan de manera más negativa y tienen más probabilidades de ver el comportamiento como indicativo de sesgo de género cuando el comunicador es un hombre. Además, de acuerdo con Joyce *et al*²¹ al incorporar el género en estas acusaciones como el motivo extensible detrás de la transgresión, la culpabilidad de la conducta se ve agravada por la discriminación debido a su sexo.

En su estudio Smith *et al*,²⁰ identificaron seis características del *mansplaining* (Figura 3) que podrían surgir individualmente o en conjunto dentro de cualquier interacción determinada identificada como *mansplaining*. La figura representa, mediante un diagrama en forma de embudo invertido, la progresión de las acciones típicas del *mansplaining* desde la persona agresora hacia la víctima, clasificadas según su tipología y nivel de gravedad. A medida que el color se torna más claro hacia la base, se enfatiza el aumento en la gravedad del impacto emocional y simbólico que estas acciones pueden tener. En la parte superior, se sitúan conductas como el uso de tonos condescendientes y paternalistas, acompañadas de explicaciones incorrectas. Le siguen comportamientos caracterizados por arrogancia, exceso de confianza o persistencia, junto con consejos no solicitados ni bienvenidos. En el nivel más profundo y grave, se encuentra el cuestionamiento directo del conocimiento de la víctima, incluso sobre temas en los que ella posee experiencia o dominio. Esta representación gráfica permite visualizar cómo el *mansplaining* no solo se manifiesta en distintos niveles de intensidad, sino que también genera una carga creciente sobre la víctima en función de la actitud del agresor.



Efectos personales e institucionales

En el sistema de atención médica este tipo de prácticas a menudo pasan desapercibidas a lo largo de la trayectoria médica desde la educación médica hasta la práctica clínica, hasta que causan efectos graves en la salud física y mental de una persona, tales como depresión, ansiedad, síndrome del impostor y agotamiento,^{7, 8, 14} también suelen estar asociadas a mayores tasas de problemas físicos como cefaleas, hipertensión arterial e insomnio (Washington EF. Recognizing and responding to microaggressions at work. HBR. 2022; 5. (consultado 13/08/2024). Disponible en: <https://hbr.org/2022/05/recognizing-and-responding-to-microaggressions-at-work>).

Lo anterior afecta negativamente la armonía del entorno del trabajo y la moral de la persona y del equipo, puede causar conflictos dentro de los equipos, comunidades y entornos laborales dentro de la institución de atención médica y obstaculizar la innovación, la mejora y el desarrollo dentro del sistema de atención médica,⁷ contribuir a la brecha de género y atentar contra la igualdad de oportunidades laborales.^{12,16} Lo anterior particularmente perjudicial durante eventos imprevistos de crisis intraoperatorias, donde se debe llevar a cabo de manera correcta, coordinada y oportuna el plan preformulado sin fallas.⁷

En conjunto, los resultados del estudio de Smith *et al*²⁰ indicaron que el *mansplaining* tiene un alcance mayor de lo que sugiere su nombre y que es aparentemente omnipresente en los lugares de trabajo modernos, asociándose de forma significativamente negativa con el compromiso institucional, la satisfacción laboral y de forma significativamente positiva con las intenciones de rotación, el agotamiento emocional y la angustia psicológica, lo cual evidentemente afecta los resultados laborales de las instituciones.

El problema es que en un entorno de trabajo psicológicamente inseguro, la implementación de nuevos flujos de trabajo basados en el conocimiento emergente, como sucedió durante la pandemia Covid-19, puede volverse más difícil.^{6,7} Además, experimentar este tipo de agresiones puede tener un impacto negativo en las identidades laborales de las mujeres, que puede desencadenar dudas sobre sí mismas de maneras que se manifiestan en los resultados del desempeño laboral y afectar a las mujeres en roles de liderazgo en campos donde las mujeres líderes están subrepresentadas.¹⁵

Según Rodríguez-Pérez *et al*⁵ las diversas formas de violencia que enfrentan las mujeres en el ámbito laboral no solo limitan su participación en el trabajo, sino que también impactan negativamente su vida diaria. Estas situaciones generan inseguridad, reducen la productividad y pueden desencadenar ansiedad, además de afectar su bienestar general y su integridad física.

Abordaje

Hay que tener en cuenta que muchos micromachismos pueden convertirse en parte de la cultura de una institución de salud si no se corrigen y podrían repercutir en la salud mental y bienestar de las mujeres médicas, por lo que inicialmente para responder a estas conductas hay que reconocer el problema y ser más conscientes del lenguaje cotidiano (Washington EF. Recognizing and responding to microaggressions at work. HBR. 2022; 5. (consultado 13/08/2024). Disponible en: <https://hbr.org/2022/05/recognizing-and-responding-to-microaggressions-at-work>).

En su abordaje las personas líderes desempeñan un papel fundamental en la creación de entornos laborales que permitan a cada integrante del equipo contribuir con sus mejores esfuerzos,¹⁵ pues al ser un fenómeno psicosocial, se requiere un cambio hacia una cultura más inclusiva en el lugar de trabajo (Washington EF. Recognizing and responding to microaggressions at work. HBR. 2022; 5. (consultado 13/08/2024). Disponible en: <https://hbr.org/2022/05/recognizing-and-responding-to-microaggressions-at-work>), con revisión de las políticas de gestión del trabajo, que produzcan condiciones para el diálogo, la realización, la dignidad y la integridad en el ejercicio de las profesiones, sin reproducir conductas que refuercen la disparidad de poder entre los géneros.¹ Es necesario, recurrir a las personas agresoras para que cambien su comportamiento y a las organizaciones para que modifiquen la dinámica en el lugar de trabajo (Kaplan S. Mansplaining: New solutions to a tiresome old problem. Conversation. 2019; 120400. (consultado 15/08/2024). Disponible en: <https://theconversation.com/mansplaining-new-solutions-to-a-tiresome-old-problem-120400>). Puede resultar oportuno incluso hablar con la persona agresora en un espacio aislado, al momento que se es testigo de micromachismos como el *mansplaining*, haciéndole ver la diferencia entre intención e impacto, pues, aunque la conducta fuera sin intención si puede tener un impacto negativo en quien lo recibe (Washington EF. Recognizing and responding to microaggressions at work. HBR. 2022; 5. (consultado 13/08/2024). Disponible en: <https://hbr.org/2022/05/recognizing-and-responding-to-microaggressions-at-work>). En síntesis, hay que crear programas que brinden herramientas y capacitación para detectar y reconocer estas prácticas y elaborar una respuesta reflexiva y oportuna; además se deben crear estructuras para apoyar la comunicación y la intervención y mecanismos para monitorear tanto el proceso como los resultados de estos esfuerzos con una rendición de cuentas clara.⁷

En su propuesta, Sarah Kaplan, profesora de gestión estratégica de Rotman School of Management y directora del Instituto de Género y Economía de Universidad de Toronto, recomienda que las instituciones pueden desarrollar pautas para las reuniones que

requieran que cada persona comparta su punto de vista o instrucciones para que quien dirige una reunión deje la conducta de explicar a las mujeres y apoye a las mujeres que están hablando (Kaplan S. Mansplaining: New solutions to a tiresome old problem. Conversation. 2019; 120400. (consultado 15/08/2024). Disponible en: <https://theconversation.com/mansplaining-new-solutions-to-a-tiresome-old-problem-120400>). Kaplan señala que extender el tiempo destinado a preguntas o debates no garantiza una mayor participación de las mujeres ni reduce la intervención de los hombres, ya que la evidencia experimental indica que esta estrategia no es efectiva. Asimismo, sugiere que las evaluaciones de desempeño podrían modificarse para desalentar la práctica del *mansplaining* y, en su lugar, fomentar la escucha activa y la valorización de las ideas aportadas por los demás miembros del equipo de trabajo.

Tanto Kaplan como Brad Johnson y David Smith, considerados como expertos en género en el lugar de trabajo de la Universidad Johns Hopkins, indican que la clave para avanzar en la igualdad de género son los hombres, estos pueden asociarse con sus colegas femeninas para promover el liderazgo y la igualdad de las mujeres rompiendo los estereotipos de género arraigados, superando los sesgos inconscientes, desarrollando y apoyando a las mujeres talentosas que los rodean y creando relaciones de trabajo productivas y respetuosas con las mujeres (Kaplan S. Mansplaining: New solutions to a tiresome old problem. Conversation. 2019; 120400. (consultado 15/08/2024). Disponible en: <https://theconversation.com/mansplaining-new-solutions-to-a-tiresome-old-problem-120400>). (Johnson B, Smith D. Male Allyship Is About Paying Attention. HBR. 2021; 2. (consultado 20/08/2024). Disponible en: <https://hbr.org/2021/02/male-allyship-is-about-paying-attention>).

Discusión

El análisis de la violencia laboral vinculada al género requiere considerar su carácter sintomático de desigualdades sociales estructurales.²⁴ La discriminación de género, expresada en múltiples formas, constituye una barrera significativa para el acceso de las mujeres a posiciones de liderazgo en el ámbito sanitario. Se ha señalado que limitada disponibilidad de oportunidades, en comparación con sus pares masculinos restringe el desarrollo profesional de las mujeres en este sector.²⁵ Si bien se han identificado ciertos avances en la transformación de los estereotipos de género en el liderazgo, estos cambios siguen siendo mínimos.²⁶⁻²⁷ Hay que tomar en cuenta que en un entorno patriarcal que legitima la superioridad masculina y en el que han crecido la mayoría de personas, existen elementos que lo perpetúan,²⁸ las microagresiones y sus diversas

manifestaciones como el *mansplaining* han llegado a normalizarse y tolerarse. La superioridad de lo masculino sobre lo femenino no encuentra sustento en la ciencia médica, al respecto los resultados de la mayor investigación del genoma completo llevada a cabo por Song *et al*²⁹ sobre los fundamentos genéticos compartidos entre la posición de liderazgo y la salud y el bienestar de una persona, demostraron la naturaleza poligenética del liderazgo y no señalan su determinación en los cromosomas sexuales.

En la gestión de servicios de salud hay que considerar lo indicado por Undurraga y López-Hornickel⁹ de que en el lugar de trabajo también se reproduce el sistema de relaciones sociales y de género y por Ortiz-Reyes *et al*⁸ de que las mujeres al naturalizar estas conductas se convierten en las principales reproductoras de la desigualdad laboral de género. Aunque las mujeres representan una mayoría en el sector salud, el denominado techo de cristal continúa existiendo para alcanzar puestos de liderazgo en los diferentes campos de desarrollo profesional.

La preocupación es que los efectos de estas microagresiones como el *mansplaining* pueden generar en la persona que las recibe síntomas ansiosos depresivos, con el consiguiente deterioro de la productividad laboral, y también generar el síndrome del impostor, reconocido en la actualidad como un fenómeno que puede afectar de manera importante la carrera profesional de muchas personas, haciéndolas cuestionar sus capacidades y logros, incluso cuando hay pruebas claras de su competencia,³⁰ y en la relación interpersonal laboral, conduce a las mujeres a creer que no tienen la capacidad para asumir puestos de responsabilidad.

Lo anterior genera un círculo vicioso que limita el desarrollo y crecimiento académico-profesional de las personas que lo reciben, lo cual en el campo de trabajo médico resulta inadmisibles al ser un ambiente que debe enfocarse en brindar la mejor atención, oportuna y eficaz para preservar la salud y la vida de las personas, y como indican Smith y Purewal⁶ excluir a las mujeres reduce la eficacia de la respuesta a las crisis. En este sentido, la igualdad de género en el trabajo no es solo una cuestión de justicia social, sino también un factor clave para el crecimiento económico y el progreso social.³¹

Precisamente, autores como Das *et al*³² y Dhatt *et al*³³ señalan que incrementar el liderazgo de las mujeres dentro de la salud es una oportunidad para promover la resiliencia y la capacidad de respuesta del sistema de salud. En este sentido, el estudio sobre el estado actual de las mujeres en cirugía, efectuado por Stephens *et al*³⁴ concluye que la creación de un entorno laboral en el que las mujeres médicas puedan contribuir, prosperar y tener éxito de manera óptima beneficiará a las organizaciones,

a la comunidad, a las futuras generaciones de cirujanas y cirujanos y, sobre todo, afectará positivamente la atención de las personas pacientes que requieran de la atención.

Las instituciones sanitarias deben asumir la responsabilidad de crear culturas laborales seguras e inclusivas, que consideren el efecto negativo de las microagresiones como el *mansplaining*. Ayas *et al*³⁵ mencionan que es esencial crear una cultura de inclusión, apoyo y respeto, liderada por los altos directivos, que reconozca a la violencia de género como un problema estructural que involucra al personal sanitario, sus estructuras de poder y estereotipos de género y permita un diálogo abierto en todos los niveles.

En síntesis, los resultados de esta investigación son claros sobre el impacto que pueden tener los micro-machismos aparentemente inocuos en la salud física y mental de la persona que los recibe, y desde el punto de vista de las instituciones se genera deterioro productivo, particularmente importante cuando está de por medio la atención a la salud de las personas. En este sentido, Washington destaca que la eliminación del techo de cristal requiere un proceso continuo de aprendizaje, evolución y desarrollo, enfocado en la creación de estrategias eficaces para la prevención y el abordaje de la violencia laboral contra las mujeres (Washington EF. Recognizing and responding to microaggressions at work. HBR. 2022; 5. (consultado 13/08/2024). Disponible en: <https://hbr.org/2022/05/recognizing-and-responding-to-microaggressions-at-work>).

A pesar del incremento en la participación femenina en el ámbito médico, las barreras que impiden el acceso a posiciones de liderazgo se mantienen, lo que demuestra que la equidad en el ingreso a la profesión no garantiza el mismo avance en términos de desarrollo profesional. Por tanto, las diferencias de género en la distribución de poder y liderazgo sugieren la necesidad de explorar más a fondo cómo las dinámicas de género afectan el desarrollo profesional de las médicas dentro de las instituciones sanitarias. El primer paso es el reconocimiento del problema y sus causas.

Este estudio ofrece un punto de partida para nuevas investigaciones orientadas a la implementación de estrategias que faciliten la identificación y mitigación de los micromachismos en el ámbito laboral, específicamente el *mansplaining*. Es recomendable profundizar en enfoques que se basen en políticas organizacionales dirigidas a promover una cultura de equidad, además de establecer mecanismos de seguimiento del progreso en la reducción de las desigualdades de género en el campo médico. En particular, resulta fundamental investigar la eficacia de programas de formación en sensibilización sobre género, dirigidos tanto a líderes, estudiantes y

personal de salud, con el objetivo de transformar las dinámicas laborales y minimizar el impacto negativo de dichas desigualdades.

A pesar de que las mujeres representan una mayoría en el sector salud, el denominado techo de cristal continúa existiendo para alcanzar puestos de liderazgo en los diferentes campos de desarrollo profesional. Esta brecha de género se ve reforzada por comportamientos discriminatorios hacia la mujer que han sido normalizados socialmente, como las diferentes manifestaciones de micromachismos, por lo que con el fin de disminuirla, inicialmente es necesario que las y los profesionales en medicina sepan identificar estas conductas y comprender las repercusiones de las mismas no solo a nivel personal sino institucional, para trabajar en lograr entornos laborales que no perpetúen las desigualdades y busquen desnormalizar conductas perjudiciales que han sido aprendidas por ambos géneros.

Referencias

- Da Silva PR, Porto P, Rocha MC, Tamaki ER, Corrêa MG, Fernandez M, *et al.* Women and working in healthcare during the Covid-19 pandemic in Brazil: bullying of colleagues. *Global Health.* 2023;19:10. DOI: [10.1186/s12992-023-00911-2](https://doi.org/10.1186/s12992-023-00911-2)
- Petrone P. La feminización en la Medicina. *Rev Colomb Cir.* 2018;33:132-34. DOI: [10.30944/20117582](https://doi.org/10.30944/20117582)
- Vargas-Acevedo C. La mujer en medicina: la normalización de una discriminación oculta. *Univ Med.* 2021; 62:201-205. DOI: [10.11144/javeriana.umed62-4.muje](https://doi.org/10.11144/javeriana.umed62-4.muje)
- Caira-Tovar N. Brecha de Género: Una Mirada a la Lucha Contra el Techo de Cristal y el Suelo Pegajoso. *Mujer Polít Públicas.* 2022;1: 56-65. DOI: [10.31381/mpp.v1i1.5260](https://doi.org/10.31381/mpp.v1i1.5260)
- Rodríguez-Pérez RE, Castro-Lugo D, Ibarra-Gutiérrez S. Violencia laboral de género como factor que inhibe la participación de las mujeres en el mercado de trabajo de México. *Rev Econ.* 2022; 39: 110-133. DOI: [10.33937/reveco.2022.277](https://doi.org/10.33937/reveco.2022.277)
- Smith J, Purewal S. Towards more caring and consultative crisis management: perspectives and experiences from women healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMJ Leader.* 2023;7:1-5. DOI: [10.1136/leader-2023-000793](https://doi.org/10.1136/leader-2023-000793)
- Desai V, Conte AH, Nguyen VT, Shin P, Sudol NT, Hobbs J, *et al.* Veiled Harm: Impacts of Microaggressions on Psychological Safety and Physician Burnout. *Perm J.* 2023;27:169-178. DOI: [10.7812/TPP/23.017](https://doi.org/10.7812/TPP/23.017)
- Ortiz-Reyes FA, Fierro-Moreno E, Montes de Oca-López JC. Los micromachismos y el clima organizacional en un organismo académico de Educación Superior. *RIICONET.* 2020; 13:1322-1341.
- Undurraga R, López-Hornickel N. Trayectorias Laborales de Mujeres y Violencia en el Trabajo: Una Cuestión de Género. *Psykhe (Santiago).* 2020; 29, 1-14. DOI: [10.7764/psykhe.29.2.1494](https://doi.org/10.7764/psykhe.29.2.1494)
- George AS, McConville FE, deVries S, Nigenda G, Sarfraz S, McIsaac M. Violence against female health workers is tip of iceberg of gender power imbalances. *BMJ.* 2020;371:m3546. DOI: [10.1136/bmj.m3546](https://doi.org/10.1136/bmj.m3546)
- Stroud L. Reflections on sexism in medicine. *CMAJ.* 2020; 192:E324. DOI: [10.1503/cmaj.74909](https://doi.org/10.1503/cmaj.74909)
- Cruz-Arroyo VB, Casique I. Violencia laboral. Análisis de los factores de riesgo y consecuencias en la vida de las mujeres trabajadoras en la Ciudad de México. *Pap poblac.* 2019; 25:51-79. DOI: [10.22185/24487147.2019.102.32](https://doi.org/10.22185/24487147.2019.102.32)
- Flores-Sandí G, Salazar-Sánchez L. Concepto, Contextualización y Estrategias Administrativas de Abordaje del Gaslighting Laboral en Servicios de Salud. Una Revisión Sistemática. *Salud Adm.* 2024; 11:35-50.
- Cherry MA, Wilcox MM. Sexist Microaggressions: Traumatic Stressors Mediated by Self-Compassion. *TCP.* 2020; 49:106-137. DOI: [10.1177/0011000020954534](https://doi.org/10.1177/0011000020954534)
- Bailey L, Curry A. Leading and Mentoring Women in STEM: Mitigating Gender & Microaggressions. *SWB Journal.* 2023; 1:1-11. DOI: [10.57229/2834-2267.1026](https://doi.org/10.57229/2834-2267.1026)
- Kim JY, Meister A. Microaggressions, Interrupted: The Experience and Effects of Gender Microaggressions for Women in STEM. *J Bus Ethics.* 2023; 185:513-531. DOI: [10.1007/s10551-022-05203-0](https://doi.org/10.1007/s10551-022-05203-0)
- Peralta-García L, Ufarte-Ruiz MJ, López-Caniego. Micromachismos y prensa digital: el diario.es como estudio de caso. *Icono14.* 2019; 17:162-183. DOI: [10.7195/ri14.v17i1.1220](https://doi.org/10.7195/ri14.v17i1.1220)
- Ávila-Rodríguez B, Marín-Palacios C. Micromachismo, una asignatura pendiente en la universidad. *Aula Encuentro.* 2022; 24: 96-11. DOI: [10.17561/ae.v24n2.6543](https://doi.org/10.17561/ae.v24n2.6543)
- Szymańska M. Gendered Neologisms Beyond Social Media: the Current Use of Mansplaining". *RiL.* 2023;20:259-76 DOI: [10.18778/1731-7533.20.3.03](https://doi.org/10.18778/1731-7533.20.3.03)
- Smith CJ, Schweitzer L, Lauch K, Bird A. 'Well, actually': investigating mansplaining in the modern workplace. *JMO.* 2022; 1-19. DOI: [10.1017/jmo.2022.81](https://doi.org/10.1017/jmo.2022.81)
- Joyce JB, Huma B, Ristimäki HL, Almeida FF, Doehring A. Speaking out against everyday sexism: Gender and epistemics in accusations of "mansplaining". *Fem Psychol.* 2021; 31: 502-529. DOI: [10.1177/0959353520979499](https://doi.org/10.1177/0959353520979499)
- Choo EK, DeMayo RF. A lexicon for gender bias in academia and medicine. Mansplaining is the tip of the iceberg. *BMJ.* 2018;363:k5218. DOI: [10.1136/bmj.k5218](https://doi.org/10.1136/bmj.k5218)
- Briggs CQ, Gardner DM, Ryan AM. Competence-Questioning Communication and Gender: Exploring Mansplaining, Ignoring, and Interruption Behaviors. *J Bus Psychol.* 2023;1-29. DOI: [10.1007/s10869-022-09871-7](https://doi.org/10.1007/s10869-022-09871-7)
- Nelson S, Ayaz B, Baumann AL, Dozois G. A gender-based review of workplace violence amongst the global health workforce-A scoping review of the literature. *PLOS Glob Public Health.* 2024;4:e0003336 DOI: [10.1371/journal.pgph.0003336](https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003336)

25. Women's Leadership in Global Health Efforts. *Dent Abstr.* 2023;68:159-163. DOI: [10.1016/j.denabs.2023.03.002](https://doi.org/10.1016/j.denabs.2023.03.002)
26. Omojemite MD, Cishe EN, Zibongiwe M. Gender Stereotyping and Social Norms: Exploring Theoretical Perspectives and Educational Implications. *RESSAT* 2024; 9: 77-92. DOI: [10.46303/ressat.2024.48](https://doi.org/10.46303/ressat.2024.48)
27. Tremmel M, Wahl I. Gender stereotypes in leadership: Analyzing the content and evaluation of stereotypes about typical, male, and female leaders. *Front Psychol.* 2023;14:1034258. DOI [10.3389/fpsyg.2023.1034258](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1034258)
28. Llivichuzhca-Pillco A, López-Pérez R. Poder y género: carencias y dilemas. *Andamios.* 2023; 20:73-102. DOI: [10.29092/uacm.v20i52.999](https://doi.org/10.29092/uacm.v20i52.999)
29. Song Z, Li WD, Jin X, Ying J, Zhang X, Song Y, *et al.* Genetics, leadership position, and well-being: An investigation with a large-scale GWAS. *PNAS.* 2022; 119: e2114271119. DOI: [10.1073/pnas.2114271119](https://doi.org/10.1073/pnas.2114271119)
30. Reyes-López A, Salafranca-Biel J, Serrano-Aparicio JI, Bonfil-Celma P, Lereu-Bautista T, Martin-Esteban JM. El síndrome del impostor. Qué es, causas y cómo superarlo. *Ocronos.* 2024; 7: 1082.
31. Machado-López L, Morales-Molina T, Chávez-Calle LS. La igualdad de género, paradigma del desarrollo sostenible en la Agenda 2030. *RUS.* 2018;10: 7-13
32. Das P, Gupte M, Sahu M, Nagesh S. Tackling gender-based violence in public health workplaces in India: A call for systemic change. *PLOS Glob Public Health* .2025; 5: e0004327. DOI: [10.1371/journal.pgph.0004327](https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004327)
33. Dhatt R, Theobald S, Buzuzi S, Ros B, Vong S, Muraya K, *et al.* The role of women's leadership and gender equity in leadership and health system strengthening. *Glob Health Epidemiol Genom.* 2017;2:e8. DOI: [10.1017/ghg.2016.22](https://doi.org/10.1017/ghg.2016.22)
34. Stephens EH, Heisler CA, Temkin SM, Miller P. The Current Status of Women in Surgery: How to Affect the Future. *JAMA Surg.* 2020;155:876-885. DOI: [10.1001/jamasurg.2020.0312](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.0312)
35. Ayaz B, Dozois G, Baumann AL, Fuseini A, Nelson S. Perpetrators of gender-based workplace violence amongst nurses and physicians—A scoping review of the literature. *PLOS Glob Public Health.* 2024; 4: e0003646. DOI: [10.1371/journal.pgph.0003646](https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003646)