

INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACION

MAESTRIA EN CIENCIAS EN BIOETICA

DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO EN MÉDICAS

TRABAJO DE TESIS RECEPCIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN CIENCIAS EN BIOETICA

PRESENTA DRA. ARACELI AYALA IBARRA

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

Por enseñarme los valores que me han guiado en la vida.

A JOSE ENRIQUE

Cómplice inseparable de conquistas y derrotas, compañero leal en triunfos y fracasos, de alegrías y tristezas, motor de mi superación personal.

A MARIANA, MAURICIO Y BRAULIO

Que han sido un aliciente y motivo grandioso para vivir intensamente día con día y ver desde sus ojos que la vida no es tan complicada.

AGRADECIMIENTOS

A MI ASESORA DE TESIS

Por aceptar el reto y que por su disposición y consideraciones continúo aprendiendo.

A MIS PROFESORES

Que con su tolerancia y enseñanzas han influenciado mi camino profesional



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

SIP-14

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D. F., siendo las 10:00 horas del día 10 del mes de noviembre del 2010 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de Tesis designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de E.S.M. para examinar la tesis titulada:

"Discriminación de Género en médicas"

Presentada por el alumno:

Ayala	Ibarra	Araceli
<small>Apellido paterno</small>	<small>Apellido materno</small>	<small>Nombre(s)</small>
Con registro:		
A	0	7
0	4	1
6		

aspirante de:

Maestra en Ciencias en Bioética

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA COMISIÓN REVISORA

Director de tesis

Dra. Rocio Fuentes Valdivieso

Dr. Joel Loquelí González

Dr. Juan Manuel Araujo Álvarez

Dr. Leopoldo Aguilar Faisal

M. en C. Octaviano Humberto Domínguez Márquez

EL PRESIDENTE DEL COLEGIO

Dr. Eliazar Lara Padilla

SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D. F., el día 7 del mes enero del año 2011, la que suscribe **Araceli Ayala Ibarra** alumna del Programa de Maestría en Ciencias en Bioética con número de registro **A070416**, adscrita a Escuela Superior de Medicina, manifiesta que es autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de la **Dra. Rocío Fuentes Valdivieso** y cede los derechos del trabajo intitulado “**Discriminación de Género en Médicas**”, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección ayalaiba@yahoo.com.mx Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Araceli Ayala Ibarra

INDICE

RESUMEN.....	7
SUMMARY	8
INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVO GENERAL	17
Objetivos específicos	17
CAPITULO I Marco Teórico	18
Bioética y discriminación de género	18
Discriminación de género	21
Discriminación en la educación	31
Discriminación laboral	33
Discriminación y atención médica	35
Discriminación en la profesión médica	38
Otras manifestaciones de discriminación	45
CAPITULO II Metodología	50
CAPITULO III Integración	53
Resultados	53
CAPITULO IV Conclusiones	64
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	70

RESUMEN

La presente investigación se realizó en un Hospital General, gubernamental, de segundo nivel de atención médica; Se ubica en calle Lerdo #200 esquina Av. Manuel González, Delegación Cuauhtémoc al norte de la Ciudad de México, el periodo comprendido de Enero de 2009 al 31 de diciembre de 2010. El universo de estudio: área médica; El propósito: identificar los actos discriminatorios de género más frecuentes entre las médicas. Para ello, se observaron cuáles son, cómo se manifiestan y caracterizan los actos discriminatorios, si los reconocen y su distribución y frecuencia por especialidad. El estudio se justificó por la sobrecarga que supone experimentar discriminación en el área laboral y compatibilizar el trabajo con la vida familiar pasando factura sobre la salud de las médicas y en detrimento de su desempeño profesional. En México no existen datos que muestren las diversas formas de discriminación hacia las médicas. La metodología empleada fue cuantitativa descriptiva, se realizó muestreo probabilístico a través del cálculo de una muestra, se aplicaron 62 encuestas. El procesamiento de datos nos permitió: conocer que hay 2 hombres médicos por cada mujer, en residencia médica la relación es 1:1. El 78% de las médicas son solteras o divorciadas, 66% no ha recibido estímulos por desempeño laboral y de éstos, 59% son mujeres. El 68% considera no existe diferencia en el salario. El 87% de médicos(as), tiene la percepción que su trabajo es mal valorado. 33 opinan que sí existe discriminación (54%) en su área de trabajo, de éstos, 64% son médicas y 52% creen que proviene de los hombres. Concluyendo que la discriminación de género existe en el entorno laboral de las médicas y está vinculada con patrones sociales muy arraigados que contribuyen a su “invisibilidad” diluyendo las repercusiones físicas y emotivas que favorece el detrimento de su bienestar biopsicosocial.

SUMMARY

This research was carried out in a General Hospital, Government, second level of medical care; it is located in called Lerdo # 200 corner Av. Manuel González, Cuauhtémoc delegation to the North of the city of Mexico, the period of January 2009 to December 31, 2010. Survey Universe: area medical; Purpose: identify discriminatory acts of gender more frequent among female physicians. Therefore be observed are, how manifest and characterize discriminatory acts, if they recognize and distribution and frequency by specialty. Study justified by overloading it experience discrimination in the labor area and reconciles work with family life passing Bill on the health of medical and to the detriment of their professional performance. There are no data showing various forms of discrimination against the Persian Mexico. The methodology used was quantitative descriptive, probabilistic sampling was conducted through a sample calculation, were 62 surveys. Data processing allowed us: know that there are 2 medical men for every woman in medical residency relationship is 1: 1. 78% of medical are single or divorced, 66% has received no stimulus for labor performance and of these, and 59% are women. 68% finds no difference in pay. 87% of doctors (ACE) are the perception that his work is poorly rated. 33 believe that discrimination (54%) there is in your workspace, of these, 64% are medical and 52% believe that it comes from men. Concluding that gender discrimination exists in the working environment of the medical and is linked to entrenched social patterns that contribute to their "invisibility" diluting the physical and emotional impact that favors the detriment of their well-being biopsychosocial.

INTRODUCCIÓN

La discriminación de género en el personal de salud es un problema generalizado al que se le ha prestado poca atención en México; por ello es necesario impulsar las investigaciones científicas sobre el tema para hacer visible lo que viven mujeres y hombres en un área de trabajo como es la práctica médica. El análisis de la discriminación de género desde la bioética muestra que las mujeres médicas viven constantemente injusticias, discriminación, y con poco o nulo reconocimiento.

Más aún, resulta importante quizás primero orientar y capacitar en cuanto a la discriminación de género misma y a los diversos mecanismos y manifestaciones con los cuales se ejerce la discriminación, porque no es raro que se dificulte la identificación de estos actos aún cuando son cabalmente ejercidos.

Por otra parte enseñar un lenguaje propio sobre las conductas y actos discriminatorios de género donde todos estos factores afectan la dignidad y los mismos derechos humanos de las mujeres y en este caso particular de las médicas.

La formación profesional de las mujeres en la medicina está impregnada de múltiples agresiones y actos ofensivos, desde las limitaciones para el acceso a áreas quirúrgicas por mandos superiores, como las exageradas exigencias en las múltiples actividades académicas que se piden para demostrar la preparación profesional. Los compañeros de mayor jerarquía, suelen hacer evaluaciones académicas y los resultados muestran, preferencias e inconsistencias alejadas de lo estipulado por las instituciones para el desarrollo académico o profesional. Hecho que muestra la desigualdad en las relaciones

profesionales entre hombres y mujeres. Así mismo nos percatamos que las mujeres realizan un mayor esfuerzo para obtener buenas notas que un hombre. Además se observó a lo largo de la investigación que existen frecuentemente actitudes o mensajes subliminales o directos y/o lenguaje corporal donde existen invitaciones “abiertas” para mejorar los resultados de la evaluación final; siempre y cuando el profesor encuentre “mejor actitud” por parte de la alumna, evidenciando que están sujetas a la dominación masculina.

La discriminación en el lenguaje es otro aspecto latente, la población en general, principalmente hombres, se resisten al referirse a nosotras como médicas y/o doctoras, suelen decirnos señorita o enfermera, o con cualquier otro calificativo, pero pocas veces por el nombre o grado académico. Es frecuente que a todo aquel hombre que porte una bata blanca, sea llamado doctor y/o médico, además de que gozan de mayor reconocimiento social y respeto.

Todo ello enmarca las vicisitudes por las que atraviesa una mujer para llegar a ser la profesionista que quiere ser o simplemente posicionarse dignamente. Ganarse un lugar cuesta mucho esfuerzo, y mantenerlo es cosa de todos los días ya que frecuentemente se está en el ojo del huracán, cualquier error, cualquier acto sospechoso puede ser o es recriminado.

Este trabajo es un esfuerzo para identificar y evidenciar algunas formas y actos discriminatorios de género en la rama médica desde una aproximación de la bioética.

El Capítulo I muestra la investigación bibliográfica relacionada con la discriminación de género y particularmente aquella descrita para las médicas.

El Capítulo II aborda los aspectos estrictamente vinculados con la sede y la forma de realización del estudio, el hospital y el cuerpo médico participante, además de resaltar que no se ocupó ningún encuestador agregado, yo fui portavoz de cómo realizar y contestar el cuestionario disminuyendo con ello sesgos en este proceso y así se ven conformadas tanto la fase cualitativa al momento de elaborar y llevar a cabo las encuestas dentro del personal médico así como la fase descriptiva donde se muestra gráficamente los resultados.

El Capítulo III contiene un análisis de los resultados.

El capítulo IV contiene las conclusiones del estudio y diversas consideraciones y propuestas que dan pie a continuar con esta tarea que dignifica a las mujeres profesionistas e intenta rescatar lo que considero básico de los derechos humanos, la dignidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discriminación de género se puede identificar en diversas áreas del ámbito laboral, sin importar profesión, nivel académico y edad. Prueba de ello es el ejercicio profesional de la medicina, donde continuamente se perciben actos discriminatorios entre los profesionales de la salud como lo son: los ascensos laborales privilegiados a hombres médicos, acoso sexual, estímulos y recompensas con inclinación a los hombres médicos, lenguaje verbal agresivo hacia las mujeres medicas e incluso conductas agresivas entre las mismas mujeres, ellas, se ven en la necesidad de tolerar estos actos, que parecen imperceptibles pero que generan malestar e indignación, lo que en su conjunto afecta su estado de salud, propiciando la generación del llamado síndrome de “*desgaste profesional*” o también llamado síndrome de “*Burnout*”, el cual se conoce desde hace 40 años y fue utilizado por primera vez por el psicólogo clínico Herbert Freudenberger para definir el desgaste extremo de un empleado.¹

Según Maslach C, Jackson, su origen se centra en los trabajadores del sector servicios, es decir, de “gente que trabaja con gente”, en áreas -como la enseñanza- se calcula que un 30 por ciento de las bajas, se deben a este síndrome, situación similar se ha reportado entre otros en los profesionales de la salud.

En la actualidad esta situación de agotamiento, con altas demandas emocionales, es una de las causas más importantes de incapacidad laboral y puede propiciar el establecimiento de

¹ Maslach C, Jackson S. MBI Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition, Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press, 1996.

un círculo laboral vicioso, caracterizado por quejas, inconformidades, ausencias, incremento en el número de incapacidades, falta de desarrollo profesional y renunciaciones.

Esta disarmonica relación laboral provoca enojo, frustración, desánimo laboral, depresión, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, manifestaciones cardiacas, tensión premenstrual y muchos otros trastornos físicos que afectan la salud de las médicas.

Otro entorno que se trastoca con la alterada relación laboral es el familiar; comprometiendo las relaciones familiares y de pareja (infidelidad, divorcios, separaciones, etc.), cada vez más, las mujeres médicas tienen que cumplir varios roles sociales, ocasionando con ello que tengan una saturación de tiempo y desgaste físico, se sabe que los hombres médicos delegan más responsabilidades de labores del hogar y cuidado de los hijos a sus esposas por lo que las mujeres médicas comparadas con los hombres utilizan de 8 a 15 horas/trabajo en labores domésticas.

JUSTIFICACIÓN

Sin importar lugar, tiempo y espacio, las mujeres han sido discriminadas y en el ramo médico, la mujer ha tenido que demostrar sus capacidades y talentos con esfuerzo, para conquistar un espacio históricamente masculino.

En México no existen datos que nos muestren las diversas formas de la discriminación hacia las mujeres en cada una de las profesiones. Y el área médica no es la excepción, a pesar de los progresos alcanzados por las mujeres en la profesión médica, un informe reciente del American Association of Medical Colleges (AAMC) concluyó que “el potencial de la mayoría de las mujeres médicas es desperdiciado en lo que concierne a posiciones de liderazgo en medicina académica”. La sobrecarga que supone el hecho de experimentar discriminación en el área laboral y compatibilizar el trabajo con la vida familiar pasa factura sobre la salud de las mujeres médicas, pues se vuelven vulnerables para padecer diversos trastornos físicos, psíquicos y emocionales que van en detrimento de su desempeño profesional.

Estudios norteamericanos señalan que las médicas tienen un 60 % más de probabilidades de sufrir desgaste psíquico o síndrome “Burnout”.

En España, una encuesta reveló que el 44 % de las médicas aseguran haber sido víctimas de discriminación laboral y no es desconocido el maltrato psicológico laboral, forma en que una persona puede perder la estabilidad emocional a causa de factores externos (mobbing) entre las profesionales médicas y que, literalmente se traduce como asalto, que significa

acometer repentinamente y con alevosía en contra de alguien². Se refiere a una relación desigual en donde una o más personas persiguen e importunan, fatigan hasta el cansancio a otra, tal acoso moral genera trastornos importantes de salud física y mental que le incapacitan o le obligan a renunciar a su trabajo y afecta a un 45% de las profesionales sanitarias.

Respecto al 'mobbing' en el trabajo, un estudio realizado por el Colegio de Médicos de Madrid señala que el 22 % de médicos aseguran haberlo sufrido, aunque no se detectaron diferencias significativas entre sexos.

No obstante, el reciente reconocimiento por vía judicial, de acoso moral dirigido contra una médica o la constatación que un 44 % de las médicas han sufrido discriminación laboral son preocupantes, advierten especialistas en la materia de derechos humanos de ese país. Además, la Dra. Carmen Valls publicó en su artículo “Mujeres médicas. *De la incorporación a la discriminación*”, menciona que las mujeres médicas **tienen mayor riesgo de parto prematuro y de dar a luz a niños de menor peso que la población general**, a pesar de que las doctoras manifiestan seguir mejores hábitos de salud y mantenerlos durante el embarazo.

Llama la atención que a pesar de ser tema actual y polémico, no existan numerosas investigaciones que evidencien los conflictos generados por la discriminación y/o se promueva su estudio desde las diferentes aristas, sólo se encuentran algunos artículos aislados en revistas de divulgación científica médica, por lo que se hace necesario conocer

² Fundación Lamb, A.C., *Gaceta fundación Lamb*, año 1, num 01, México, 2007, pp 16-23

cuáles son las características que adquieren las diversas formas de discriminación hacia las mujeres médicas por grupos de edad y especialización.

Es importante reconocer los obstáculos que persisten para alcanzar la equidad de género: la división sexual del trabajo -que gobierna la producción y la reproducción-; la exclusión de las mujeres de la toma de decisiones y del ejercicio del poder; la desigualdad de condiciones para acceder a los recursos, y de las demás desventajas que enfrentan las mujeres médicas.

La dignidad de las mujeres médicas se afecta continuamente y genera sufrimiento, existe deterioro de sus relaciones tanto en el ámbito personal como social, familiar y profesional, por lo que es de suma importancia iniciar la creación de información fehaciente en este campo de las profesiones.

Aunque es claro que la sociedad y las autoridades son directamente responsables de trabajar en pro de la igualdad y erradicar toda práctica de distinciones, diferenciación, exclusión o restricción en las oportunidades sociales por motivos de género, son las instituciones públicas, los partidos políticos, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad en general quienes deben promover la igualdad entre hombres y mujeres en los cargos de participación y representación política, mientras que el Ejecutivo Federal, el Congreso de la Unión, Legislaturas Estatales y Asamblea Legislativa del DF pueden modificar la ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos y sus equivalentes en las entidades federativas, para proveer la prohibición de la discriminación por sexo como causas de responsabilidad administrativa de los servidores públicos y las sanciones correspondientes.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los actos discriminatorios más frecuentes entre las mujeres médicas en un hospital de segundo nivel de atención al norte de la ciudad de México.

Objetivos específicos

1. Observar Cuáles son y cómo se manifiestan los actos discriminatorios de género.
2. Determinar la distribución y frecuencia por especialidad donde se dan los actos discriminatorios de género en grupo de especialidades clínicas y quirúrgicas.
3. Caracterizar los actos discriminatorios, según la percepción del trabajador
4. Identificar si las médicas reconocen la existencia de los actos discriminatorios y cómo reaccionan ante tales hechos.
5. Analizar si el grado escolar y/o la edad, están relacionados con los actos discriminatorios de género.

CAPITULO I Marco Teórico

Bioética y Discriminación De Género

Aunque la bioética crece y evoluciona en los contextos en los que se mueve y en los que vive, se renueva y se plantea nuevos objetivos, nuevas prioridades, se centra en los problemas que conciernen a todas las situaciones de desigualdad, vulnerabilidad e injusticia que puedan afectar a grupos enteros que padecen discriminación, inequidad e injusticia, la práctica de la bioética en México todavía no muestra cómo evitar el trato discriminatorio hacia este grupo de médicas y su espacio laboral.

El análisis de la inequidad de género desde la perspectiva bioética exige, al menos, la consideración previa de develar o quitar el velo, clarificar las estructuras del poder intervinientes, el discurso real de fondo para así proponer líneas éticas de orientación, pues la discriminación contra las mujeres es un proceso normalizado e invisibilizado y tiene lugar en diferentes ámbitos de la vida personal y social, con repercusiones graves sobre la salud y la autoestima de las mujeres.

Si retomamos a la ética feminista, deriva de la explícita perspectiva política del feminismo, en la cual la opresión de las mujeres es considerada moral y políticamente inaceptable, e incluye más que el reconocimiento de las experiencias reales y de las prácticas morales de las mujeres, es una crítica de las costumbres específicas que constituyen su opresión. El principio de la ética feminista es, por tanto, el principio de la no opresión, que entre otras

cosas, prepara el camino para el principio de la autonomía, principio fundamental de la bioética.³

La bioética tiene el quehacer de formular principios universales, prácticas de inclusión, no sólo de valores compartidos, sino de también de las diferencias culturales, sociales, económicas, etc. para que desde ahí pueda promoverse la igualdad. Es importante contar con una bioética global más democrática e inclusiva.

Es necesario analizar las diversas dimensiones de la vida diaria de las mujeres; pues es ahí donde se debe actuar -sobre la base de los principios de la bioética- y preparar el campo propicio para producir salud mental, evitando menguar la salud y la productividad de las médicas, que en muchos de los casos representa también aminorar la calidad con la que se desempeñan las profesionales dentro del espacio laboral, e incrementa los costos en cuanto a días de incapacidad o permisos extraordinarios.⁴

Llanos (2001), opina que la salud mental corresponde al aspecto sano del individuo en sus dimensiones psicológicas y sociales, a través de las cuales lleva una relación armoniosa con su medio ambiente, lo cual le permite realizar las conductas adecuadas y necesarias para su autoafirmación y autorrealización.

Toda condición que daña la adaptación recíproca entre la persona y su medio, como por ejemplo la discriminación, constituye un obstáculo para la salud mental y todo aquello que

³ López, T., Barrios, O. *Bioética y feminismo; Estudios multidisciplinares de género*. Ed. Universidad de Salamanca, España 2005, pp. 97-102.

⁴ Llanos R., *Bioética en psiquiatría y psicología: Importancia y proyección en medicina y ciencias de la conducta*. Acta médica Peruana 2001; XVIII: 3-4

lo facilita la adaptación recíproca, distribución equitativa de la riqueza, acceso a la educación, justicia, etc., favorece y mantiene la salud mental.

Estudiar la discriminación de género desde la bioética nos permite conocer las condiciones en las que viven las mujeres médicas y poder ser agentes y beneficiarias de cambios, de manera que puedan tener igualdad de oportunidades para ejercer sus opciones.

Considerar los siguientes principios bioéticos desde los cuáles podemos abordar la problemática de la discriminación, nos permitirá propiciar bienestar biopsicosocial de las mujeres médicas.

- ✓ Respeto a la persona; a la vida de la mujer.
- ✓ Defender su dignidad como característica invaluable.
- ✓ Defender su derecho al acceso de todos los niveles de tomas de decisiones, facilitar su acceso a puestos de responsabilidad.
- ✓ Fomentar la redistribución de roles.
- ✓ Favorecer la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades.

Discriminación de Género

Discriminación es una palabra de naturaleza política y uso cotidiano del lenguaje. El término es utilizado frecuentemente con sentido e intención diversa, la primera evidencia que tenemos de ella, es su condición polisémica. El Diccionario de la Lengua Española, publicado por la *Real Academia Española de la Lengua* ofrece del verbo discriminar dos definiciones:

1. *Separar, distinguir, diferenciar una cosa de otra.*
2. *Dar trato de inferioridad, por motivos raciales, religiosos, políticos, sexuales, sociales, etcétera.*

El 10 de diciembre de 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó: La Declaración Universal sobre Derechos Humanos que estipula:

Artículo 1º: *"Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos".*

Artículo 2º: *"Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo..."*

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación en su Artículo 1º la define como:

"La distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos varios (sexo, raza, religión, condición social...) cuyo propósito o resultado sea anular o disminuir el reconocimiento, preferencia o ejercicio, en iguales condiciones, de los derechos humanos y libertades fundamentales en la política, la economía, la sociedad, la cultura o cualquier otra esfera de la vida pública."

En 1979 esta misma asamblea aprobó la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

En la actualidad la defensa de los derechos de las mujeres es emprendida con energía por cientos de organizaciones locales y globales que se reúnen en encuentros anuales para

estudiar estrategias y producir acciones de presión a favor de la igualdad entre los sexos y la búsqueda de alternativas socioeconómicas concretas y efectivas en la construcción de una sociedad más solidaria, como lo son la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Internacional de las Mujeres.

Nuestra Constitución Mexicana en su artículo primero, párrafo tercero, expresamente señala:

... Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Entre los tratados internacionales sobre derechos humanos de las mujeres, firmados y ratificados por México están: Convención sobre nacionalidad de la mujer, Convención Interamericana sobre concesión de los derechos políticos de la mujer, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y Protocolo facultativo de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Los Derechos Humanos de las mujeres incluidos en la declaración son: el Derecho a la igualdad de reproducción y el derecho a la vida sin violencia; aunque la declaración carece de carácter vinculante de un tratado, pero suele ser vinculante porque constituye una instancia de consenso internacional y/o aceptación universal y se han creado organismos internacionales para vigilar el cumplimiento de estos derechos.

Por otra parte, el género es el conjunto de características sociales y culturales de lo femenino y lo masculino; trata de diferenciar comportamientos, valores, actitudes y sentimientos que la sociedad considera como propias de los hombres y de las mujeres.

Desde el resurgimiento del feminismo a finales de los años sesentas, se ha introducido y vuelto a redefinir el término “género” que actualmente se emplea en dos sentidos distintos relacionados entre sí, en primer lugar, el término “género” se utiliza en oposición al término “sexo”, mientras que el segundo expresa las diferencias biológicas, el primero describe las características socialmente construidas⁵.

En especial en los últimos años se ha desarrollado el debate acerca de las diferencias entre hombres y mujeres, Martha Lamas (2002) plantea que las diferencias significativas entre los sexos son las diferencias de género.

En castellano, la connotación de género como una cuestión relativa a la construcción de lo masculino y femenino sólo se comprende en función del género gramatical, en aquellos con antecedentes respecto al debate teórico, lo comprenden, cómo relación entre los sexos, como simbolización o como construcción cultural⁶.

Es importante entender que la igualdad no significa el mismo trato: por el contrario, debe reconocerse, desde el inicio, la existencia de condiciones diferentes para dar trato especial a mujeres y a hombres es un proceso de nivelación para que ambos puedan acceder a igualdad de oportunidades.

⁵ Lamas, Martha, *Cuerpo: Diferencia Sexual y Género*, Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, México, 2001, pp 30-31.

⁶ Scott, Joan W.: *El género: una categoría útil para el análisis*, Fondo de Cultura Económica Buenos Aires-México 2002, pp 90-96.

El género, también se considera una categoría emergente para dar cuenta de la construcción social que ha transformado las diferencias entre los sexos en desigualdades sociales, económicas y políticas. La legitimación de la categoría de género ha contribuido a clarificar las relaciones de poder (Celiberti, 1996), aun cuando su uso entraña el riesgo de la vulgarización, ya que se ha asimilado “género” con mujer y no con relaciones sociales de género. Sin embargo, las reflexiones acerca del género se refieren a las relaciones entre hombres y mujeres y, a las construcciones sociales de la femineidad y la masculinidad.

Las atribuciones de género son exigentes y opresivas para mujeres y hombres, aun cuando son las mujeres las que han ocupado el lugar de las subordinadas. Consecuentemente, el género es tanto una categoría relacional como una categoría política: “El género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder” (op cit).

A diferencia de otros enfoques, el género parte de una perspectiva que ayuda al reconocimiento de ambos sexos y vuelca sus esfuerzos en la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, en todos los aspectos, con el objetivo de romper las relaciones desiguales de poder que dividen al mundo en ricos y pobres, mujeres y hombres, para promover un desarrollo equitativo.

Desafortunadamente el género femenino ha enfrentado históricamente una gran discriminación, en la obra de Aristóteles observamos ejemplos claros de la concepción del ser humano en su conjunto y, de la diferencia entre hombres y mujeres, menciona que desde que nacen, encarnan, por naturaleza, distintos rangos, y que aún entre los hombres como especie, no todos gozan de igualdad:

“ Hay quienes en el momento de su gestación han carecido del calor suficiente y en consecuencia su desarrollo se ha visto entorpecido; como resultado sus órganos sexuales, en lugar de caer a su posición normal, se han quedado atrofiados dentro del cuerpo, y lo mismo ha sucedido con su espíritu. Estas personas han nacido mujeres, no son opuestas a los hombres, sino sólo hombres imperfectos, inferiores. Su inferioridad se refleja en que, aunque poseen raciocinio, éste es deficiente y no les permite discernir por sí mismas el bien del mal, lo cierto de lo falso, más que en materias triviales relativas a la casa. Jamás podrán por ello, ya no digamos participar en los asuntos públicos, sino tampoco regirse a sí. Deberán permanecer toda su vida bajo la tutela de un señor, de un varón.”

No es extraño que aún en nuestros días existan comunidades con mentalidad “griega clásica” sustentada en el principio filosófico primordial: las mujeres son seres humanos incompletos que, en consecuencia, no pueden disponer con libertad de sí mismas, como lo haría un hombre.

En países subdesarrollados a través de la práctica de la dominación masculina propiciada y aceptada socialmente, según Henrietta Moore (1998), para la categoría género se aplica el sistema binario de las divisiones y sigue siendo elemento decisivo del comportamiento en la sociedad contemporánea, es jerárquica y crea a una mujer inferior al hombre.

Así, las mujeres y las características asociadas a la feminidad son irracionales, emocionales, dependientes y privadas, más cercana a la naturaleza que a la cultura. Mientras que los atributos masculinos se presentan como racionales, científicos, independientes, públicos y cultivados.

Las mujeres -suele afirmarse- se hallan a merced del cuerpo y las emociones; los hombres en cambio, representan la superación de esos aspectos básicos; ellos son a la mente lo que las mujeres al cuerpo. Los papeles del hombre y la mujer se asignan en función de la pertenencia a un sexo, pero la biología por sí sola no garantiza las características de género,

lo que se considera masculino y femenino son construcciones sociales que se asumen mediante un proceso complejo individual y social, de esta manera, es clara la diferencia entre sexo y género⁷.

La biología marca diferencias estructurales del hombre y la mujer, considerada obvia para la mayoría en nuestro tiempo, y que no pueden ser ignoradas, que si bien marcan diferencias anatómicas y de función, no tienen que ser estas consideradas como fuente de manipulación, subordinación o discriminación. Como lo menciona Estela Serret (2006) lo importante por ahora al considerar esta cuestión es que la diferencia biológica entre los sexos: macho y hembra; hombre y mujer; masculino y femenino, ha sido un argumento clave en los diversos discursos sociales cuando se explica la discriminación a las mujeres. En 1949, Simone de Beauvoir, filósofa de la liberación femenina y pensadora existencialista francesa, planteó en su obra *“El segundo sexo”* un gran desafío de determinismo biológico, afirmando que la mujer no nace, se hace.

*“No nacemos mujeres, nos hacemos mujeres, no existe ningún destino biológico, psicológico o económico que determine el papel que un ser humano desempeñará en la sociedad, lo que produce ese ser indeterminado entre el hombre y el eunuco, que se considera femenino es la civilización en su conjunto”*⁸.

La idea de la feminidad como creación social ha creado tal resonancia que se adoptó el término “género” para distinguir la “construcción” de la identidad femenina del sexo biológico de la mujer.

La diferencia biológica se interpreta culturalmente como una diferencia sustantiva que marca el destino de las personas. La preocupación por la diferencia sexual y el interés por

⁷ Murdock, G. *Comparative data on the division of labor by sex*, en: *Socail forces* no. 15 1937 pp 28-36

⁸ De Beauvoir, Simone, *El segundo sexo*, Buenos Aires, Ed. Siglo XX, 1981

la reproducción marcan la forma en que la sociedad contempla a los sexos y los ordena en correspondencia con sus supuestos papeles “naturales”. Reconocer la diferencia de papeles implica una jerarquización⁹.

La Dra. Ma. De la Luz Casas M. (2008) menciona a este respecto que el ser humano no puede negar su naturaleza sexuada, ser hombre o ser mujer con el correspondiente comportamiento, feminidad y masculinidad, como seres iguales en derechos, por pertenecer ambos a la especie humana, pero diferentes en cuanto a necesidades, por pertenecer a un género específico.

No es posible para el ser humano naturalmente sexuado, luchar contra natura ante algo que le es natural, su naturaleza sexuada y los fines propios que la misma marca para cada género, no es posible considerar la naturaleza como una imposición o una carga que ancla, en el caso de la mujer, inexorablemente a la inequidad ligada a la posibilidad pro creativa, sino aceptar, no en forma impuesta, sino connaturalmente, lo que de la naturaleza procede, buscando a través de una cultura de promoción de la dignidad de la persona el reconocimiento de la complementariedad. Sin embargo, la idea de complementariedad ha propiciado que las mujeres sean aún más dependientes de los hombres o de una pareja, como se explica a continuación.

A lo largo de la historia de los seres humanos, se ha generado una estructura social y cultural asentada en el predominio permanente de una parte de la población sobre otra por razón de sexo. De tal forma que la consolidación de una concepción de las personas y de su función en la sociedad es en función de su género, es decir, se ha provocado una división

⁹ Weeks, Jeffrey, *Sexualidad*, Ed. Paidós, México, 1998, pp 18-22

del trabajo, separación de los espacios, determinadas expectativas sobre habilidades, capacidades, destrezas, etc. de acuerdo con el género al que se pertenece. Los papeles sociales de las mujeres, las formas en que se les imagina y representa, no han incluido en estas sociedades, la singularización como personas, tan es así que el término que designa al grupo de los hombres sirve también para designar al colectivo humano. Dice Serret (2006) para toda sociedad, el *hombre* es el protagonista, el hacedor de cultura.

Estos estereotipos tan arraigados son difíciles de erradicar en la práctica cotidiana, en nuestra visión del mundo y de la realidad que nos rodea. La situación actual muestra una perpetuación de imágenes distorsionadas de la mujer que sigue marcando roles establecidos que priorizan la responsabilidad de la mujer en el ámbito doméstico y de maternidad, frente al profesional.

A partir de este sistema sexo-género, se llama perspectiva de género a la línea de estudio que expone y reconstruye estas desigualdades, consideradas tan naturales como si fueran inherentes a la biología¹⁰.

No se puede negar que en toda organización social es necesario coordinar los diversos componentes que en ella participan. Aunar esfuerzos, consensuar estrategias para alcanzar las finalidades u objetivos, articular funciones, etc. son elementos necesarios en toda organización, sin embargo, cuando ésta división en el trabajo está fundamentada en la opresión y subordinación de las mujeres, es decir, en la desigualdad del trato, se violentan los derechos de las mujeres con las consecuencias funestas para las propias mujeres.

¹⁰ Caséz, Daniel, *La perspectiva de género*, CONAPO, México, pp37-39

Esta marcada diferencia nos orilla a la distribución irregular de oportunidades entre sexos y evidencia la desventaja marcada hacia las mujeres.

La Dra. María Casado opina que la difícil conciliación del mundo laboral y familiar es el principal lastre con el que tienen que lidiar las mujeres. La directora del Observatorio de Bioética y Derecho cree que uno de los motivos por los que las mujeres no acceden a puestos académicos de poder se debe a que los templos del saber siguen perteneciendo a los “grandes budas” y éstos, son hombres. “Más que de machismo, yo hablaría de una cuestión de inercia. Muchas decisiones se toman a puerta cerrada y quienes presiden esas comisiones siguen siendo hombres”; Para mejorar la situación, aboga por adoptar políticas de igualdad activas, como el establecimiento de cuotas paritarias en los órganos de poder. “No es que nos dejen pasar porque sí, sino facilitar la igualdad cuando hay una infravaloración de las mujeres”.

A las mujeres les queda la tarea de eliminar cualquier huella de querer ser como las demás mujeres y que los medios de información masiva insisten en fomentar y sea símbolo de su propia y única experiencia, solo así será libre, más que un ser para los demás, en un mundo globalizado.

Diversas propuestas han surgido para llegar a ese estado de equilibrio social y la balanza se inclina por redefinir a la mujer, reconceptualizarla como ser ontológico, es decir, desde la posibilidad de ver a la mujer dentro de su marco social e histórico y cultural, pero a la vez

como un ser humano en su sentido de persona concreta, única e individual, no como un constructo fenoménico, como sujeto objetivo, cosificado por el hombre.¹¹

¹¹ Ortiz G., “*Género, profesiones sanitarias y salud pública*”, Gaceta Sanitaria v.18 supl.1, Barcelona mayo 2004

Discriminación en la Educación

En este ámbito, el informe UNICEF (2007), señala que por cada 100 niños que reciben enseñanza primaria, hay 115 niñas que no van a la escuela. En el mundo en desarrollo, sólo el 43% de las niñas en edad de hacerlo van a la escuela secundaria, ello impactará severamente sus hogares. Los hijos de madres que no completaron la primaria tienen, por lo menos, dos veces más la posibilidad de no completarla tampoco.

Según la UNESCO (2008), en la región de América Latina y el Caribe las oportunidades para ingresar a la escuela han experimentado sustancial aumento y prácticamente todos los niños y niñas tienen acceso a la educación primaria. Una característica única de esta región es que en términos de escolaridad las niñas no son simplemente iguales a los niños sino que, en ocasiones, las primeras se encuentran en posición más favorable. En algunas regiones, el número de niñas que asisten a la escuela primaria es superior al de niños y en muchos países las tasas de deserción y repetición son más altas entre estos últimos, esto ha dado origen a nuevas preocupaciones y abre una dimensión de la igualdad de género en la educación.

Afganistán es quizás el único país en el mundo cuyo gobierno decidió impedir activamente el acceso de las niñas a la escuela (el régimen talibán combinaba ésta con otras formas masivas de desigualdad de género), pero hay muchos países en Asia y África, e incluso en Latinoamérica, donde las niñas tienen una oportunidad mucho menor de asistir a la escuela que la que tienen los niños¹².

¹² Sen Amartya. Desigualdad de género, la misoginia como problema de salud pública. Letras libres, México abril 2002.

Otras deficiencias relacionadas con las oportunidades básicas que se ofrecen a las mujeres van desde la falta de estímulos para desarrollar talentos personales, hasta la participación no equitativa en las funciones sociales de la comunidad.

Se espera que los niños y las niñas desempeñen papeles que estén de acuerdo a normas y perspectivas tradicionales o convencionales, que ellos a su vez internalizan a través de actividades sociales dentro del hogar y fuera de éste, incluye la escuela y su entorno.

La condición de la mujer y el papel que se espera de ella en la familia y en la sociedad permanecen esencialmente intactos y, la discriminación basada en el género, a pesar de los notables logros en educación alcanzado por las niñas, aún no ha desaparecido de nuestra sociedad.

Durante el proceso de formulación del Marco Estratégico sobre Igualdad de Género en Educación Básica de la UNESCO, esta característica especial de igualdad y equidad de género de América Latina y el Caribe llama poderosamente la atención de los expertos, ya que el aumento en la participación de niñas en la educación no se contradice con los avances materializados en términos de la condición social y económica de la mujer.

Discriminación Laboral

La discriminación ejercida en este ámbito pese a la significativa reducción que las diferencias salariales por razones de género han experimentado en el siglo XX, la distancia que separa las ganancias de los hombres y mujeres sigue siendo importante (Morris y Western, 1999). Aunque la inversión femenina en capital humano ha aumentado considerablemente y la discriminación sexual se ha atenuado en los últimos años, el salario de las mujeres todavía se sitúa en promedio, alrededor del 70 % del de los hombres, en la mayoría de las sociedades avanzadas.

Mercedes de la Maza, Directora de Fundación Manpower, señaló que las mujeres reciben en promedio 25 % menos salario que los hombres que ocupan los mismos puestos, por lo que es necesario abatir el rezago que tienen en el mundo laboral.

Es frecuente que trabajen en la informalidad, sin protección social alguna, muchas empresas continúan inclinándose por emplear prioritariamente hombres, amén de tener preferencia en los procesos de selección y promoción. El índice de temporalidad suele ser mayor en mujeres que en hombres y es frecuente que se condicionen los contratos por pruebas de embarazo negativas.

Una encuesta realizada por la bolsa de trabajo OCC Mundial, arroja que 69 % de las profesionistas mexicanas consideran que no hay igualdad de oportunidades para obtener un empleo.

Acercas del principal motivo que impide el desarrollo de ese género, el sondeo destaca que 43 % opinó que se debe a la falta de oportunidades; 29 a obligaciones familiares, y 24 a la sola condición de ser mujer.

Nuevamente la división genérica incide negativamente en las mujeres, ya que ocasiona una distribución desigual en la jerarquía ocupacional, las relega a trabajos menos calificados o similares, pero con salarios más bajos, con menos seguridad laboral y menor posibilidad de ascenso profesional.

En general los puestos directivos son ocupados por hombres en un alto porcentaje. El término "techo de cristal" se refiere a la dificultad de alcanzar altas posiciones en negocios y academia. En ocasiones, las mujeres son percibidas con menor habilidad para el liderazgo y la competencia.

Carmina Virgili, catedrática emérita de Geología de la Universidad Complutense de Madrid, ex secretaria de Estado de Universidades e Investigación, manifiesta que el mundo científico continúa dominado por hombres y por reglas de juego marcadamente androcéntricas, que dificultan enormemente el acceso de las mujeres. Acceder al mundo académico y científico no ha de ser un privilegio para las mujeres, sino un derecho y un deber colectivo. Y las mujeres han de poder entrar por la misma puerta que los hombres. Para esto, es necesario llegar a un nuevo modelo que garantice una manera igualitaria de evaluar a los hombres y las mujeres que hacen docencia e investigación en las universidades y en los centros de investigación, Para Virgili, "la discriminación de las mujeres en la investigación es sólo un aspecto de la discriminación de las mujeres en la sociedad", por lo que también se han de establecer medidas en los ámbitos administrativo, político, jurídico y social.

Discriminación y Atención Médica

En salud, con frecuencia al parecer no hay un reconocimiento suficiente de las diferencias sexuales. Es obvio que existe una diferencia entre las anatomías y hormonas masculinas y femeninas, sin embargo, se reconocen mucho menos otras diferencias fisiológicas entre los sexos.

Tanto en la investigación médica como en la práctica clínica, los tratamientos estándares están diseñados para los hombres y son aplicados a las mujeres sin tomar en cuenta las diferencias potenciales de sus efectos terapéuticos.

Tradicionalmente, las mujeres no han sido bien representadas en los ensayos clínicos. Una de las razones dadas con frecuencia para esto es proteger el feto y los infantes de medicamentos experimentales que podrían dañarlos, aunque este objetivo es legítimo, no justifica la falta de realizar pruebas adecuadas de drogas para la seguridad, eficacia y efectividad en las mujeres. Este es un ejemplo de una discriminación equivocada contra la mujer al no considerar las diferencias pertinentes entre los sexos.

En el marco del Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer en México 2009, que se celebra el 28 de mayo, especialistas en materia de salud y derechos humanos afirman que el esquema de salud de la Ciudad de México debe replantearse, que requiere del componente: equidad de género.

En la mesa redonda efectuada en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) para opinar sobre la iniciativa de Ley de Prevención y Atención de las Enfermedades de Género, expertos señalaron que la discriminación por parte de los servidores públicos, los prejuicios relacionados a los roles tradicionales de hombres y mujeres, así como la desigualdad

socioeconómica son factores que obstaculizan la prevención de enfermedades propias de género.

La equidad de género en la situación de salud, no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos. Significa ausencia de diferencias *evitables* entre mujeres y hombres en las oportunidades de sobrevivir y disfrutar de salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte prematura por causas *prevenibles*.

Según Timothy Evans (2002) la inequidad en salud derivada de factores relacionados con el género puede considerarse de 2 formas distintas. En primer lugar, los sistemas sanitarios y sociales pueden no adaptarse bien a las diferentes necesidades de salud derivadas de la especificidad biológica de los hombres y de las mujeres. Quizá el ejemplo más llamativo de este tipo de inequidad entre hombres y mujeres sea el de las diferencias internacionales de la mortalidad materna, en los países más pobres del mundo la probabilidad de que una mujer muera durante el parto es de 1 en 16 partos, mientras que en los más ricos, es de una muerte por cada 2000 partos. En 2do lugar las diferencias de salud entre hombres y mujeres pueden deberse a construcciones sociales de los géneros y no a diferencias biológicas entre los sexos, pues de esta manera la sociedad estratifica y prioriza las oportunidades para lograr una buena salud.

El médico gineco-obstetra Luis Alberto Villanueva Egan (2006) afirmó que el género y el nivel socioeconómico de los pacientes influyen profundamente tanto en los padecimientos que sufren, como en su asistencia sanitaria; Comentó “la mujer nulifica su cuerpo dador de vida ante los otros”, es decir, ante la imposición social de un rol, el sector femenino deja de

lado su autonomía personal para dedicarse por completo a servir a quienes le rodean, de tal manera que retrasa su atención médica.

La falta de reconocimiento de las necesidades sanitarias biológicas específicas de hombres y mujeres, se refiere sobre todo al aparato reproductor, aunque no se limitan a él. Quizá los datos más representativos de la desigualdad entre géneros, sea la persistencia de tasas de mortalidad materna extremadamente altas y asociadas a partos a pesar de que las investigaciones en el campo de la salud pública marcan la pauta de cómo prevenirlas.

Existe una clara necesidad de seguir investigando para incrementar la percepción de los profesionales de la salud y su respuesta a las necesidades y preferencias específicas de cada sexo. Una mayor sensibilidad al género reducirá el riesgo de sesgo de actitud en las decisiones diagnósticas y terapéuticas y ayudará a mejorar los resultados sanitarios finales.

En febrero de 2000, unos investigadores de la clínica Mayo dirigidos por Roger publicaban en la revista médica JAMA (Journal of American Medical Association) un artículo en el que se pone de manifiesto que cuando llega una paciente al servicio de urgencias de un hospital a causa de un dolor torácico es menos probable que se le realicen las pruebas diagnósticas habituales para descartar una enfermedad cardíaca que si se trata de un varón.

Las desigualdades resultantes en la salud de los hombres y las mujeres, no solo han estimulado la investigación en los campos de las ciencias médicas y sociales durante el último decenio, sino que también ha pasado a ser uno de los principales problemas en salud pública y motivo de debate político en muchos países.

Discriminación en la Profesión Médica

Desde la creación de las universidades en el siglo XIII hasta finales del siglo XIX, cuando las primeras mujeres empiezan a estudiar y a practicar la medicina, los miembros de la profesión fueron exclusivamente hombres como consecuencia de la aplicación de políticas activas de exclusión de las mujeres de la práctica médica y de segregación en otros espacios laborales que se configuraron como «adecuados» para ellas¹³.

La incorporación a la actividad profesional de valores y conductas codificados como masculinos o propios de hombres también ha sido un proceso activo e históricamente cambiante, que ha incluido la recodificación de género, en virtud de la cual las técnicas, las habilidades o los espacios considerados femeninos se convierten en masculinos, como sucede con la atención al parto en los siglos XVIII y XIX; o bien al revés, se feminizan, como sucedió con la técnica de diagnóstico y tratamiento por empatía introducida en los años veinte en la medicina, que 40 años después se transformó en habilidad intuitiva, «femenina» y poco científica¹⁴.

En las profesiones, como en cualquier colectivo humano, el sexo es un determinante de las oportunidades sociales de sus componentes. Se trata, pues, de empezar lanzando una mirada sexuada a la práctica profesional e identificar la presencia de hombres y mujeres, así como de los espacios que ocupan en las profesiones sanitarias.

¹³ Cabré, PM, Ortiz Gómez T, editores. Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XIII y XIX. Barcelona: Icaria, 2001.

¹⁴ Ortiz, GT, How to be a midwife in late nineteenth-century Spain. En: Debates and controversies in the modern period. London: Routledge, 1997; p. 61-80

Desde los años sesenta la sociología de las profesiones ha elaborado diferentes modelos para explicar la organización y la estructura de la medicina. El modelo de más éxito lo acuñó Freidson, un sociólogo norteamericano que vio en la práctica médica el prototipo de profesión basada en la posesión de un monopolio de saber y de práctica, en el dominio sobre la propia actividad y otras afines, y en la autonomía en las formas de organización como grupo. Con el paso del tiempo se han creado otros modelos, europeo, oriental, etc. que sin lugar a dudas, comparten la característica de ser androcéntricos.

Según Teresa Ortiz-Gómez (2004), catedrática en Estudios de la Mujer de la facultad de Medicina en Granada, España, la mirada androcéntrica no tiene en cuenta las diferencias por razón de sexo, ni siquiera contempla la existencia de mujeres y/o hombres en las profesiones sanitarias, y utiliza los términos «médico/s» o «profesional/es» como si fueran sexualmente neutros, ambiguos, genéricos o universales en vez de masculinos.

En el área educativa de sanidad, actualmente estamos lejos de aquellas épocas en donde los profesores de medicina se negaban a dictar cátedra en presencia de alumnas por la posibilidad de herir susceptibilidades alienadas al pudor, sin embargo en la actualidad se sigue presentando actos discriminatorios de género en los diversos espacios (escolar y laboral). La Doctora Cortés Flores (2005) menciona en su trabajo de investigación en el espacio laboral de médicas:

“En lo personal, todas las mujeres cirujanos que conocemos y con las que hemos hablado del tema han sido víctimas de acoso sexual durante la residencia o práctica profesional; la mayoría no de manera grave que pudiese perjudicar la carrera de alguna de ellas, pero sí al grado de inducir sometimiento, rechazo, favoritismos y amenaza de condicionamiento de la práctica quirúrgica”

En ocasiones la discriminación, suele ser sutil, difícil percibirla, sin embargo ello no imposibilitará prevenir su presencia y de ser necesario establecer sugerencias para evitarla y que se tomen medidas que nos permitan hablar de trato justo e igualitario.

Algunos estudios en esta área, observan una tendencia a la feminización de la medicina, acentuada en la última década, sin embargo se tiene información referida al acceso escaso o nulo en algunas ocasiones de las médicas a cargos jerárquicos y de conducción, de titularidad de cátedra o investigación, ni a aspectos relacionados con la satisfacción profesional desde una perspectiva de género.

El ejercicio de la medicina por mujeres es hoy objeto de análisis ya que presenta características diferentes al ejercicio de la medicina por hombres, en aspectos tales como especialidades, logros académicos, niveles de responsabilidad y aún resultados económicos y de la salud profesional.

Arrizabalaga y col.¹⁵ refieren que la profesión médica se feminizó en España: el 53 % de los planteles médicos de atención primaria, el 40 % del personal médico de los hospitales y el 41 % de los colegiados, son mujeres. En el año 1997, 60 % de los médicos y 35 % de las médicas ejercían como especialistas, y eran mujeres el 72 % de los estudiantes matriculados en Medicina.

La presencia de las mujeres es uno de los aspectos que actualmente caracterizan la profesión médica en España, ya que el 75 % de médicos de reciente incorporación son del sexo femenino. Se estima que el 54 % de médicos en activo son hombres, frente al 46 % de doctores mujeres.

¹⁵ P Arrizabalaga, C Valls Llobet. "Las mujeres médicas : de la incorporación a la discriminación" Med Clín (Barc) 2005 ; 125(3):103-107

No obstante, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas de España, sólo 3 de los 27 decanatos de las Facultades de Medicina estaban a cargo de mujeres, y eran mujeres el 4% de los 374 catedráticos en Medicina, el 16 % de los docentes, el 18 % de los profesores titulares universitarios y el 18 % de los profesores asociados. El número de contratos obtenidos para investigación era semejante en varones y mujeres, pero sólo 10 % de las direcciones de las investigaciones y 4 % de las direcciones de centros de investigación estaban a cargo de mujeres. Sólo estaban a cargo de mujeres 2/140 cátedras de Medicina Interna, 7/31 de Promoción de la Salud, 3/89 de Cirugía, 0/42 de Ginecología y Obstetricia y 0/ 30 de Pediatría. Según resultados de una encuesta realizada a sus miembros por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM)¹⁶ y publicada como documento en Septiembre de 2005, 44 % de las médicas refirió discriminación laboral y tener diferentes responsabilidades en la vida doméstica y familiar. Al mismo tiempo, otro análisis del mismo Colegio describe a las mujeres médicas como eficaces, empáticas, con mayor ejercicio de roles preventivos y dedicando 10% más de tiempo a la consulta que los hombres. Presentan 60% más posibilidades de síndrome de burnout y que durante la crisis laboral que afectó a 20.000 médicos españoles en el año 2002, del 61% de los médicos dos eran mujeres.

Carr y col. aplicaron encuestas en 24 escuelas de medicina en EEUU durante 1996, trataron de establecer la relación entre responsabilidades familiares y género con productividad y satisfacción en las carreras de los profesionales médicos, encontrando que las mujeres referían más obstáculos: obtenían significativamente menos fondos para

¹⁶ La profesión médica en España. Documento del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM), Septiembre 2005

investigación, menos apoyo secretarial, publicaban significativamente menos y percibían sus progresos como más lentos y menos satisfactorios. Estas diferencias no se observaron cuando las médicas no tenían hijos pequeños.

Schroen¹⁷ realizó 3,228 encuestas en EUA a miembros del Colegio Americano de Cirujanos (ACS) para identificar su experiencia profesional, informando lo siguiente: sólo 317 cirujanos se encontraban en práctica académica (168 hombres y 149 mujeres). Los hombres y las mujeres difirieron en rango, estatus escalafonario, aspiraciones de carrera e ingresos. Las mujeres cirujanos habían publicado en promedio 10 artículos, comparado con 25 en hombres. El matrimonio y la maternidad no influenciaron el número de publicaciones. En general, la satisfacción profesional fue alta, pero las mujeres informaron sentir que las oportunidades no son igualmente disponibles para ellas como para sus colegas masculinos.

En torno al lenguaje sexista en el ámbito académico, los títulos y grados universitarios mantienen denominaciones donde se refleja la fuerte discriminación por razón de sexo. Aún se le sigue llamando "juez", "arquitecto", "técnico", etc. a las mujeres que sustentan estos títulos. Los Colegios Profesionales con sus denominaciones sexistas ni se plantean cambios hacia un lenguaje inclusivo. El dominio patriarcal sigue asentado en el ámbito académico en su lenguaje y también en su contenido.

Queda por mejorar la eliminación de la discriminación por género en la profesión médica. No siempre se motiva o se hace sentir bienvenidas a las estudiantes de medicina en ciertas

¹⁷ Schroen A, Brownstein M, Sheldon G. Women in Academic General Surgery. *Academic Medicine* 2004; 79:310–318

especialidades de áreas quirúrgicas. Las doctoras enfrentan las mismas barreras para avanzar en sus carreras que sus colegas en otros campos. La discriminación de género no es exclusivo de las mujeres médicas, sino de una gran mayoría de profesionales y académicas, la discriminación se relaciona con el ser mujer.

La Dra. Ana Olivia Cortés (2005) de Unidad de Investigación Médica Epidemiológica del Centro Médico de Occidente de Guadalajara, comenta al respecto que en las especialidades quirúrgicas, donde siempre ha dominado el género masculino, la inclusión del llamado sexo débil no es bien visto, y mucho menos, bien recibido. La percepción de que la cirugía demanda demasiado tiempo, que el trabajo durante la residencia es extremo y que el estilo de vida de los cirujanos no es compatible con una vida familiar y social plena, desalienta a muchas mujeres a realizar especialización en el área quirúrgica.

Al igual que todas las profesiones de las mismas características, la mujer que “compite” o trabaja con hombres, tiene que trabajar el doble para poder demostrar sus capacidades, en este caso a los pacientes, al equipo de trabajo (llámese enfermeras y técnicos involucrados, incluyendo estudiantes de medicina de uno y otro género a su cargo, etcétera), a sus colegas y por supuesto a los directivos.

Los organismos directivos y de muchas asociaciones médicas nacionales necesitan aumentar significativamente sus miembros mujeres, a fin de lograr una representación adecuada de género y, sería trascendental que el Sistema Nacional de Salud contemple los aspectos del ejercicio profesional relativos al género al diseñar sus políticas y acciones futuras.

Es de interés contar en México con un diagnóstico de la situación del ejercicio profesional según género, ya que hasta el momento carecemos de cifras confiables que nos ayuden a estudiar y comprender el fenómeno de la discriminación de género en este espacio laboral.

Otras Manifestaciones de Discriminación

En el hogar, las mujeres asumen de forma casi exclusiva las responsabilidades familiares y el trabajo doméstico que conduce a la doble o triple jornada con lo cual, se reducen sus oportunidades de empleo, de calificación, de promoción y se hace más notoria la falta de protección social.

Las relaciones en el interior de las familias están incididas por tendencias como el patriarcado y la violencia doméstica y llevan con otros factores, excluir a las mujeres de decisiones clave.

Según la UNICEF si los hombres y las mujeres tuvieran la misma influencia en la toma de decisiones habría 13.4 millones menos de niños desnutridos en Asia Meridional. El peso mayor de las mujeres en las decisiones se refleja en mejoras netas para los niños en Asia Meridional: aumentan sus tasas de supervivencia, se beneficia su situación alimentaria y su asistencia a la escuela.

En el área de comunicación nos percatamos que existe un elemento que sigue siendo factor de discriminación, el uso del lenguaje, especialmente a través de la generalización del masculino, ya que se le toma genéricamente y como contenedor de las personas de ambos sexos, así las mujeres no poseen presencia en los textos y en los contenidos informativos, no existe trato equitativo entre hombres y mujeres y tal vez una de las máximas expresiones del lenguaje sexista está en el nombre del Cámara de Diputados y la de Senadores.

Dentro del discurso publicitario, siguen reproduciendo valores que sitúan a las mujeres en planos de subordinación y dependencia, el hogar y el cuidado siguen siendo las principales

prioridades para las mujeres y el trabajo fuera del hogar es atribuible de manera natural a los hombres.

En México, según el ex Ombudsman Nacional, José Luis Soberanes Fernández, las mujeres con empleo asalariado se ven obligadas a dedicar 33 horas semanales a tareas del hogar, mientras que los varones sólo emplean 6 horas.

También se observa que no existe una igualdad de género a partir de la cual denunciar la discriminación o desigualdad, al contrario partimos de la base que existe una preferencia o supremacía de uno de los géneros.

Aquellos que toleran y reproducen la discriminación por género y permite que se violenten los derechos de las mujeres, viene a ser cómplice de la discriminación, de la injusticia y la impunidad.

En México, se ha trabajado a este respecto pero aún existe rezago, se siguen vulnerando año tras año estos derechos, persiste discriminación en la educación, el trabajo, el hogar y la política. La mayoría de nuestras sociedades siguen siendo patriarcales y no existe equidad de género, en todos los ámbitos.

Según Dr. José Luis Soberanes Fernández, ex Ombudsman Nacional en México, la falta de voluntad de las instituciones para hacer efectivas las disposiciones constitucionales relacionadas con la garantía de derecho de igualdad entre hombres y mujeres, coloca al país en el lugar número 93 de 128 países en materia de desigualdad entre géneros.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) considera fundamental entender estas diferencias, hacerlo permite acercarse de una manera más certera al análisis

y desarrollo de políticas, programas y proyectos que buscan eliminar la discriminación, las desigualdades de género y mejorar la condición de hombres y mujeres.

Varios de los Objetivos de Desarrollo del Milenio comprometen a esa meta de igualdad para mujeres y niñas. La desagregación de datos por sexo y la elaboración de indicadores en la materia han permitido tener una visión objetiva al respecto.

La primera edición de los Indicadores de Desarrollo Humano y Género en México, publicada en 2006, ofreció un panorama estatal y municipal sobre la situación del desarrollo humano en el país y su vínculo con la inequidad de género. Por medio de esos indicadores se hizo evidente que, en general, el nivel de desarrollo de las mujeres en el ámbito de las entidades federativas se encuentra en desventaja frente al de los hombres. Destacó que las desigualdades por razones de género son aún más pronunciadas a nivel municipal.

El paradigma del desarrollo humano establece que la igualdad de oportunidades es poder ser o hacer aquello que una persona valora para su propia vida como fundamental. Si las posibilidades de elegir las mejores opciones se encuentran restringidas para la mitad de la población en México –las mujeres– será imposible avanzar hacia un desarrollo humano pleno del país, simplemente porque a la mitad de la nación se le niega esa oportunidad.

La encomienda de lograr que la igualdad entre hombres y mujeres, tanto en derechos como en condiciones de acceso a oportunidades, sea una realidad próxima y no un sueño lejano, es cosa de todos, también de las Naciones Unidas en México y de su Programa para el Desarrollo.

Es claro que la sociedad y las autoridades son directamente responsables de trabajar en pro de la igualdad y erradicar toda práctica de distinciones, diferenciación, exclusión o restricción en las oportunidades sociales por motivos de género.

Las instituciones públicas, los partidos políticos, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad en general deben promover la igualdad entre hombres y mujeres en los cargos de participación y representación política.

El Ejecutivo Federal, el H. Congreso de la Unión, Legislaturas Estatales y Asamblea Legislativa del DF pueden modificar la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos y sus equivalentes en las entidades federativas, para proveer la prohibición de la discriminación por sexo como causas de responsabilidad administrativa de los servidores públicos y las sanciones correspondientes.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, exhortó a los líderes mundiales a cumplir con las promesas que se han hecho a las mujeres y jóvenes en la cumbre del milenio 2000. Los esfuerzos globales para conseguir que la pobreza sea una cuestión de la historia fracasarán a menos que los líderes mundiales se empeñen en poner fin a la discriminación entre los géneros.

Es importante reconocer los obstáculos que persisten para alcanzar la equidad de género: la división sexual del trabajo -que gobierna la producción y la reproducción-; la exclusión de las mujeres de la toma de decisiones y del ejercicio del poder; la desigualdad de condiciones para acceder a los recursos, son algunas de las desventajas que enfrentan las mujeres.

Se hace necesario analizar las diversas dimensiones de la vida diaria de la mujer, pues es ahí donde se debe actuar -sobre la base de los principios de la bioética- y preparar el campo propicio para producir salud mental.

Diversas propuestas han surgido para llegar a ese estado de equilibrio social y la balanza se inclina por redefinir a la mujer, reconceptualizarla como ser ontológico, es decir, desde la posibilidad de ver a la mujer dentro de su marco social e histórico y cultural, pero a la vez como un ser humano en su sentido de persona concreta, única e individual, no como un constructo fenoménico, como sujeto objetivo, cosificado por el hombre.

A las mujeres les queda la tarea de eliminar cualquier huella de querer ser como las demás mujeres. Es necesario quitarse el peso de los adjetivos eufemísticos que las comprometen y denigran, es importante que la mujer más que símbolo del prototipo de ser mujer, (que los medios de información masiva insisten en fomentar) sea símbolo de su propia y única experiencia, solo así será ella en sí, para sí, como ser libre y multicultural, más que un ser para los demás, en un mundo globalizado¹⁸.

Por ello es necesario el análisis de las diferencias entre los géneros desde la bioética porque permite entender que las desigualdades generan injusticias y altos grados de sufrimiento entre los seres humanos pero principalmente, en las mujeres.

¹⁸ Hurtado Gálvez JM. La mujer social y la mujer histórica. *El Catoblepas* 2003; 15:18. (Sitio en Internet) Disponible en <http://www.nodulo.org/ec/2003/n015p18.htm>

CAPITULO II Metodología

Para la elaboración de éste trabajo cuantitativo-descriptivo, cualitativo utilice dos métodos de investigación, éstos congruentes al desarrollo del trabajo; investigación documental para sustentar el marco teórico, la encuesta y observación participante.

El periodo de estudio comprendió del primero de Enero de 2009 al 31 de diciembre de 2010, fecha en que con la elaboración del reporte final escrito concluye la investigación.

El Sistema de Salud Mexicano clasifica al Hospital General donde se realizó el estudio como unidad de segundo nivel de atención médica; pertenece a la red de Hospitales del Instituto De Seguridad Social Al Servicio De Los Trabajadores Del Estado y se ubica en la calle Lerdo #200 esquina con Av. Manuel González, entre el Eje vial Central “Lázaro Cárdenas”y el Eje vial de “Guerrero”en la Delegación Cuauhtémoc al norte de la Ciudad de México.

De forma regular, el Hospital General cuenta con diversos servicios de salud, mismos que oferta a sus derechohabientes; incluye la consulta médica en diferentes especialidades médicas troncales: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General y no troncales como Traumatología y Ortopedia, Medicina Preventiva, Medicina de Urgencias Médico Quirúrgicas, Anestesiología, Radiología e Imagen, Oftalmología y Otorrinolaringología, además de subespecialidades como Neurología, Cardiología, Endocrinología, Terapia Intensiva, Urología, Infectología, Neumología, Gastroenterología, Endoscopia, Psiquiatría, y Neonatología; otros espacios de atención especializada son el laboratorio Clínico, la Unidad de Diagnostico por Imagen (Tomografía axial

computarizada, Ultrasonografía, Eco cardiografía, Rayos x), la Unidad de terapia Intensiva en Adultos y Neonatal, servicio de Nutrición, etc.

Para otorgar estos servicios profesionales cuenta con un equipo de salud de 1,354 empleados de los cuales 236 son medicas(os), grupo objeto de nuestro estudio.

El universo de estudio se centró exclusivamente en el área médica; se realizó muestreo probabilístico a través del cálculo de una muestra para estimar una proporción ya que se comento anteriormente que el 60% de las mujeres sufre discriminación al grado de establecer el Síndrome de desgaste profesional con un grado de confianza del 95% y una estimación de error del 12%:

$$N = \frac{z^2 pq}{E^2} = \frac{(1.96)^2 (0.60)(0.40)}{(0.12)^2} = \frac{(3.8416)(0.24)}{0.0144} = \frac{0.9219}{0.0144} = 64$$

Asimismo, se seleccionaron por conveniencia (aquellos que si quisieron participar y fueran médicos y aquellos que aceptaron voluntaria y desinteresadamente se les proporcionó un cuestionario, el cual fue validado previamente por el grupo asesor y en personal de otras categorías, tales como enfermería y administrativos (ANEXO I) solicitándoles fuese llenado con honestidad, en su totalidad, en apego a las instrucciones de llenado del mismo, legible, sin tachaduras o enmendaduras.

Para el caso, participé como entrevistadora de una sola persona a la vez, misma que orienté en cada caso y cuestioné del mismo modo, disminuyendo con ello el sesgo correspondiente.

Se excluyeron del estudio aquellos que llenaron de forma incompleta el cuestionario.

El cuestionario daba lugar para comentarios adicionales que pudieran ser relevantes para la investigación, en seguida describo algunas de las observaciones que acoté durante la fase práctica.

La mayoría de los encuestados preguntaron el objetivo del estudio. Las mujeres se interesaron porque se presentaran los resultados en algún foro interno, como la sesión general de la institución y de sí hay la posibilidad de tener talleres sobre el tema.

Dos médicos se negaron a participar, aludiendo que no tenían tiempo y en otra ocasión participarían, dos de los encuestados prefirieron contestar el cuestionario en un sitio apartado una vez que recibieron las instrucciones de llenado, al concluir, observé que no lo habían completado, ellos fueron eliminados.

Los médicos de mayor edad 50 años en adelante, con énfasis se pronunciaron en negar que haya discriminación de género, contrario a lo que observé en las médicas, ellas mostraron una actitud de complicidad, sin embargo al momento de contestar, negaron que hubiera discriminación de género al igual acoso o instigación laboral.

Las médicas jóvenes se mostraron abiertas a la participación, pero algunas reiteraron la pregunta de si la encuesta era anónima.

Ninguno de los jefes de servicio entrevistados (4), señaló su cargo y algunos obviaron su edad.

CAPITULO III Integración

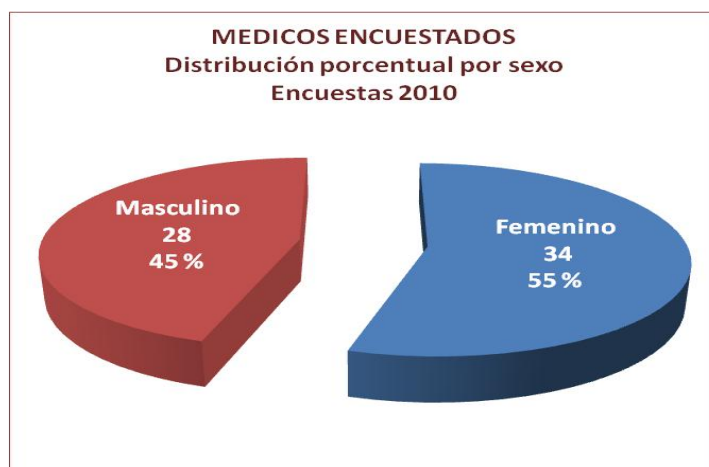
Resultados

El hospital posee en plantilla 236 medicas(os), 133 hombres (125 especialistas y 8 médicos generales), 73 mujeres (62 especialistas y 11 medicas generales) y Residentes de Posgrado (Médicas 16 y Médicos 14).

La muestra seleccionada para la aplicación del cuestionario fue de 65 entrevistados, se realizó de forma aleatoria, al azar, se excluyeron 3 encuestados por llenar de forma incompleta el cuestionario. El cuestionario abarcó 4 rubros, y de esta manera es como se presentan los resultados a continuación

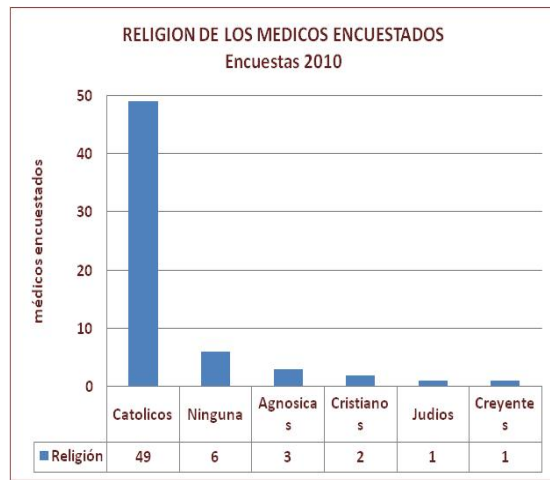
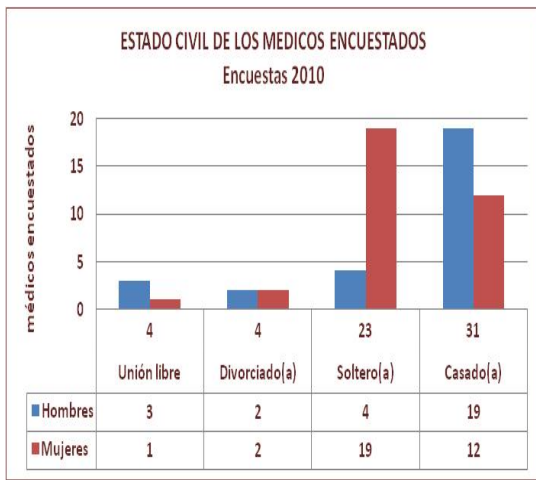
I GENERALIDADES

De las 62 entrevistas validadas, 28 fueron hombres y 34 mujeres, para las mujeres la edad promedio fue 39.4 años y para los hombres de 42.1 años, como lo muestra la siguiente gráfica.

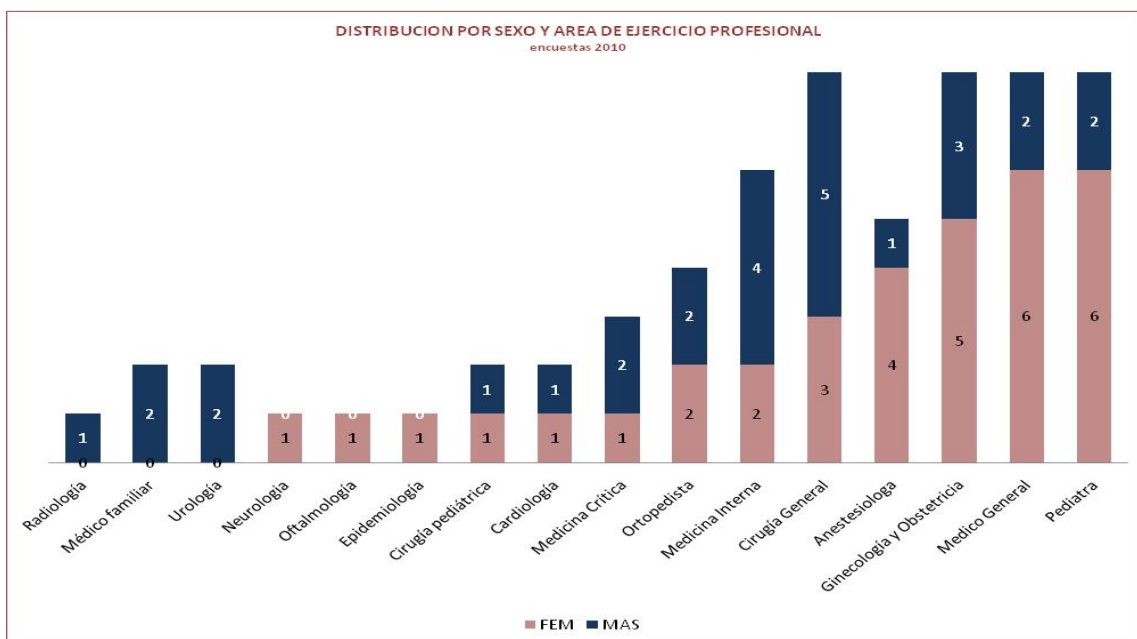
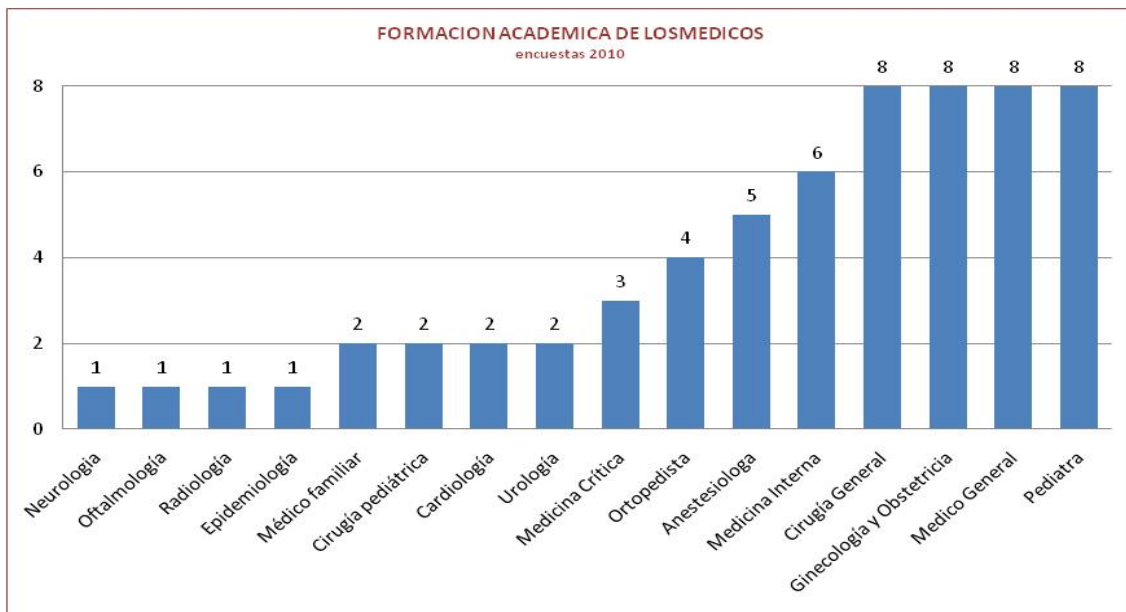


El estado civil del grupo se describe en la grafica siguiente, llama la atención que el 78% de las mujeres en el grupo son solteras o divorciadas.

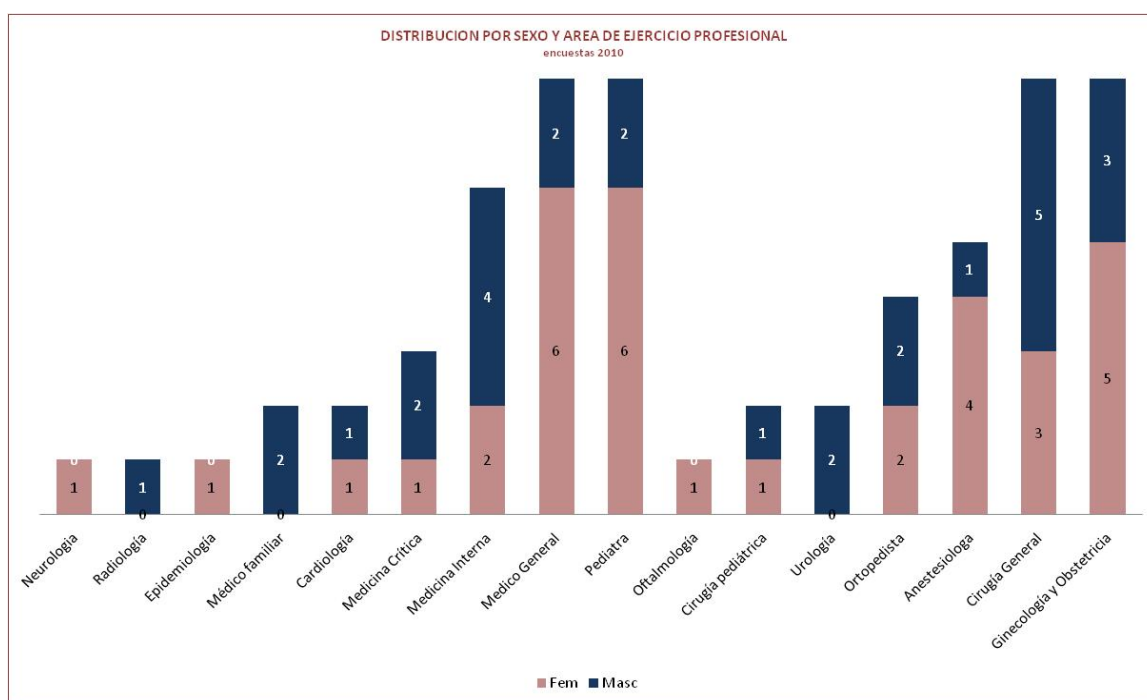
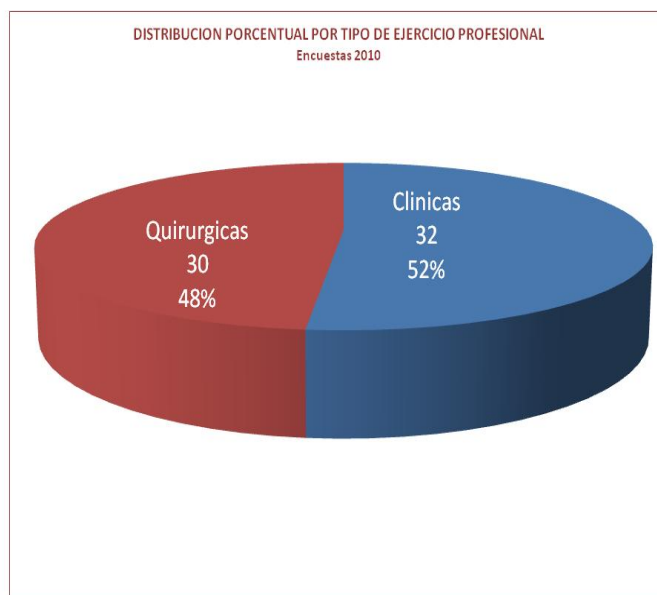
En relación a la preferencia religiosa, la religión más frecuente fue la católica, ésta frecuencia y la de otras opciones están expresada en la gráfica siguiente,



En cuanto a la formación académica de los profesionales, el 87% posee una especialidad y 13% es médico general, y su frecuencia se visualiza en la siguiente gráfica, así como la distribución por sexo.



La división en especialidades clínicas y quirúrgicas, como se observa en las siguientes gráficas, no muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres, para las áreas clínicas 18 fueron mujeres y 14 hombres y para quirúrgicas 16 fueron mujeres y 14 hombres.



II SALARIO

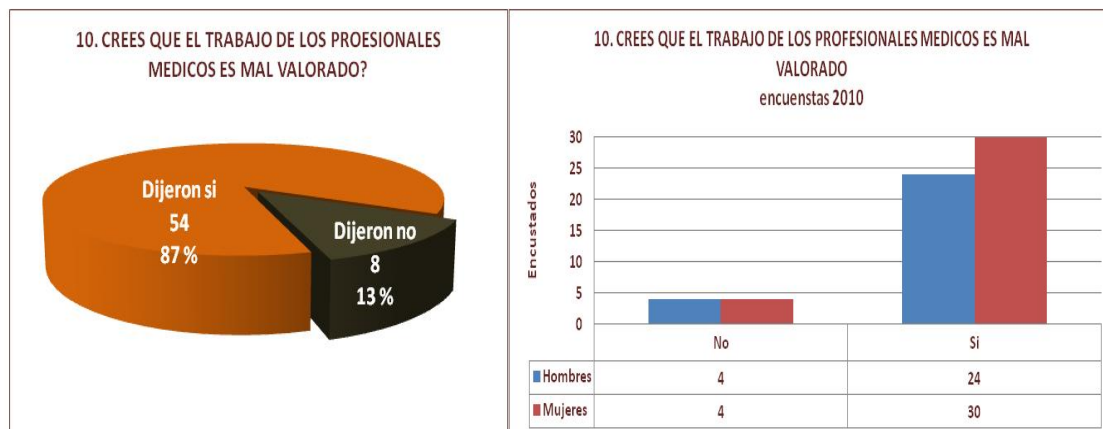
En cuanto a los estímulos por desempeño laboral, recibidos en dinero o en especie (vacaciones), 66% no los ha recibido y de éstos, 59% son mujeres.

El 68% de los encuestados considera que el salario entre hombres y mujeres no existen diferencias (23 hombres y 19 mujeres). Hay un 71% de mujeres en el grupo que opina que si hay diferencias en los salarios (14=22%) que opina que es mejor el salario de los hombres.

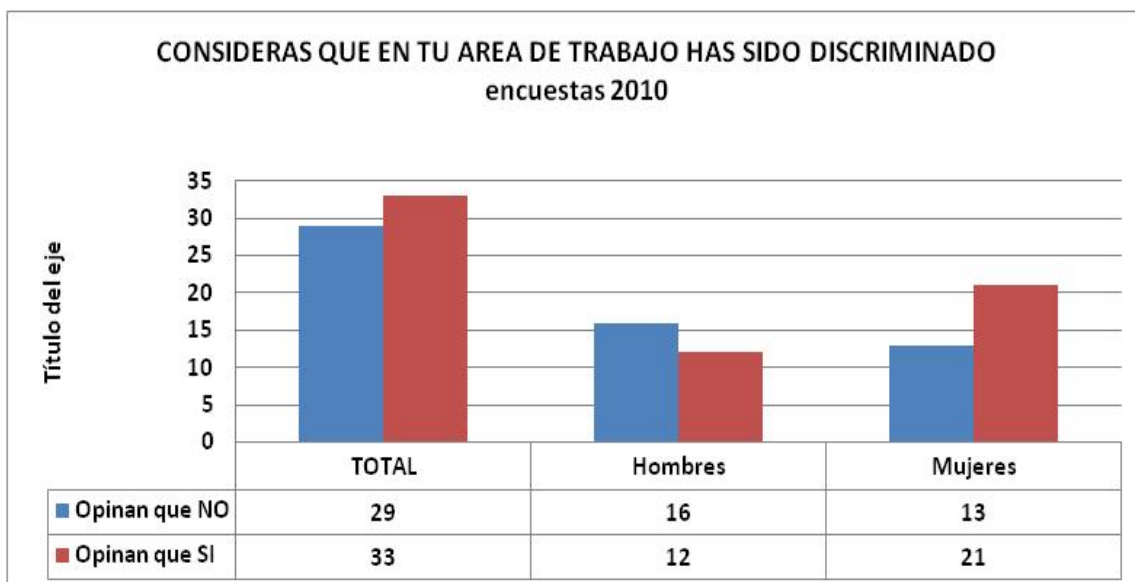
III DISCRIMINACION DE GÉNERO

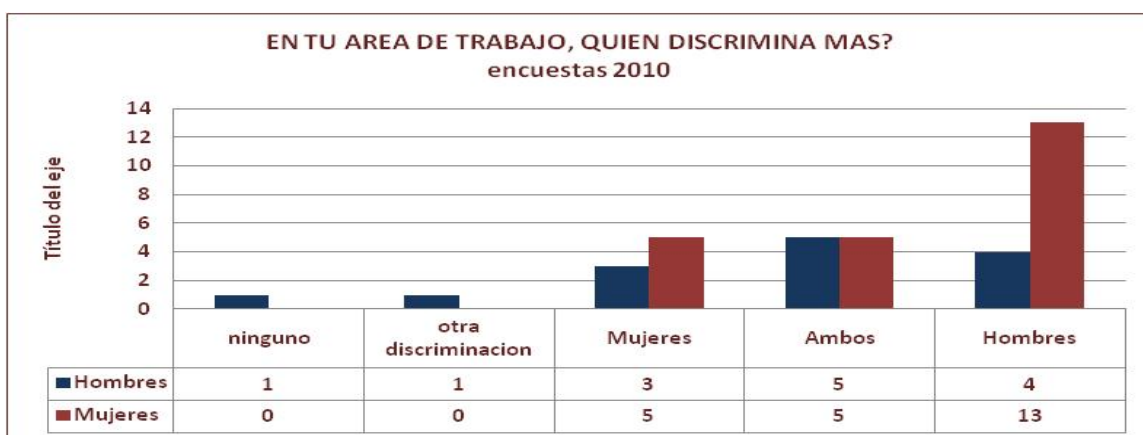
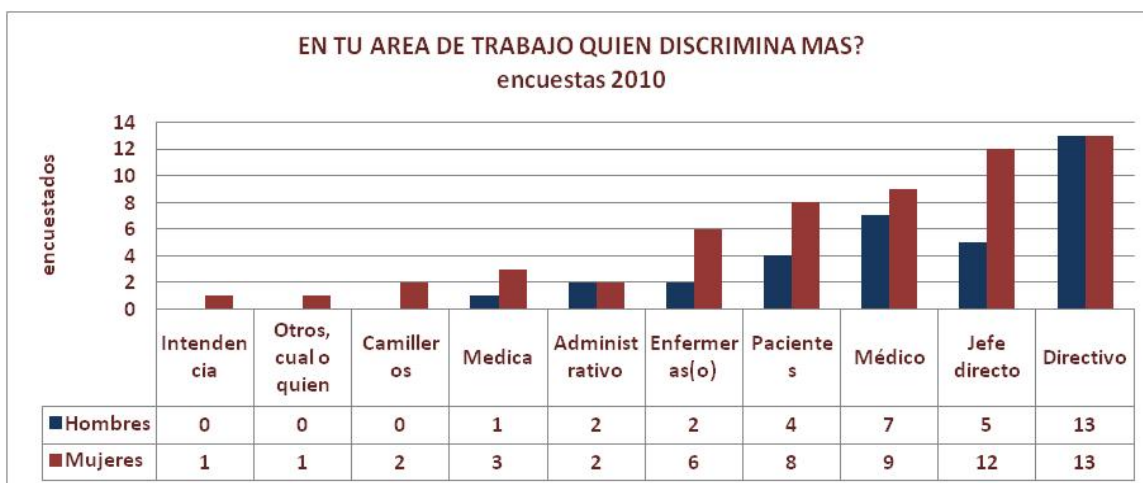
La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación en su Artículo 1º define a la Discriminación como: La distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos varios (sexo, raza, religión, condición social...) cuyo propósito o resultado sea anular o disminuir el reconocimiento, preferencia o ejercicio, en iguales condiciones, de los derechos humanos y libertades fundamentales en la política, la economía, la sociedad, la cultura o cualquier otra esfera de la vida pública. “Género” describe los roles, las funciones, los derechos y las responsabilidades establecidas por la sociedad y que las comunidades y sociedades consideran apropiados tanto para los hombres como para las mujeres.

De esta manera, los datos nos muestran que el 87% de los profesionales de la salud, tiene la percepción que su trabajo es mal valorado, sin diferenciación en las respuestas entre hombres y mujeres (56% vs 44%).



33 opinan que sí existe discriminación (54%) en su área de trabajo; Del 54% que opina que si existe la discriminación, 64% (21) fueron mujeres. De los que aceptan que existe discriminación de género, 52% creen que proviene de los hombres, 30% que proviene de ambos y 24% que proviene de las mujeres. La discriminación proviene un 79% de los directivos, 51% del jefe directo, el 48% opinó que de médicos, 36% proviene de los pacientes y 24% de enfermeras.

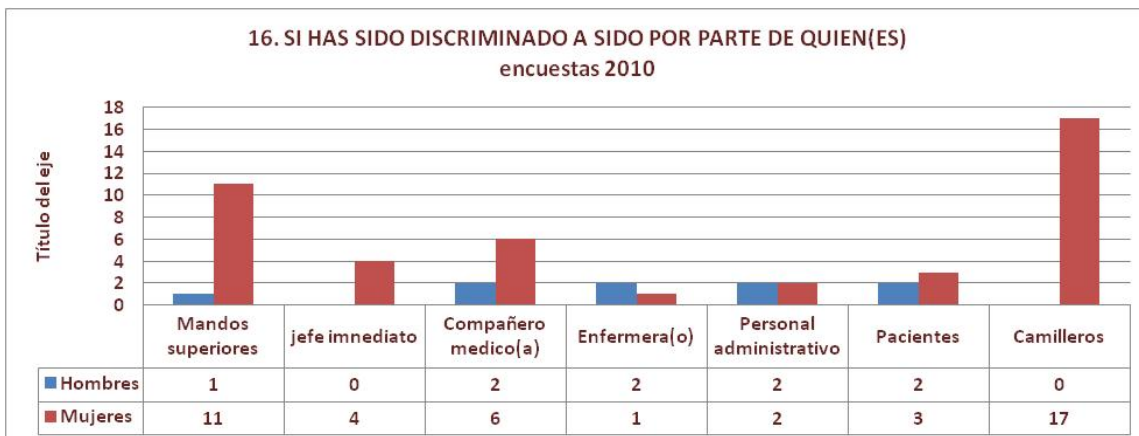




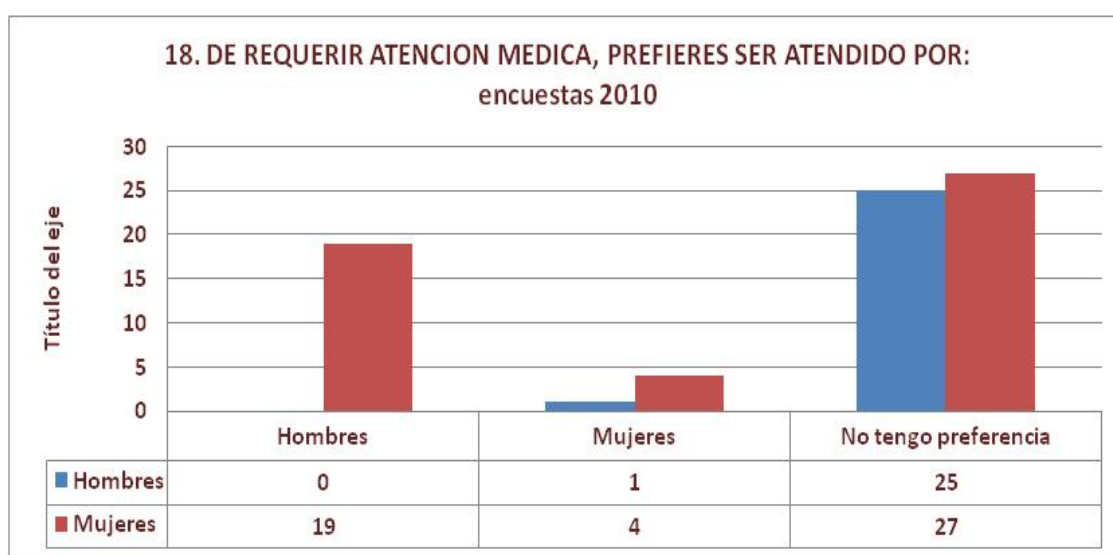
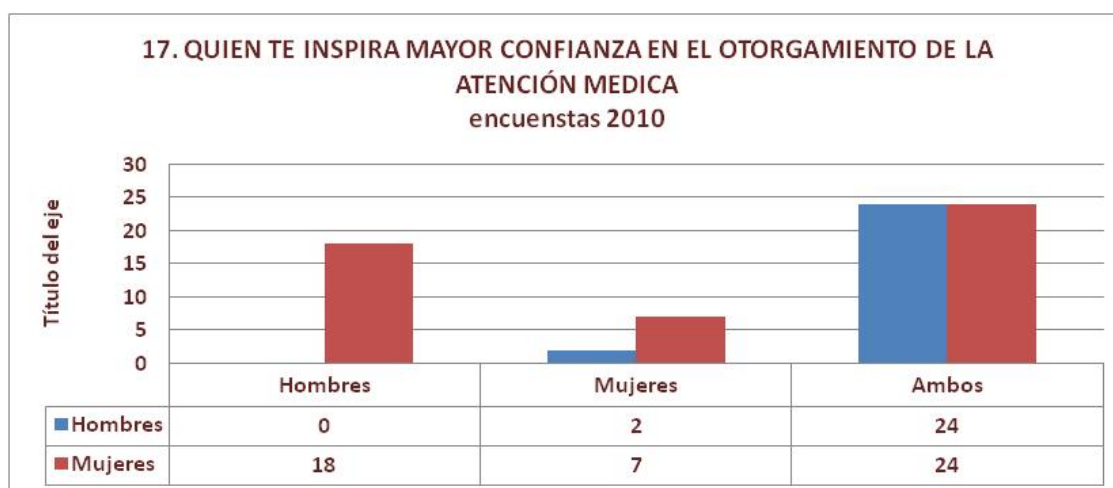
IV ACOSO SEXUAL LABORAL



31% de los encuestados manifestaron haber sufrido de acoso sexual; 84% mujeres y 16% de los hombres. El 92% de las mujeres manifestaron que el acoso proviene en el 62% por mandos superiores, 32% de otro médico (75% de las mujeres) y 6% de pacientes.



No existen diferencias en cuanto a la confianza en el otorgamiento del servicio médico ya que el 77% manifestó que ambos inspiran confianza y que de requerir atención médica, 84% no tiene preferencias por ser atendido por hombres o mujeres.

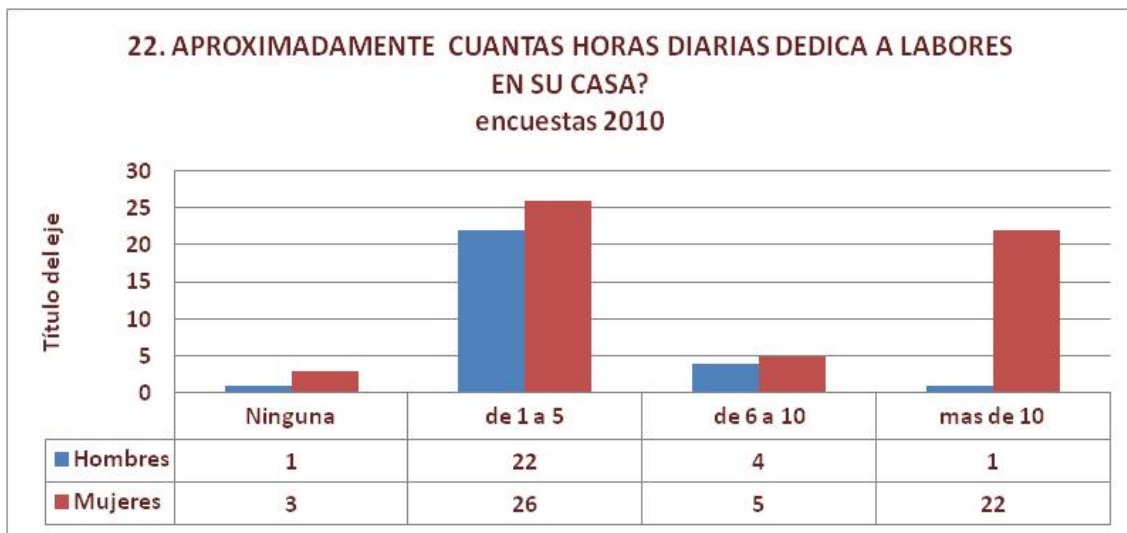


En cuanto a las habilidades para las áreas clínicas el 94% considera que ambos sexos pueden tener buena habilidad para desempeñarse. El 90% opina semejante en las áreas médico-quirúrgicas y para el desempeño de roles medico-administrativos el 79% opina que

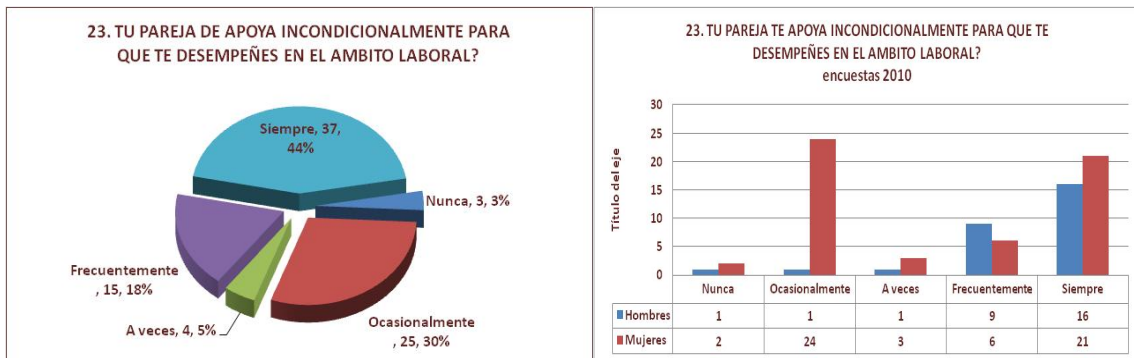
tienen igual de oportunidad para desempeñarlo con eficiencia, aunque el 60% acepta que los puestos de mayor jerarquía son otorgados a hombres (65% de las mujeres y 35% de los hombres). 32% de los encuestados consideran que son otorgados a ambos (65% hombres).

V VIOLENCIA DE PAREJA

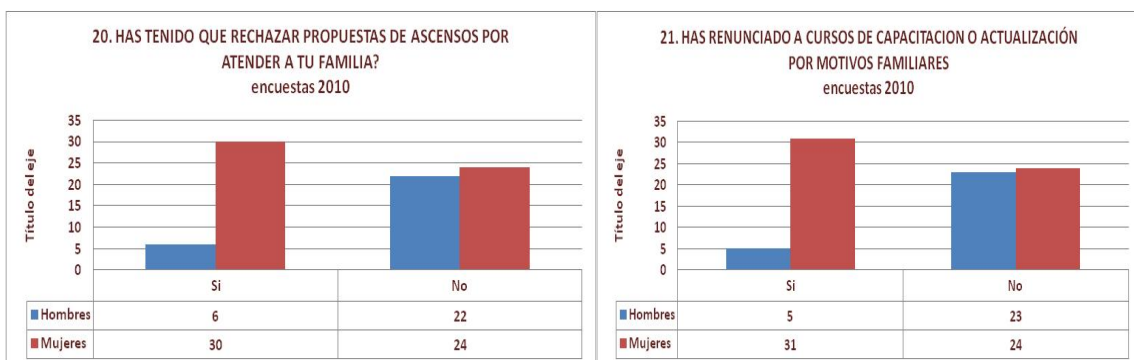
La participación en el oficio doméstico: 77 % dedica de 1 a 5 hrs al día (54 % de las mujeres y el 46 % los hombres).



Tienen apoyo incondicional de sus parejas el 60% de los encuestados, de los cuáles 57% son mujeres.



En cuanto desarrollo profesional el 45% tienen proyectos académicos frustrados por obligaciones familiares, siendo la distribución del 50% entre sexos.



CAPITULO IV Conclusiones

En esta unidad hospitalaria existe predominio de género masculino en médicos de base, este patrón se modifica en residencia médica, donde la relación cambia 1:1. La muestra tomada reflejó una relación equitativa, las entrevistas se realizaron en un número muy semejante para cada sexo, probablemente hace necesario modificar el tamaño de la muestra que nos permita retratar de manera más fidedigna esta variable u observar que otros factores influyen para que no se aprecie con veracidad el predominio del sexo masculino en la plantilla laboral.

En varios artículos, se ha mostrado el predominio del sexo masculino en la nómina de médicos en diversas instituciones de salud, en la última década, la relación hombre-mujer ha tendido a nivelarse, sobre todo en plantillas escolares de las escuelas de medicina, y en médicos que se están adiestrando para concluir una especialidad, este caso refleja la inclinación actual, de mayor participación de las mujeres en la medicina, lo que otros autores mencionan como “feminización” de la medicina, sin que ello signifique forzosamente trato igualitario y justo.

Es real que en el espacio laboral de las médicas, objeto de estudio, existe la discriminación de género, así lo perciben las entrevistadas, que conllevan malestar y pesadumbre, sin embargo no dimensionan el problema en toda su extensión, pues no consideran, por ejemplo, que los puestos de mayor jerarquía otorgados casi 100% a hombres, sean una manifestación de discriminación de género o que no les sean otorgadas compensaciones económicas.

La discriminación de género se percibe claramente y está vinculada con patrones sociales muy arraigados como el patriarcado, que favorecen, como algunos autores señalan su “invisibilidad”. Para muchas médicas suele ser parte de su cotidianidad y esta asignatura de la discriminación no existe en sus agendas, pues han expresado “aquí yo no he visto que haya discriminación”, sin aún siquiera leer la encuesta, esta ceguera colectiva diluye las repercusiones físicas y emotivas que las conduce al detrimento de su salud y las hace vulnerables a perder la homeostasis.

Considero que si este fenómeno se entendiera correctamente a través de investigaciones científicas que muestren la realidad en que viven las mujeres médicas se comprendería mejor y proporcionaría las bases que sustenten la resolución adecuada del problema.

Llama la atención que la mayoría de los médicos encuestados percibe que su trabajo es mal apreciado y es que la medicina institucional en México ha sufrido múltiples transformaciones con tendencia utilitarista que además de afectar la ya de por sí deteriorada relación médico-paciente, afecta el aspecto humano del ejercicio profesional.

No se percibe que el salario entre los profesionales en esta institución tenga diferencia sustancial e incluso se hace la referencia de que el salario es de regular a bueno en la mayoría de los encuestados, tal vez porque la estructura administrativa de esta institución federal no da cabida para hacer diferencias en cuanto a percepciones. Y porque un buen porcentaje de profesionales se desarrollan en 2 o más instituciones de salud.

En México, las percepciones salariales en instituciones públicas no dan cabida a la diferenciación entre médicas y médicos, por la misma naturaleza institucional, tal como se

refleja en el presente estudio, sin embargo, los profesionales entrevistados comentan que en la práctica privada, los ingresos dependen del prestigio del médico, y que la confianza y el reconocimiento del mismo, si se ven influenciadas por el sexo del médico, teniendo los pacientes inclinación por los hombres médicos a decir por la mayoría de las mujeres que ejerce conjuntamente la práctica privada.

Sigue siendo irreconciliable para la mujer la esfera laboral con la familiar debido a la falta de equidad en la distribución de las actividades al interior del hogar, lo que genera angustias y tensiones en las profesionales, especialmente aquellas que tienen más de dos hijos menores de edad; esta aflicción obedece a la doble jornada que deben cumplir, una como profesional y otra como ama de casa.

El cumplimiento de su papel como madre y esposa, se antepone a sus ambiciones profesionales. La médica desiste o retrasa un proyecto académico por obligaciones familiares sin que ello le genere mayor problema pues la razón es socialmente válida; cumplir con la labor que por “naturaleza”, le fue encomendada.

Se reconoce la necesidad de ampliar la información acerca de la discriminación de género en el ámbito médico, considero debemos tener mayor cobertura de la percepción de las médicas, a través de encuestas a profundidad que nos proporcionen el conocimiento que complementa este estudio e incluso incluir a otro tipo de personal como paramédicos, enfermería y administrativos.

La tarea pendiente de realizar, es la de lograr igualdad de derechos entre hombres y mujeres, tanto en derechos como en condiciones de acceso a oportunidades, y promover

contextos de trabajo saludables que favorezca el bienestar de los trabajador (as), aterrizar las múltiples propuestas de los múltiples sectores de la sociedad en pro de esta igualdad, y de los derechos humanos.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Aristóteles, *La política*, trad. De M. García Valdés, Ed. Gredos, Madrid, 490pp
2. Bravo Carmen, *Bioética, salud mental y género*, Acta bioética, 2006/Vol. XII, núm. 002, Organización Panamericana de la Salud. Santiago de Chile. PP 169-175.
3. Celiberti, Lilian, *Reflexiones acerca de la perspectiva de género en las experiencias de educación no formal con mujeres, hacia una pedagogía de género*. Buttner y Jung, ed. Bonn, 1997.
4. Casas Ma. de la Luz, *Bioética, mujer y perspectiva de género*, Acta bioética, 32:2008, pp.29-45. <http://biblio.upmx.mx/download/cebidoc/Dossiers/genero031.asp>
5. Cobo, Rosa, *Género, en 10 palabras claves sobre Mujer*, Amorós, Celia (directora). Navarra: Ed. Verbo Divino, 1995
6. Cortés Ana, *Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas*. Gac. Méd. Méx. v. 141 n. 4, 2005.
7. De Beauvoir, Simone, *El segundo sexo*, Buenos Aires, Ed. Siglo XX, 1981
8. Evans, T., Whitehead, M., *Desafío a la falta de equidad en la salud*, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fundación Rockefeller, 2005.
9. Freidson E. *La profesión médica. Un estudio sobre sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península, 1970. [[Links](#)]
10. Fundación Lamb, A.C., Gaceta fundación Lamb, año 1, núm. 01, 2007
11. Lamas, Martha, *Cuerpo: Diferencia Sexual y Género*, México, Ed. Taurus, 2002.
12. Lemaresquier, T., *Indicadores de Desarrollo Humano y Género en México*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ,2006.
13. López de la Vieja, Barrios, O. *Bioética y feminismo; Estudios multidisciplinares de género*. Ed. Universidad de Salamanca, España 2005, pp. 97-102.
14. Llanos R., *Bioética en psiquiatría y psicología: Importancia y proyección en medicina y ciencias de la conducta*. Acta médica Peruana 2001; XVIII: 3-4
15. Maslach C, Jackson S. *Burnout Inventory*. Manual Research Edition, Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press, 1996.
16. Markham G. *Women in Medicine*. BMJ 1993; 307:1284
17. Messing, Graciela, *Igualdad de Género en la Educación Básica de América y el Caribe*, UNESCO, 2001
18. McDowell, Linda, *Género, Identidad y Lugar*, Ministerios de Asuntos y Trabajos Sociales, Valencia, 2000
19. Moore, Henrietta L., *The Differences within and the differences between en: Gendered Anthropology*, editado por Teresa Del Valle, Londres, 1993
20. Morris, M., y Western, B.: *Inequality in Earnings at the Close of the Twentieth Century* Annual Review of Sociology, 25,1999: 623-657
21. Murdock, G., *Comparative Data on the Division of Labor by Sex en: Social Forces*, num 15, 1937

22. Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Declaración Universal de los Derechos Humanos, adaptada y programada por la resolución de la Asamblea General .217 A (iii)* del 10 de Diciembre de 1948
23. Organización de las Naciones Unidas (ONU), Oficina Nacional de Desarrollo Humano y Género en México 2000-2005. unicmex@un.org.mx.
24. Ortiz G., “*Género, profesiones sanitarias y salud pública*”, Gaceta Sanitaria v.18 supl.1, Barcelona mayo 2004
25. Scott, Joan W., *Historia y Género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Valencia Ediciones, 1990
26. Schroen A, Brownstein M, Sheldon G. *Women in Academic General Surgery*. Academic Medicine 2004; 79:310–318
27. Serret, E. *Discriminación de género. Las incongruencias de la democracia*. Cuadernos de la Igualdad. México. Ed. Progreso: 2006
28. Timothy E. *Desafío a la falta de equidad en salud*, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., pp. 3-6, 2002

ANEXO I

Anticipadamente agradezco su colaboración para contestar con honestidad este cuestionario, los datos serán analizados confidencialmente y con fines exclusivamente de investigación científica.

I GENERALIDADES

Edad: _____ Sexo: F () M () Estado civil: _____ Religión: _____
Especialidad _____ Turno _____ Horario _____
Antigüedad en el puesto _____ Categoría _____ Número de hijos _____

1. Instituciones para las que trabaja

IMSS () ISSSTE () SSA () SSDDF () ISEMYN () ISEM ()

Otras _____

2. Número de pacientes atendidos en promedio por jornada laboral.

Matutino _____ Vespertino _____

Nocturno _____ Jornada acumulada _____ Otro _____

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación en su Artículo 1º define a la Discriminación como: La distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos varios (sexo, raza, religión, condición social...) cuyo propósito o resultado sea anular o disminuir el reconocimiento, preferencia o ejercicio, en iguales condiciones, de los derechos humanos y libertades fundamentales en la política, la economía, la sociedad, la cultura o cualquier otra esfera de la vida pública. "Género" describe los roles, las funciones, los derechos y las responsabilidades establecidas por la sociedad y que las comunidades y sociedades consideran apropiados tanto para los hombres como para las mujeres.

3. Consideras que en tu área de trabajo has sido discriminada(o)?

4. Si () No () Si su respuesta es negativa, pase a la pregunta No 7.

5. Si contestaste que sí, con qué frecuencia?

Una vez () Más de una vez () Todo el tiempo ()

6. En tu área de trabajo, quién discrimina más?

a) Mujeres b) Hombres c) Ambos

6. Es más frecuente que la discriminación provenga de:

Directivos () Jefe directo () Médicos () Médicas ()
Enfermeras(o) () Administrativos () Camilleros ()
Intendencia () Pacientes () otro, cual o quién: _____

II SALARIO

7. El salario que gana mensual le resulta:
Muy bueno () Bueno () Regular () Malo () Muy malo ()
8. De los siguientes, quién tiene mejor salario?
a) Mujeres b) Hombres c) Ambos
9. Alguna vez te han promovido para ganar algún estímulo económico o vacaciones extraordinarias
SI () No ()

III DISCRIMINACION POR GENERO

10. Crees que el trabajo de los profesionales médicos es mal valorado?
SI () No ()
11. Quién consideras está mejor adiestrado para el desempeño de áreas médico-clínicas?
a) Mujeres b) Hombres c) ambos
12. Quién consideras está mejor adiestrado para el desempeño de áreas médico-quirúrgicas?
b) Mujeres b) Hombres c) ambos
13. Quién consideras está mejor adiestrado para el desempeño de cargos médico-administrativos?
c) Mujeres b) Hombres c) ambos
14. En tu área de trabajo, la promoción a puestos de mayor jerarquía son otorgados frecuentemente a:
d) Mujeres b) Hombres c) ambos

IV ACOSO SEXUAL LABORAL

15. Alguna vez has padecido acoso sexual durante tu trayectoria profesional?

Si () No () Si su respuesta es negativa, pase a la pregunta No 17

16. Por parte de:

Mandos superiores () Jefe inmediato () Compañeros médicos(as) () Personal administrativo () Enfermera (o) () Camilleros ()

17. Quién te inspira mayor confianza en el otorgamiento de la atención médica?

Mujeres () b) Hombres () c) ambos ()

18. De requerir atención médica, prefieres ser atendido por:

a) Mujeres () b) Hombres () c) no tengo preferencia ()

V VIOLENCIA FAMILIAR Y DE PAREJA

19. Has tenido que renunciar a actividades académicas por compromisos familiares?

SI () No ()

20. Has tenido que rechazar propuestas de ascensos por atender a tu familia?

SI () No ()

21. Has renunciado a cursos de capacitación o actualización por motivos familiares?

SI () No ()

22. Horas diarias aproximadas que dedicas a labores de casa

Ninguna () De 1 a 5 () de 6 a 10 () Más de 10 ()

23. Tu pareja te apoya incondicionalmente para que te desempeñes en el ámbito laboral?

Siempre () Frecuentemente () A veces ()
Ocasionalmente () Nunca ()