

TEMAS Y DEBATES

La pandemia silenciosa: subrepresentación de las mujeres en la medicina académica y publicaciones científicas: razones y soluciones

The Silent Pandemic: The Under-representation of Women in Academic Medicine and Publications - Reasons and Solutions

Omokore Olutomiwa Ayoola. Babcock University Teaching Hospital, Ilishan-Remo, Ogun State, Nigeria.

Email: omokoreolutomiwa@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7485-5907>

Kingdom Perelade Jojo. Affiliation: Babcock University Teaching Hospital, Ilishan-Remo, Ogun State, Nigeria.

Email: pereladejojo@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-8355-7668>

Nkechi Jejenwa. Herzing University, Nigeria.

Email: nkechi4amaka@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-5514-1523>

Ogbuiyi-Chima Feanyichukwu. Babcock University Teaching Hospital, Ilishan-Remo, Ogun State, Nigeria.

Email: chunkhalifa@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0001-8943-0511>

Olayinka Temiloluwa. Babcock University Teaching Hospital, Ilishan-Remo, Ogun State, Nigeria.

Email: Temiloluwa.olayinka25@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-4685-8527>

Samuel-Ogunnoiki Precious Motunrayo. Babcock University Teaching Hospital, Ilishan-Remo, Ogun State, Nigeria.

Email: Amoranmotunrayo17@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-3610-5087>

Ogunnoiki Samuel Opeoluwa. Babcock University Teaching Hospital, Ilishan-Remo, Ogun State, Nigeria.

Email: sogunnoiki@yahoo.com, <https://orcid.org/0009-0002-1111-054X>

Quadri Ibrahim Olalekan. Affiliation: Babcock University Teaching Hospital, Ilishan-Remo, Ogun State, Nigeria.

Email: Quadriibrahimus@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-4444-8348>

Meribole Somtochukwu Emmanuel. Babcock University Teaching Hospital, Ilishan-Remo, Ogun State, Nigeria.

Email: emmasomto@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0004-3790-3120>

Kingdom Perelade Jojo. Affiliation: Babcock University Teaching Hospital, Ilishan-Remo, Ogun State, Nigeria.

Email: pereladejojo@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-8355-7668>

Adeyoola Olaitan Oluwadara. Babcock University Teaching Hospital, Ilishan-Remo, Ogun State, Nigeria.

Email: oadeyoola34@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0001-9675-1292>

Buari Opeyemi Mariam. Benjamin S. Carson Snr. School of Medicine, Ilishan-Remo, Ogun State, Nigeria.

Email: Nisolabuari@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0004-0603-804X>

Esther Ololade Ekundayo. Afe Babalola university, Ado-Ekiti, Ekiti state, Nigeria.

Email: estherdayo6@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-0171-7437>

Recibido: 7 de mayo de 2025.

Aceptado: 28 de julio de 2025.

Conflictos de intereses: Ninguno.

DOI: <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v19i2.2026.2135>

Resumen

A pesar de una distribución global de género casi equitativa, las mujeres siguen estando marcadamente subrepresentadas en la medicina académica y en las publicaciones científicas, una inequidad sistémica tan generalizada que constituye una pandemia silenciosa. Si bien las mujeres representan actualmente el 70% del personal del cuidado a la salud, solo ocupan el 15% de las cátedras titulares en medicina y enfrentan brechas persistentes en autoría, citas y roles de liderazgo. Este artículo examina las barreras multifacéticas que impulsan esta disparidad, incluyendo sesgos implícitos en la contratación y en criterios para ascensos, cargas desproporcionadas en el cuidado de personas, entornos laborales hostiles y disparidades de género en la mentoría y la revisión por pares. Los datos revelan que los artículos escritos por mujeres reciben entre 30% y 50% menos de citas y menos del 20% de las y los autores sénior en revistas de alto impacto son mujeres. Estas inequidades comprometen el progreso científico, ya que la diversidad de perspectivas mejora la innovación y los pronósticos para los pacientes. Las soluciones exigen reformas sistémicas: revisión por pares anónima, consejos editoriales con equilibrio de género, políticas laborales flexibles, métricas institucionales de rendición de cuentas y programas de patrocinio específicos. Para abordar esta "pandemia" es necesario tratar la equidad de género como un imperativo de salud pública que fortalezca la medicina para todos.

Palabras clave: equidad de género; mujeres en medicina; medicina académica; brecha de autoría; sesgo de género

Abstract

Despite near-equal global gender distribution, women remain starkly under-represented in academic medicine and scientific publications—a systemic inequity so pervasive it constitutes a silent pandemic. While women now comprise 70% of the healthcare workforce, they hold only 15% of full professorships in medicine and face persistent gaps in authorship, citations, and leadership roles. This article examines the multifaceted barriers driving this disparity, including implicit bias in hiring and promotions, disproportionate caregiving burdens, hostile work environments, and gendered disparities in mentorship and peer review. Data reveal that women-authored papers receive 30–50% fewer citations than men's, and fewer than 20% of senior authors in high-impact journals are women. These inequities compromise scientific progress, as diverse perspectives enhance innovation and patient outcomes. Solutions demand systemic reforms: anonymised peer review, gender-balanced editorial boards, flexible work policies, institutional accountability metrics, and targeted sponsorship programs. Addressing this "pandemic" requires treating gender equity as a public health imperative—one that strengthens medicine for all.

Keywords: gender equity; women in medicine; academic medicine; authorship gap; gender bias.



Introducción

*No podemos tener éxito cuando la mitad de nosotros
estamos retenidas.
– Malala Yousafzai*

En un mundo donde existe una distribución casi equitativa de hombres y mujeres (4,050 millones de hombres y 4,010 millones de mujeres en 2023),¹ resulta sorprendente que ciertas carreras, incluida la medicina académica, sigan presentando importantes disparidades de género.² Históricamente, los hombres han dominado la profesión médica, pero con el paso de los años se ha observado un aumento notable en el número de mujeres que se incorporan a este campo.³ Hoy en día, las mujeres representan aproximadamente 70% de la fuerza laboral del cuidado a la salud a nivel mundial. Sin embargo, este progreso no se ha traducido en una representación equitativa en puestos de liderazgo, altos cargos o en la medicina académica. Los hombres aún dominan como médicos, enfermeros superiores y en puestos académicos superiores, incluso en profesiones donde las mujeres son mayoría, como la enfermería.^{3,4}

La medicina académica, en particular, refleja esta persistente brecha de género. Si bien se han reducido las barreras a la participación femenina en el ámbito médico, las mujeres siguen estando significativamente subrepresentadas en el liderazgo académico, la investigación y las publicaciones científicas. Las médicas se enfrentan a retos singulares para ascender a las más altas esferas de la medicina académica, siendo una barrera importante su menor índice de publicaciones científicas, en comparación con sus homólogos masculinos. La publicación es un factor crucial para el avance profesional en el ámbito académico, y esta disparidad contribuye a la subrepresentación de las mujeres en puestos académicos de alto nivel.⁵

Las razones detrás de este desequilibrio son multifacéticas. Ellas a menudo se enfrentan a prejuicios implícitos, acceso desigual a mentorías y oportunidades para participar de redes profesionales, además, con frecuencia tienen

responsabilidades domésticas y de cuidado desproporcionadas. La cultura laboral y las políticas institucionales suelen favorecer las trayectorias profesionales masculinas tradicionales, mientras que barreras sistémicas, como una financiación limitada para la investigación y menores oportunidades de publicar en revistas de alto impacto, agravan aún más el problema. Estos desafíos son aún más pronunciados para las mujeres con orígenes raciales, étnicos o socioeconómicos subrepresentados.⁶

Abordar esta infrarrepresentación no solo es una cuestión de equidad, también es esencial para el avance de la investigación médica y la atención a las y los pacientes. La diversidad de perspectivas en la medicina académica genera soluciones más innovadoras, mejores desenlaces clínicos para dichos pacientes y una comunidad científica más inclusiva. Este artículo explora las causas fundamentales de las disparidades de género en la medicina académica y la publicación científica, examina las consecuencias de este desequilibrio y propone soluciones prácticas para fomentar un entorno más equitativo e inclusivo para las mujeres en el ámbito académico.

Metodología

Este artículo de revisión adopta una metodología narrativa para explorar la persistente infrarrepresentación de las mujeres en la medicina académica y la publicación científica. Se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada en las principales bases de datos, como PubMed, Scopus y Google Académico, centrándose en publicaciones de 2000 a 2025. La estrategia de búsqueda implicó el uso de palabras clave y frases como "mujeres en la medicina académica", "disparidad de género en la publicación médica", "autoría femenina", "sesgo de género en el mundo académico" y "soluciones a la desigualdad de género en la ciencia". Los artículos seleccionados fueron revisados por pares y abordaron las causas o soluciones relacionadas con las disparidades de género en la medicina académica y en la producción académica. Se incluyeron editoriales, revisiones

sistemáticas, investigaciones originales y artículos de políticas públicas, mientras que se excluyeron las publicaciones en idiomas distintos al inglés y los artículos no relacionados con el contexto médico o académico.

Estadísticas sobre la disparidad de género en la medicina académica

Al ritmo de progreso actual, se necesitarán otros 131 años para lograr la igualdad de género a nivel mundial.

Foro Económico Mundial, Informe Global sobre la Brecha de Género, 2023

El campo médico ha visto un aumento en la equidad de género durante la última década, las mujeres ahora constituyen la mayoría de las y los solicitantes y graduados de las escuelas de medicina. Su representación en el profesorado ha aumentado de 38% a 45%, y las mujeres con doctorados en ciencias clínicas los superan en número (52%). Además, su porcentaje en roles de liderazgo ha crecido, representando 27% de las y los decanos de las escuelas de medicina en EUA., 45% de las y los decanos asociados superiores y 34% de jefes de división.

De manera similar, ellas representan hoy 44% de los médicos, 56% de los gerentes superiores del Servicio Nacional de Salud (NHS) y 89% del personal de enfermería, partería y visitas de salud. Si bien estos avances son dignos de mención, persisten problemas sociales que están lejos de lograr la igualdad total. Casi 30% informan haber experimentado alguna forma de acoso de género en la medicina académica, ya sea sexual o de otro tipo. A nivel mundial, la prevalencia del acoso sexual entre el personal médico femenino varía significativamente, lo que a menudo refleja diferencias en la protección legal y su aplicación. Por ejemplo, los informes indican que el personal médico femenino sudanés experimenta tasas más bajas de acoso sexual, en comparación con sus contrapartes en Egipto y Nigeria, pero más altas que las reportadas en Estados Unidos.

Estas variaciones pueden estar estrechamente relacionadas con la presencia o ausencia de marcos legales integrales que aborden el acoso

sexual. Un informe del Banco Mundial de 2018, que examinó la legislación en 189 países, reveló que casi 60 carecían de leyes que protegieran específicamente contra el acoso sexual en el lugar de trabajo o en entornos educativos. De manera alarmante, también señaló que 70 economías, particularmente en “Medio Oriente” y África del Norte, no contaban con disposiciones legales que abordaran este problema.

La ausencia de legislación protectora no solo aumenta la vulnerabilidad, sino que también perpetúa una cultura de silencio e impunidad, lo que subraya la urgente necesidad de una reforma de políticas a nivel mundial.⁷

Además, persisten importantes discrepancias salariales, las mujeres suelen recibir una remuneración inferior. En el ámbito académico clínico siguen enfrentándose a desafíos únicos que contribuyen a mayores tasas de deserción, que incluyen la escasez de modelos identificables a seguir, una mentoría que no aborda sus necesidades específicas y una cultura laboral que a menudo devalúa las responsabilidades de cuidado a través de un énfasis en la presencia constante. Adicionalmente, las formas sutiles de discriminación, como los reveses durante la baja por maternidad y, en ocasiones, el acoso manifiesto o las suposiciones sexistas sobre su ambición o su competencia, obstaculizan aún más su progresión.

Estos problemas a menudo reflejan desigualdades sociales más amplias y profundamente arraigadas.^{2,8,9} En 2012, ocupaban solo 13% de los puestos de profesor titular, 32% de los puestos de profesor asociado y 43% de los puestos de profesor asistente. Si bien este desequilibrio alguna vez se atribuyó al número históricamente menor de estudiantes de medicina mujeres, esa explicación ya no es suficiente. Durante la última década, la proporción de mujeres residentes ha aumentado de 39% a 46%, pero este aumento no se ha traducido en una representación proporcional en los puestos académicos superiores, lo que indica barreras sistémicas persistentes para su avance.¹⁰

Brecha de género en autoría y citas en publicaciones médicas y científicas

En la medicina académica, el avance profesional depende del reconocimiento y del impacto académico, logrados principalmente a través de múltiples publicaciones y citas, lo cual se refleja en el índice h de la o el investigador. Chatterjee y Werner (2021) realizaron un estudio transversal en cinco revistas médicas de alto impacto. Descubrieron una tendencia consistente en que los artículos de investigación escritos por mujeres recibían menos citas.

En concreto, las mujeres que colaboraban con otras mujeres como autoras principales tuvieron el promedio más bajo de citas, con un rango de entre 15 y 68 (con una mediana de 33). En cambio, el promedio más alto se observó entre hombres que colaboraban con otros hombres como autores principales, con un rango de entre 23 y 149 (y una mediana de 59).¹¹

Se han identificado varios factores que explican esta brecha, incluyendo el hecho de que ellas tienden a ser parte de redes profesionales y audiencias más pequeñas, así como un alcance más limitado en las plataformas virtuales, que están adquiriendo cada vez mayor relevancia como herramientas para la difusión de la investigación. Si bien muchos otros factores contribuyen a la brecha de género en las publicaciones de investigación, lo cierto es que estas disparidades son evidentes y deben mitigarse.¹¹

Importancia de la igualdad y la diversidad en la medicina académica y las publicaciones académicas

La igualdad de género es más que un objetivo en sí mismo. Es una condición previa para afrontar el reto de reducir la pobreza, promover el desarrollo sostenible y construir una buena gobernanza.
– Kofi Annan

La diversidad no se trata de nuestras diferencias. Se trata de aceptar la singularidad de cada uno.
– Ola Josph

La igualdad en la medicina y las publicaciones académicas no es solo un imperativo moral, sino un motor fundamental de la innovación, la excelencia y la mejora de los resultados para las y

los pacientes. Un entorno académico diverso e inclusivo garantiza la representación de una amplia gama de perspectivas, experiencias e ideas, lo que fomenta la creatividad y el avance del conocimiento médico. Cuando las mujeres y otros grupos subrepresentados se incluyen por igual en la medicina académica, el campo se beneficia de sus perspectivas únicas, lo que puede conducir a una investigación más integral, mejores prácticas clínicas y soluciones sanitarias más equitativas.²

Mayor innovación y resolución de problemas: la diversidad en la medicina académica aporta perspectivas diversas, lo que permite enfoques más innovadores para abordar desafíos médicos complejos. Las investigaciones han demostrado sistemáticamente que los equipos diversos superan a los homogéneos en resolución de problemas y creatividad. Al garantizar una representación equitativa, la medicina académica puede aprovechar al máximo el potencial de su talento, lo que conduce a descubrimientos y avances revolucionarios.²

Mejores resultados para los pacientes: un personal académico diverso está mejor capacitado para abordar las necesidades de atención médica de poblaciones diversas de pacientes. Las mujeres y los grupos subrepresentados a menudo aportan una comprensión más profunda de los problemas que afectan a las comunidades marginadas, lo que resulta en una atención más sensible a las diferencias culturales y más eficaz. Por ejemplo, la investigación sobre enfermedades que a ellas les afectan desproporcionadamente, como las enfermedades autoinmunes, históricamente ha estado subfinanciada y subrepresentada. Una mayor igualdad de género en la medicina académica garantizaría que se aborden estas brechas, mejorando así los desenlaces en salud para todas y todos.^{12,13} Además, otros estudios han demostrado que los pacientes atendidos por médicas tienen mejores resultados y menores tasas de complicaciones.¹⁴

Modelos a seguir y mentoría: la igualdad en la medicina académica crea una fuente de modelos a seguir y mentores para la próxima generación de profesionales de la salud. Cuando las mujeres

y los grupos subrepresentados se ven incorporados en puestos de liderazgo, consejos editoriales y como autores de publicaciones de gran impacto, inspiran a otras y otros a continuar y persistir en sus carreras académicas. Este ciclo de mentoría y representación es esencial para sostener el progreso hacia la igualdad de género.¹⁵

Justicia y equidad en el reconocimiento académico: las publicaciones académicas son un pilar fundamental del progreso académico. Sin embargo, las mujeres suelen estar subrepresentadas como primeras autoras o autoras principales en revistas de alto impacto. Esta disparidad no solo limita su desarrollo profesional, sino que también priva a la comunidad científica de sus contribuciones. Garantizar la igualdad de oportunidades para publicar promueve la justicia y garantiza el reconocimiento de la mejor investigación, independientemente del género del autor.¹⁶

Impacto en la salud global: la medicina académica desempeña un papel fundamental en la definición de políticas y prácticas de salud global. Cuando las mujeres y los grupos subrepresentados participan por igual en la investigación y el liderazgo, se logran políticas de salud más inclusivas y equitativas. Por ejemplo, las investigadoras tienen mayor probabilidad de involucrarse en temas como la salud materna, la violencia de género y el acceso a la atención reproductiva, fundamentales para lograr la equidad en salud global.¹²

Beneficios económicos e institucionales: las instituciones que priorizan la igualdad de género en la medicina académica suelen experimentar una mayor productividad, mayor satisfacción laboral y mejores tasas de retención. Los equipos diversos son más colaborativos y eficaces, lo que se traduce en mejores resultados institucionales. Además, las prácticas equitativas mejoran la reputación de una institución, atrayendo a los mejores talentos y oportunidades de financiamiento.^{17,18}

Razones de su subrepresentación: posibles soluciones

Las mujeres no están subrepresentadas porque carezcan de ambición o capacidad; están subrepresentadas porque persisten barreras sistémicas, prejuicios y desigualdades estructurales que las frenan.

-Sheryl Sandberg

La igualdad de género no es un asunto de mujeres; es un asunto humano. Nos afecta a todos.

-Ban Ki-moon.

El patriarcado no es un orden natural, es un sistema creado por el hombre. Y lo creado por el hombre puede, él mismo, deshacerlo.

- Gloria Steinem

Problemática: sesgo de género en la contratación, promoción y asignación de subvenciones

Las mujeres en la medicina académica han estado sujetas a prejuicios a la hora de ascender. A pesar del aumento de la representación femenina en la medicina desde hace décadas, se ha observado que esta mayor representación aún no se ha consolidado en los puestos directivos de la medicina académica. Según un informe del Consejo de Facultades de Medicina, se reveló que solo 26.3% del personal académico clínico son mujeres. Esta desigualdad aumenta considerablemente con la antigüedad, ya que las mujeres representan 42.3% del profesorado, 30.1% del profesorado titular y 15.1% del profesorado.²

En todo el mundo, ellas abandonan sus carreras académicas en un número mayor. Una razón podría ser la discriminación que sufren por razón de género. Por ejemplo, se ha demostrado que las y los revisores pares de becas de investigación no pueden juzgar el mérito científico, sin considerar el género. Las y los revisores pares sobreestiman los logros masculinos y/o subestiman el desempeño femenino, como se muestra en un análisis de regresión múltiple sobre la relación entre parámetros definidos de productividad científica y puntuaciones de competencia, así como en un metaanálisis del proceso de revisión por pares.¹⁹

Una investigación realizada por Nonnemaker et al. mostró que la proporción de mujeres que

ascendieron de profesoras asistentes a profesoras asociadas fue significativamente menor (la disparidad se presentó tanto en las carreras con titularidad, como en las restantes). De igual manera, las mujeres que obtuvieron nombramientos como profesoras asociadas tuvieron menos probabilidades de alcanzar el rango de titulares.²⁰

Los procesos de contratación, promoción y asignación de subvenciones

Este estudio sobre la anonimización de las solicitudes de formación académica clínica reveló que si bien la eliminación de los nombres de las y los candidatos no alteró significativamente las puntuaciones generales, sí condujo a un aumento notable en la proporción de candidatas exitosas (de 27% a 46%), lo que sugiere que el sesgo inconsciente puede influir en la selección, incluso cuando las diferencias de puntuación parecen mínimas. Los hallazgos también revelaron que las candidatas eran más propensas a elegir supervisoras (41% frente a 25% de ellos), lo que destaca la importancia de la mentoría concordante en cuanto a género. Para abordar estos problemas, los programas de formación deberían implementar revisiones de solicitudes anonimizadas, junto con iniciativas para aumentar la visibilidad de ellas en puestos de liderazgo, fomentar oportunidades de mentoría estructuradas e impartir capacitación a los comités de selección para prevenir sesgos, garantizando así que la evaluación meritocrática se extienda más allá de la selección inicial a lo largo de todas las etapas de la carrera profesional.²¹

También se ha observado que cuando solicitan puestos directivos o becas de investigación y sus antiguos asesores son sus coautores de artículos científicos posteriores, pueden ser juzgadas como dependientes del anterior supervisor, mientras que los hombres serían vistos como nuevos colegas. Para establecer una carrera académica, las y los investigadores más jóvenes necesitan demostrar su independencia, también es difícil obtener becas de investigación si se les ha valorado como autoras dependientes, como suele ser el caso.¹⁹ Por lo tanto, se recomienda a las instituciones que adopten estrategias para

minimizar los sesgos inconscientes, incluyendo revisiones de las solicitudes de empleo o becas ciegas en cuanto al género.²¹

Solución: utilización de criterios estructurados e imparciales para la promoción

Con frecuencia, se les ignora para puestos directivos, en parte porque las métricas tradicionales subestiman su contribución a la docencia, a la mentoría y a la investigación colaborativa. Las instituciones deberían implementar evaluaciones estructuradas y basadas en criterios específicos para asignar ascensos, en lugar de en evaluaciones subjetivas.

Problemática: falta de oportunidades de mentoría y patrocinio para ellas.

Se ha reportado que las médicas tienen menos probabilidades de contar con mentores, la falta de mentoría puede operar en detrimento de sus carreras profesionales. Cuando cuentan con mentores producen más trabajos publicados, dedican más tiempo a la investigación y tienen una mayor satisfacción profesional. Contar con un modelo a seguir en la medicina académica no solo brinda orientación, su influencia también se percibe en las tasas de ascenso. Además, cuando con mentoría en su campo de interés, aumenta su perseverancia y resiliencia.

Solución: mentoría y patrocinio para mujeres

Los programas de mentoría y padrinazgo son igualmente vitales, ya que conectan las que inician su carrera con alianzas que pueden ampliar su visibilidad y apoyar su progreso. Los programas de capacitación en liderazgo, diseñados para abordar los desafíos únicos que ellas enfrentan, pueden dotarlas de habilidades de negociación y planificación estratégica de su carrera.²²

Problemática: expectativas sociales y roles de género (por ejemplo, responsabilidades de cuidado)

A pesar de la creciente aceptación de la perspectiva más moderna de la responsabilidad

doméstica compartida entre parejas, las médicas casadas con descendencia dedican 8.5 horas más por semana a la crianza y tareas del hogar. Esto se correlaciona con su semana laboral más corta, que es de siete horas menos.¹⁹

Es difícil compaginar las tareas domésticas y de crianza tradicionales, con la apretada agenda de una profesional de la medicina. En un estudio que entrevistó a jefes de departamento de hospitales universitarios de diversas especialidades médicas, una gran mayoría (78%) coincidió en que las exigencias del hogar eran un obstáculo para el progreso de las mujeres en el ámbito de la medicina.^{16,21}

También cabe destacar que las médicas madres tienen menor empleabilidad y un desarrollo profesional más lento.²⁴ Ellas también enfrentan desafíos en su trabajo académico debido a la falta de políticas laborales flexibles que favorezcan su conciliación.²⁵ Las normas culturales dentro del ámbito académico también influyen, ellas suelen asumir una carga desproporcionada de atención a la salud y a la docencia, lo que les deja menos tiempo para la investigación, precisamente el trabajo que más impulsa el reconocimiento académico.²⁶

Solución: uso juicioso de los recursos, horario laboral flexible y apoyo familiar

En un estudio realizado por Schueller-Weidekamm y Kautzky-Willer sobre la creación de oportunidades de desarrollo profesional para médicas que son madres y ocupan puestos de liderazgo, se descubrió que ellas consideraron que el uso racional de recursos, como el tiempo, el dinero, el margen de decisión, la mentoría y la creación de redes de contactos, son los factores más importantes para lograr un equilibrio entre la vida laboral y la personal.²⁷ De igual manera, Treister-Goltzman y Peleg sugirieron los factores mencionados y abogaron por políticas de apoyo específicas, como horarios de trabajo flexibles y un mayor apoyo para el cuidado infantil para las mujeres en la medicina académica. Además, observaron que las médicas con un buen apoyo conyugal se desempeñan mejor en entornos académicos.²⁸

Algunas instituciones alivian esta carga ofreciendo reducción de funciones, extensión de su período de prueba o empleo a tiempo parcial a aquellas que tienen dificultades para equilibrar sus responsabilidades personales en el hogar con las profesionales.²⁵

Problemática: entornos laborales hostiles y acoso sexual

Las mujeres corren un alto riesgo de sufrir acoso, especialmente acoso sexual, lo que pone en peligro su desarrollo profesional. Un estudio que evaluó los desafíos y obstáculos que enfrentan las médicas residentes en Yeddah, Arabia Saudita, reveló que 52% de las residentes sufrieron discriminación de género, principalmente por parte de sus supervisores, y 40% fue acosada sexualmente de manera regular. Alrededor de 53% de las que aceptaron ser entrevistadas sufrían depresión severa, lo que las llevó a reconsiderar su carrera médica. Este estudio concluyó que la insatisfacción laboral, la escasa correspondencia clínica, las mayores tasas de depresión y agotamiento, el estrés y el abandono escolar se debían a la discriminación de género.²⁵

Solución: compromiso institucional para erradicar la hostilidad y el acoso en el lugar de trabajo

Una solución integral al acoso sexual requiere compromiso institucional con reformas culturales, políticas y educativas. Entre las medidas clave se incluyen el establecimiento de políticas de tolerancia cero, la exigencia de rendición de cuentas mediante sistemas transparentes de denuncia e investigación, y la capacitación periódica para reconocer y abordar el acoso. Potenciar la intervención de las y los testigos y eliminar los desequilibrios del poder jerárquico es fundamental, especialmente en campos dominados por los hombres, como la medicina. Además, proteger a las víctimas de represalias y fomentar un clima laboral inclusivo mediante la participación de los líderes son todos esenciales para un cambio sostenible.²⁹

Problemática: falta de políticas laborales flexibles y de apoyo al equilibrio entre la vida

laboral y personal y sesgo de género en los procesos de revisión por pares y editoriales

Los departamentos deben redistribuir equitativamente las obligaciones de servicio y reconocer esta labor como criterio de ascenso. De igual manera, las políticas que favorecen a la familia, como la prolongación de la permanencia en el mundo académico para las licencias parentales y el cuidado infantil en el lugar de trabajo, pueden contribuir a su retención en el ámbito académico, en lugar de obligarlas a abandonarlo en etapas críticas de su carrera.²⁶

Se han reportado casos de inequidad de género en el sistema editorial académico, con una subrepresentación sistemática femenina como autoras, evaluadoras y editoras. El sesgo de género en las publicaciones científicas y sus causas o mecanismos se han estudiado en diferentes campos. La composición de los comités editoriales y la selección de evaluadores bajo criterios de género podrían marcar la diferencia y reducir el sesgo.³

También están infrarrepresentadas en grupos de expertos, paneles de revisión por pares y comités asesores y de políticas. En un proyecto de la Comisión Europea, se evaluaron 443 consejos científicos, 31% de las y los participantes del Reino Unido eran mujeres, lo que les valió una clasificación de sexto lugar entre 27 países, situándose por detrás de los países nórdicos, donde los consejos científicos estaban compuestos por hasta en 48 % de mujeres.³⁰

Solución: proceso editorial ciego

Un área crítica de intervención es el proceso de revisión por pares. Si bien muchas revistas afirman ser imparciales, los estudios demuestran que los manuscritos escritos por mujeres suelen estar sujetos a un mayor escrutinio.³¹ Adoptar revisiones a ciegas, donde no se revela la identidad del autor ni del revisor, puede ayudar a mitigar el sesgo inconsciente. Además, los consejos editoriales deben diversificarse; cuando las mujeres y los grupos subrepresentados ocupan puestos de decisión, la evaluación equitativa se vuelve más probable. Las revistas también deben registrar y publicar datos desglosados por género

sobre las tasas de aceptación, las invitaciones a revisores y los nombramientos editoriales para garantizar la transparencia.

Conclusión

El sesgo de género contra las mujeres en la medicina académica y en el mundo editorial sigue siendo una barrera persistente que limita su representación en puestos de liderazgo, autoría e influencia en el ámbito de la investigación. A pesar de los avances, siguen estando infrarrepresentadas como primeras y principales autoras en revistas de alto impacto, son citadas con menos frecuencia y su desarrollo profesional es más lento que el de sus colegas masculinos. Abordar estas disparidades requiere cambios sistémicos que transformen la cultura institucional, reformen las prácticas editoriales y apoyen activamente sus trayectorias profesionales.

En última instancia, un cambio sostenido requiere rendición de cuentas. Las instituciones deben recopilar y divulgar públicamente datos sobre equidad de género, monitoreando brechas salariales, tasas de publicación y representación de líderes. Las agencias de financiamiento pueden incentivar el progreso priorizando las subvenciones a instituciones que demuestren mejoras medidas de equidad. Además, los aliados individuales, en particular los hombres en puestos de influencia, deben promover, citar y difundir activamente el trabajo de las mujeres.

El camino hacia la equidad no consiste en bajar los estándares, sino en corregir los desequilibrios sistémicos que desde hace tiempo las han perjudicado. Al reformar las prácticas editoriales, redefinir las trayectorias de liderazgo y fomentar una cultura inclusiva, la medicina académica puede reflejar mejor la diversidad de talentos dentro de sus filas. El objetivo no es solo la equidad, sino la excelencia, porque cuando ellas prosperan, todo el campo se beneficia.

Referencias

1. Día Mundial de la Población: Lo que desean las mujeres y las niñas importa | División para el Desarrollo Social Inclusivo (DISD) [Internet]. [Consultado el 22 de marzo de 2025]. Disponible en:

- <https://social.desa.un.org/issues/poverty-eradication/events/world-population-day-what-women-and-girls-want-matters>
- Penny M, Jeffries R, Grant J, Davies SC. Mujeres y medicina académica: una revisión de la evidencia sobre la representación femenina. *JR Soc Med.* 2014 Jul;107(7):259–63.
 - Santucci C, López-Valcárcel BG, Avendaño-Solá C, Bautista MC, Pino CG, García LL, et al. Inequidad de género en la profesión médica: el estudio de las médicas en España (WOMEDS). *Salud de recursos Hum.* 20 de septiembre de 2023; 21 (1): 77.
 - Edmunds LD, Ovseiko PV, Shepperd S, Greenhalgh T, Frith P, Roberts NW, et al. ¿Por qué las mujeres eligen o rechazan carreras en medicina académica? Una revisión narrativa de la evidencia empírica. *Lancet London Engl.* 10 de diciembre de 2016;388(10062):2948–58.
 - Richter KP, Clark L, Wick JA, Cruvinel E, Durham D, Shaw P, et al. Mujeres Médicas y Promoción en la Medicina Académica. *N Inglés J Med.* 25 de noviembre de 2020; 383 (22): 2148–57.
 - Salem V, Hirani D, Lloyd C, Regan L, Peters CJ. ¿Por qué las mujeres siguen abandonando la medicina académica? Un estudio cualitativo en una Facultad de Medicina de Londres. *BMJ Open.* 1 de junio de 2022;12(6):e057847.
 - Kheir OO, Khair HM, Mapayi B, Patwa YH. Prevalencia del acoso sexual entre el personal médico femenino en cuatro hospitales terciarios del estado de Jartum. *Pan Afr Med J.* 15 de mayo de 2023;45:30.
 - Asociación de Facultades de Medicina de Estados Unidos (AAMC) (2024) La situación de las mujeres en la medicina académica 2023-2024: avanzando hacia la equidad. Disponible en: <https://www.aamc.org/data-reports/data/state-women-academic-medicine-2023-2024-progressing-toward-equity>.
 - Salem V, Hirani D, Lloyd C, Regan L, Peters CJ. ¿Por qué las mujeres siguen abandonando la medicina académica? Un estudio cualitativo en una Facultad de Medicina de Londres. *BMJ Open.* Junio de 2022;12(6):e057847.
 - Wietsma AC. Barreras para el éxito de las médicas en la medicina académica. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2014;4(3).
 - Chatterjee P, Werner RM. Disparidad de género en citas en artículos de revistas de alto impacto. *JAMA Netw Open.* 1 de julio de 2021;4(7):e2114509.
 - Mirin AA. Disparidad de género en la financiación de enfermedades por parte de los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. *J Womens Health* 2002. Julio de 2021;30(7):956–63.
 - Financiación de la investigación sobre la salud de la mujer. *Nat Rev Bioeng.* Oct. 2024;2(10):797–8.
 - Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparación de las tasas de mortalidad y reingreso hospitalario de pacientes de Medicare atendidos por médicos hombres y mujeres. *JAMA Intern Med.* 1 de febrero de 2017;177(2):206–13.
 - Farkas AH, Bonifacino E, Turner R, Tilstra SA, Corbelli JA. Mentoría de mujeres en medicina académica: una revisión sistemática. *J Gen Intern Med.* 2019 Jul;34(7):1322–9.
 - DeFilippis EM, Sinnenberg L, Mahmud N, Wood MJ, Hayes SN, Michos ED, et al. Diferencias de género en la autoría de publicaciones durante la COVID-19: un análisis bibliométrico de revistas de cardiología de alto impacto. *J Am Heart Assoc.* Febrero de 2021;10(5):e019005.
 - Wu R, Cheng X. Igualdad de género en el lugar de trabajo: El efecto de la igualdad de género en el crecimiento de la productividad entre los fabricantes chilenos. *J Dev Areas.* 2016;50(1):257–74.
 - Trinchese D, Vainieri M, Cantarelli P. Diversidad de género y desempeño sanitario: Un análisis cuantitativo del sistema de salud italiano. *Política de Salud.* 1 de agosto de 2024;146:105117.
 - Fridner A, Norell A, Åkesson G, Gustafsson Sendén M, Tevik Løvseth L, Schenck-Gustafsson K. Posibles razones por las que las médicas publican menos artículos científicos que los médicos: un estudio transversal. *BMC Med Educ.* 2 de abril de 2015;15(1):67.
 - Nonnemaker L. Mujeres médicas en la medicina académica: nuevos conocimientos a partir de estudios de cohortes. *N Engl J Med.* 10 de febrero de 2000;342(6):399–405.
 - Burke E, Heron EA, Hennessy M. Sesgo de género en la medicina académica: un estudio de currículum. *BMC Med Educ.* 1 de mayo de 2023;23:291.
 - House A, Dracup N, Burkinshaw P, Ward V, Bryant LD. La mentoría como intervención para promover la igualdad de género en la medicina académica: una revisión sistemática. *BMJ Open.* 26 de enero de 2021;11(1):e040355.
 - Stamm M, Buddeberg-Fischer B. El impacto de la mentoría durante la formación de posgrado en el éxito profesional de los médicos. *Med Educ.* Mayo de 2011;45(5):488–96.
 - Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hämmig O, Knecht M, et al. El impacto del género y la paternidad en la carrera médica: situación profesional y personal siete años después de la graduación. *BMC Health Serv Res.* 18 de febrero de

2010;10(1):40.

25. Jawaid SA. Médicas, sus problemas sociales y obstáculos para su éxito en la medicina académica. *Pak J Med Sci* [Internet]. 15 de septiembre de 2022 [citado el 25 de febrero de 2025];38(8). Disponible en: <https://pjms.org.pk/index.php/pjms/article/view/7047>

26. Trusson D, Rowley E. Estudio cualitativo que explora las barreras y los factores que facilitan el progreso de las académicas clínicas médicas: entrevistas con profesoras asociadas y catedráticas. *BMJ Open*. 14 de marzo de 2022;12(3):e056364.

27. Schueller-Weidekamm C, Kautzky-Willer A. Desafíos del equilibrio entre la vida laboral y personal para médicas/madres que ocupan puestos de liderazgo. *Gend Med*. Agosto de 2012;9(4):244–50.

28. Treister-Goltzman Y, Peleg R. Médicas y el conflicto trabajo-familia. *Isr Med Assoc J IMAJ*.

Mayo de 2016;18(5):261–6.

29. Cedeño R, Bohlen J. Capacitación sobre acoso sexual y prevención. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587339/>

30. Dirección General de Investigación e Innovación (Comisión). Mapping the maze: getting more women to the top in research [Internet]. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2008 [citado el 23 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2777/54910>

31. Fox CW, Paine CET. Diferencias de género en los resultados de la revisión por pares y el impacto de los manuscritos en seis revistas de ecología y evolución. *Ecol Evol*. 4 de marzo de 2019;9(6):3599–619.



Social Medicine
Health For All

ISSN: 1557-7112