

Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador

Tesis Doctoral

Rita del Carmen Bedoya Vaca

Doctorado en Metodología de la Investigación y Salud Pública

Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Preventiva

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Barcelona



Directora de Tesis

Dra. Natalia Romero Sandoval

Facultad de Ciencias Médicas,
de la Salud y de la Vida

Universidad Internacional del
Ecuador

Tutor

Dr. Miguel Martín Mateo

Unidad de Bioestadística

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de
Barcelona

2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador

Tesis

Presentada como requisito para optar al Título de Doctora

Universidad Autónoma de Barcelona

Ciencias de la Salud

Elaborada por

Rita Bedoya Vaca

Facultad de Medicina

Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Preventiva

2015

Directora de Tesis

Dra. Natalia Romero Sandoval

Facultad de Ciencias Médicas, de la Salud y de la Vida

Universidad Internacional del Ecuador

Red GRAAL

Tutor

Dr. Miguel Martín Mateo

Unidad de Bioestadística

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Barcelona

Red GRAAL

Elaborada por

Rita Bedoya Vaca

Doctorado en Metodología de Investigación Biomédica y Salud Pública

Universidad Autónoma de Barcelona

Directora

Natalia Romero Sandoval, MD PhD

Facultad de Ciencias Médicas, de la Salud y de la Vida

Universidad Internacional del Ecuador

Red GRAAL

Tutor

Dr. Miquel Martin Mateo

Profesor Emérito

Unidad de Bioestadística

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Barcelona

Red GRAAL

Foto portada: Aleksii Siirtola. Tercer puesto. Concurso ONU por la igualdad de género.

Diseño: Rita Bedoya Vaca

Sistema de Clasificación de Materias (IBIC)

MBN Salud Pública y Medicina Preventiva

MBD Profesión Médica

JFSJ Estudios de Género y grupos de género

KJM Gestión del sector público

Cita Recomendada

Bedoya Vaca Rita, (2015) Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador. Tesis de doctorado. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología y de Medicina Preventiva.

Correspondencia

Rita Bedoya Vaca

rbedoyaec@yahoo.com

Resumen

Introducción: Las facultades de medicina de Ecuador muestran un incremento de la matrícula femenina. El Plan Nacional del Buen Vivir, pretende un cambio en el modelo de desarrollo económico y social, enfatiza las políticas de equidad de género y amplía los servicios públicos de salud. Estas acciones requieren insertar, de manera inmediata, un mayor número de profesionales; sin embargo, la falta de médicos especialistas en el sistema sanitario público ha sido reconocida como una debilidad del proceso.

Objetivo: Cuantificar la distribución de la condición de egreso por cohortes de los estudiantes de medicina a nivel nacional y la distribución por sexo de los médicos funcionarios públicos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador relacionado a la tasa de puestos vacantes; y explicar, utilizando la teoría fundamentada, la interacción de la feminización de la profesión médica, el ejercicio profesional y la inserción laboral pública a partir de los discursos de los y las estudiantes de posgrado y de los médicos/cas especialistas en ejercicio, integrantes del sistema sanitario público y privado en el año 2014.

Metodología: Se realizaron dos estudios, uno *cuantitativo* que analizó una base de datos nacional, con aspectos demográficos y laborales de médicos/as, en la franja de edad de 25 a 30 años de edad, insertos en el sistema sanitario público, en los años 2.008 y 2.012 y el número de plazas y puestos vacantes en el mismo periodo; y la otra base de datos, correspondiente a estudiantes de las 22 facultades ecuatorianas de medicina, cohorte 2.008 al 2013, en las cuales se calculó el Índice de Paridad de Género (IPG). La descripción de las variables se hizo con proporciones y se infirió con $IC_{95\%}$ siguiendo la distribución binomial, en el software SPSS v.21. El estudio *cualitativo* fue interpretativo-explicativo, mediante entrevistas en profundidad a profesionales especialistas del sistema público y del privado; y, entrevistas grupales a estudiantes de posgrado de universidades públicas y privadas se codificaron sus discursos, de manera inductiva se construyó una potencial explicación de la falta de inserción de médicos/cas en el sistema público. La perspectiva utilizada fue el enfoque de género y se apoyó el análisis en el software Nvivo.

Resultados: El IPG en los médicos/as del MSP en el año 2.008 y en el 2.012 fue 2,36 ($IC_{95\%}$ 1,89-3,03) y 1,41 ($IC_{95\%}$ 1,29-1,54), respectivamente. El IPG de egreso de las facultades de medicina fue significativamente menor respecto al del ingreso. Del 2.008 al

2.012 aumentó 6.1 veces el número de puestos para médicos/cas, en el sistema público, que no se llenan; en el mismo periodo, el incremento de plazas fue 31,1%.

No se registró discriminación de género al elegir la carrera de medicina, pero sí fue notoria en la elección de la especialidad y durante el ejercicio profesional, la misma que procede principalmente de los pacientes, de quienes su reconocimiento es fundamental en la construcción del oficio médico y guía la decisión en la selección del ámbito de trabajo. Existen especialidades consideradas propias para la mujer; y otras, como las quirúrgicas, son asequibles al hombre, tanto en el ámbito público como en el privado. Las mujeres médicas han asumido la maternidad como un *habitus* exclusivo de ellas; y, consideran que es su principal responsabilidad y realización personal; sin embargo, limita la construcción del oficio médico.

Conclusión: En la educación médica inician más mujeres que hombres; sin embargo se gradúan menos mujeres en las universidades privadas. En el sistema sanitario público se registró más mujeres médicas que hombres; sin embargo en cinco años la razón hombre/mujer ha disminuido. En la construcción del oficio médico inciden de manera determinante el género, las oportunidades que brinden el contexto académico; y, el capital social, económico y el cultural. Las médicas pobres y con hijos son las que tienen menor oportunidad de desarrollo profesional; en cambio, los hombres con capital, social, económico y cultural prefieren el sistema privado por sentir que se realizan en el oficio médico, mientras que en el sistema público se convierten en burócratas de la medicina. En los dos sistemas se presenta segregación vertical y horizontal para las médicas; sin embargo, el sistema público brinda mayores oportunidades para el ejercicio profesional de las mujeres cirujanas.

Palabras clave: médico/género, Ecuador, investigación cualitativa, patrones de práctica, internado y residencia.

Summary

Introduction: Ecuadorian medical schools have experienced an increase in female students. The Ecuadorian National Plan for Well-being seeks a change in the model for economic and social development, emphasizing policies that promote gender equity and expand public health services. These policies demand an immediate increase in the number of health professionals in the public system; however, the lack of medical specialists in the public health system has been recognized as a weakness in this process.

Objective: Quantify the gender distribution nationally of medical school graduate cohorts and within the Ministry of Public Health of Ecuador in terms of vacant posts; and explore, using grounded theory, the interaction between feminization of the medical profession, professional practice, and participation in the public health sector through narratives from post-graduate students and practicing medical specialists that work in the public health system and the private sector in 2014.

Methodology: Two studies were done. One was quantitative and utilized two databases: 1) a database that had demographic and employment information about physicians aged 25-30 years old who worked in the public health system in 2008 and 2012 and the number of positions and vacant (unfilled) positions in the same period; 2) and the other database, corresponding to students from 22 Ecuadorian medical schools, 2008-2013 cohort, from which the Gender Parity Index (GPI) was calculated. Descriptive statistics included proportions and 95% confidence intervals ($CI_{95\%}$) using binomial distribution in SPSS software v. 21. The qualitative study was interpretive-explanatory and used: 1) in-depth interviews with medical specialists in the public and private systems; and, 2) focus group interviews with postgraduate students at public and private universities. Interview and focus group transcripts were coded and inductive approaches were used to develop a potential explanation for the lack of physician participation in the public sector. A gender focus was used to interpret the data and NVivo software was used to code and analyze the data.

Results: The GPI among doctors in the Ministry of Public Health in 2008 and 2012 was 2.36 ($CI_{95\%}$ 1.89-3.03) and 1.41 ($CI_{95\%}$ 1.29-154), respectively. The GPI among medical school graduates was significantly lower than among the same group as entrants. From 2008 to 2012 the number of vacant physician positions in the public system increased 6.1 times; in the same period, the number of positions increased 31.1%.

There were no gender discrimination when electing medicine as a career, but it was important when choosing specialty and during professional practice, mostly because of patients, whose recognition is fundamental in the construction of physician identity and guides decisions in the selection of work environment. There are specialties that are

considered particularly appropriate for women; and others, like surgery, are more accessible to men, in both public and private sectors. Women physicians have assumed maternal roles as a *habitus* that is exclusively theirs; and consider that it is their principal responsibility and important for personal fulfillment; nevertheless, this limits development of the overall medical profession.

Conclusion: More women than men start studying medicine; nevertheless, fewer women graduate than men in private universities. In the public health system, there are more women physicians than men; nevertheless, in five years, the ratio of men to women has decreased. In the construction of the physician role, gender plays a critical role and influences the opportunities that result from academia and social, economic, and cultural capital. Women physicians who come from low socio-economic circumstances and already have children have fewer opportunities for professional development; in contrast, men with social, economic, and cultural capital prefer the private system, where they can feel accomplished in their roles as physicians, while in the public system, they become medicine bureaucrats. In both systems, there is vertical and horizontal segregation for women physicians; nevertheless, the public system provides more opportunities for women surgeons to exercise their profession.

Key words: physician/gender, Ecuador, qualitative research, practice patterns, internship and residency.

DEDICATORIA

A mi madre, primera mujer de mi vida, campesina luchadora, mujer fuerte que manejó su vida y su muerte con entereza y dignidad.

A mi compañero de vida, por ser quien es. Hombre íntegro, respetuoso, solidario, generoso y soñador.

A mi hija y mi nuera, mujeres que caminan con los pies en la tierra construyendo y acompañando sueños.

A los hombres de mi familia, Victoriano, Raulin, Cris, Nicolás y Amaru por brindarme la esperanza de que otro mundo es posible.

A Lucy y Rich, amigos y mentores, solidarios compañeros de camino.

AGRADECIMIENTOS

Mi eterna gratitud a:

- Natalia Romero Sandoval, mi Directora de tesis, por su generosidad, respeto, paciencia, por ser ejemplo de coherencia y honestidad.
- Katy Pitkin Drouse por su generosidad y ser ejemplo de trabajo comprometido y coherente.
- A mi tutor Miquel Martin, por su apoyo y orientación
- A David Acurio Viceministro de Salud de Ecuador por su apoyo para contar con el tiempo que me permitió realizar esta investigación.
- Al Ministerio de Salud Pública de Ecuador por brindarme las facilidades para realizar esta investigación, en especial al Director del Distrito 17D03, Dr. Efraín Arguello.
- A la red GRAAL por el apoyo económico que me brindó para el trabajo de campo.
- A los médicos y médicas que participaron en esta investigación brindándome su tiempo y sus reflexiones.
- A Pedro Martínez compañero de camino que me ayudó a editar los primeros borradores de la tesis.
- A Nuria Pleguezuelo por su generosidad, amistad y por abrirme su casa.
- Yura Guajan por su apoyo en las transcripciones de todas las entrevistas

Contenido

Resumen.....	iii
Summary.....	v
Generalidades.....	6
CAPITULO UNO	11
1. Introducción.....	11
1.1. Profesión médica: contexto y evolución de la distribución por sexo	11
1.2. Construcción del oficio de ser médico/a.....	15
1.3. Contrato social del médico.....	19
1.4. Enfoque de género y feminización de la profesión médica	20
1.5. Ecuador en aspectos de interés para esta investigación.....	21
1.5.1. Características sociales, demográficas y económicas.....	21
1.5.2. Formación médica en Ecuador.....	22
1.5.3. Sistema de salud ecuatoriano	23
2. Planteamiento del Problema.....	24
3. Preguntas de estudio.....	25
3.1. Pregunta general	25
3.2. Preguntas específicas.....	25
4. Justificación	26
5. Objetivo general del estudio.....	27
CAPITULO DOS.....	29
2. Materiales y métodos	29
2.1. Diseño cuantitativo	29
2.1.1. Tipo de estudio.....	29
2.1.2. Población.....	29
2.1.3. Variables	29
2.1.4. Instrumentos.....	29
2.1.5. Análisis estadístico	29
2.2. Diseño cualitativo	29
2.2.1. Tipo de estudio.....	29
2.2.2. Población y muestreo	30
2.2.3. Categorías de análisis	30
2.2.4. Instrumentos.....	30
2.2.5. Análisis.....	30
2.3. Financiamiento	31
2.4. Aspectos éticos	31
CAPÍTULO TRES.....	32
3. Estudio cuantitativo: Índice de paridad de género en salud, Ecuador 2008-2013	32
3.1. Introducción.....	32
3.2. Preguntas de investigación.....	36
3.3. Objetivo general.....	36

3.4.	Objetivos específicos.....	36
3.5.	Hipótesis.....	37
3.6.	Materiales y métodos.....	37
3.6.1.	Diseño.....	37
3.6.2.	Población.....	37
3.7.	Instrumentos.....	37
3.7.1.	Variables de estudio.....	38
3.7.2.	Análisis estadístico.....	38
3.8.	Resultados.....	38
3.9.	Discusión.....	40
CAPITULO CUATRO.....		43
4.	Estudiocualitativo: Profesión médica, género e inserción laboral en el Ecuador, 2014	43
4.1.	Introducción.....	43
4.1.1.	Profesión médica.....	43
4.1.2.	Género.....	48
4.1.3.	Patriarcado.....	50
4.1.4.	Feminismo.....	50
4.1.5.	Profesión médica y enfoque de género.....	53
4.2.	Preguntas de investigación.....	57
4.3.	Objetivo general.....	58
4.3.1.	Objetivos específicos.....	58
4.4.	Materiales y métodos.....	58
4.4.1.	Tipo de estudio.....	58
4.4.2.	Población.....	59
4.4.3.	Población en el diseño proyectado.....	60
4.4.4.	Diseño muestral.....	61
4.4.5.	Estrategias de reclutamiento de la muestra.....	61
4.4.6.	Criterios de inclusión.....	62
4.4.7.	Criterios de exclusión.....	62
4.4.8.	Codificación.....	62
4.4.9.	Instrumentos sigue.....	63
4.4.10.	Proceso de la investigación.....	63
4.4.11.	Diseño emergente.....	64
4.4.12.	Estrategia de análisis.....	65
4.4.13.	Control de calidad.....	66
4.5.	Aspectos éticos.....	66
4.6.	Resultados.....	67
4.6.1.	Percepciones sobre conceptos de género y sexo.....	67
4.6.1.1.	Subcategoría género y sexo.....	67
4.6.1.2.	Subcategoría feminización.....	68

4.6.2. Percepción de la formación médica.....	69
4.6.2.1. Subcategoría vocación de servicio	70
4.6.2.2. Subcategoría modelaje.....	70
4.6.2.3. Subcategoría autonomía en la elección.....	71
4.6.2.4. Subcategoría profesión rentable.....	72
4.6.3. Percepciones sobre significados que circunscriben la elección de la especialidad médica	72
4.6.3.1. Subcategoría afinidad y disponibilidad de recursos económicos	73
4.6.3.2. Subcategoría oportunidad y no disponibilidad de recursos económicos	73
4.6.3.3. Subcategoría motivación y maternidad.....	74
4.6.4. Percepciones sobre el desempeño de la práctica profesional médica	76
4.6.4.1. Subcategoría aspectos administrativos en el ejercicio profesional.....	77
4.6.4.2. Subcategoría conciliación entre la vida personal y profesional	78
4.6.4.3. Subcategoría monitoreo de actividades domésticas	81
4.6.5. Percepción sobre ventajas y desventajas en torno a la elección de trabajo en el sistema público o en el sistema privado	84
4.6.5.1. Subcategoría oportunidades de trabajo en el sistema privado.....	84
4.6.5.2. Subcategoría desventajas de trabajar en el sistema privado	87
4.6.5.3. Subcategoría ventajas del sistema público	90
4.6.5.4. Subcategoría desventajas de trabajar en el sistema público.....	93
4.7. Discusión.....	96
4.7.1. Percepciones sobre conceptos de género, sexo y feminización	97
4.7.2. Percepciones sobre conceptos de formación de la profesión médica	99
4.7.3. Percepciones sobre conceptos que circunscriben la elección de la especialidad médica	101
4.7.4. Percepciones sobre conceptos de práctica profesional médica.....	106
4.7.5. Percepciones sobre ventajas y desventajas para trabajar en el sistema público o en el sistema privado	109
CAPÍTULO CINCO.....	114
5. Discusión general.....	114
5.1. Discusión.....	114
5.2. Implicaciones del estudio.....	125
5.2.1. Para la formación.....	125
5.2.2. Para la gestión	126
5.2.3. Para la política pública	126
5.2.4. Limitaciones del estudio.....	127
CAPÍTULO SEIS.....	128
Conclusiones.....	128
Bibliografía	131
Anexos	143

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3. 1. Índice de Paridad de Género IPG en universidades Públicas.....	40
Gráfico 3. 2. Índice de Paridad de Género IPG en universidades privadas.....	40
Gráfico 4. 1. El oficio de ser médico.....	113

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 3. 1. Distribución de variables y bases de datos utilizadas en el estudio.....	38
Cuadro 3. 2. Distribución por género y ocupación de puestos de trabajo de las y los funcionarios del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, grupo 25 a 30 años.....	38
Cuadro 3. 3. Índice de Paridad de Género de los estudiantes de la cohorte 2.008-2.013 de las universidades públicas y privadas.....	39
Cuadro 4. 1. Características demográficas y sociales de los participantes	60
Cuadro 4. 2. Codificación de los participantes	63
Cuadro 4. 3. Categorías y subcategorías.....	65

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado y declaración del participante	143
Anexo 2 Carta de aprobación del Comité de Bioética	146
Anexo 3 Guía de entrevista	147
Anexo 4 Entrevista en profundidad profesional médico	148
Anexo 5 Entrevista grupal.....	151
Anexo 6 Artículo publicado en la Revista Cubana de Salud Pública.....	159

Generalidades

La profesión médica es el ejercicio científico y humanístico, en el que se cultiva la relación entre médicos y enfermos, en un sistema complejo, y que ha cambiado de manera acelerada en los últimos 20 años,(1)entre esos cambios se registra el involucramiento de mayor número de mujeres. La relación entre médicos y enfermos que dominó durante varios decenios estuvo centrada en el modelo paternalista,¹la misma que ha sido sustituida por un modelo autonomista², paso que requirió de una transformación en varios ámbitos del campo profesional³ médico, lo que ha llevado a pasar de una relación bipolar entre médico y paciente, a una relación horizontal y colectiva.(2)

En la actualidad, la relación médico/paciente identifica al menos tres actores principales, cada uno de ellos con roles distintos: 1. El enfermo, que ha pasado de ser un receptor pasivo de las decisiones que el médico tomaba, a un agente con derechos bien definidos y capacidad de decisión autónoma, es él quien finalmente decide que procedimientos diagnósticos y que terapéutica realiza. 2. El médico, que de ser conocedor de la verdad y capaz de aconsejar qué hacer, se ha transformando en un asesor técnico de sus pacientes, a quienes ofrece sus conocimientos y consejos, y que reconoce que éstos potencialmente pueden no ser asumidos por los pacientes; y, 3. La relación clínica, que se ha colectivizado al entrar en escena múltiples profesionales sanitarios, y múltiples tecnologías médicas que influyen en la toma de decisiones. (3)

En este entorno de inter relaciones (campo profesional), el paciente tiene una representación social⁴ del médico influenciada por diversas circunstancias, considera que el profesional médico idealmente debe ser hombre, estudioso, altruista, conocedor profundo

¹ Modelo paternalista, se refiere a la relación que se establecía entre el médico y el paciente en la cual el médico asumía la responsabilidad total de las decisiones que debían tomarse en relación a su problema de salud.

² Modelo autonomista, se refiere a la relación en la cual el paciente luego de haber sido informado sobre las ventajas, desventajas y riesgos de cada procedimiento o terapéutica, toma la decisión de realizar o no; es decir, la relación ya no es vertical sino horizontal y quien finalmente decide es el paciente.

³Bourdieu define al campo social como los espacios dinámicos y estructurados que tienen reglas propias. En esta investigación el campo profesional médico será entendido como campo social.

⁴ Según Moscovici y Jodolet (1.990) Las representaciones sociales, son siempre de alguien, en este caso la que los pacientes tengan de su médico, su función es expresar lo que piensan. Su estudio en este caso permitiría acceder a los significados que los pacientes atribuyen a un su médico, y permitiría examinar cómo tales significados están articulados a sus intereses, sus deseos y sus emociones, así como al aprecio que tengan por un profesional hombre o mujer.(4,5)

del funcionamiento de su cuerpo, capaz de tomar decisiones con criterio científico y ético, priorizando el bien del paciente y la población.(6)

Si bien tanto médicas y médicos, así como los otros profesionales de la salud, han incursionado en una inter relación horizontal, diversos estudios muestran que aún se mantiene un esquema de actuación basado en un modelo paternalista, con referentes patriarcales, puesto que en la formación de su oficio profesional, tanto en las estructuras académicas, las mallas curriculares, como en los modelos de aprendizaje, en su esencia, se han conservado prácticamente sin cambios en los últimos cien años.(7,8)

En términos sociológicos, estas inter relaciones están influenciadas por el capital social,⁵ capital cultural⁶ y capital económico,⁷ y que junto con el género, construcción social que influencia en forma directa en las decisiones que hombres y mujeres toman a lo largo de su ciclo vital, determinan la construcción del oficio de ser médico; es decir, de la formación profesional. En esta trayectoria se identifican, al menos, tres hitos importantes: la motivación para elegir la profesión, la elección de la especialidad y la elección del ámbito laboral en el cual, médicas y médicos, ejercerán la profesión.(9–11)

Ecuador no está ajeno a esta realidad, y más aún en el actual momento histórico. El gobierno vigente para el periodo 2.007-2.017⁸ ha propuesto diversos cambios radicales y ha asumido aspectos fundamentales como lineamientos que crucen a todas las estrategias y acciones, una de ellas es la equidad de género en general, más aún en las áreas administrativas públicas.(13)

El principal objeto del cambio, posiblemente, ha sido la redistribución de la riqueza focalizada hacia los grupos más pobres. Los sectores en los que se reflejan tales cambios son la conectividad que implica mejores carreteras, acceso a internet; así como, la educación y la salud que se transforman de manera radical en todos sus niveles, para lo

⁵Capital social: son recursos por lo regular intangibles basados en pertenencia a grupos, relaciones, redes de influencia y colaboración. Bourdieu describe el capital social como "un capital de obligaciones y relaciones sociales".

⁶Capital cultural: son las formas de conocimiento, educación, habilidades, y ventajas que tiene una persona y que le dan un estatus más alto dentro de la sociedad. En principio, son los padres quienes proveen al niño de cierto capital cultural. También se refiere a las características que comparte los miembros de una sociedad, tradiciones, formas de gobierno, distintas religiones, etc.

⁷Capital económico: es tener cierto control sobre recursos económicos. Este tipo de capital es convertible en dinero, y es una fuente esencial del poder político y la hegemonía.(9)

⁸ El presidente Correa fue elegido para cumplir su primer período en el 2.007, luego de la aprobación de la constitución del 2.008, se convocó a elecciones y ganó la presidencia para cumplir el período 2.009 al 2.013. Nuevamente ganó las elecciones para cumplir un segundo período 2.013 al 2.017. Al momento la Constitución política de Ecuador permite solamente dos períodos consecutivos de elección.(12)

cual ha aumentado la asignación presupuestaria y ha generado un conjunto de leyes, normas y programas que regulan su funcionamiento. (14)

En cuanto a la educación superior en el sector público se ha implementado la educación gratuita. Respecto a la carrera de Medicina se basa en un examen de ingreso, y las facultades de Medicina son objeto de un conjunto de normas que pretenden afianzar procesos de calidad en la educación sanitaria (15). El sistema sanitario público dejó de ser un sistema basado en el copago por parte de los usuarios, ha aumentado la cobertura de los servicios sanitarios y ha incrementado la oferta de puestos de trabajo.(16)

La gestión del gobierno ecuatoriano ha generado varias estrategias para que los profesionales ingresen al sistema público sanitario, entre ellas constan contratos ocasionales que duran dos años, concursos de méritos que garantizan permanencia laboral, contratos de becas y devengación de becas⁹, además un programa de becas para realizar especialidades y subespecialidades en el exterior y el programa que motiva el retorno de los profesionales médicos que se encuentran ejerciendo fuera del país.(18)

Si bien el panorama nacional aparentemente se muestra atrayente para un mejor funcionamiento del país en general, y del sistema sanitario en particular, varias acciones dan cuenta de momentos críticos. En Ecuador se visualizan al menos cuatro acciones, en el marco de las políticas de recursos humanos y de la organización del trabajo que han llevado a un estado de preocupación.

El primero, en el año 2010, fue la "compra de renuncias a los médicos en edad de jubilación", generó la salida del sistema público de varias decenas de médicos y médicas, sin la transferencia de conocimientos y experiencia de manera planificada, lo que ocasionó, entre otros aspectos, descontento en el entorno de la profesión médica y un alto número de puestos vacantes.(19)

El segundo evento fue la acción tomada por el Ministerio de Relaciones Laborales (MRL), que mediante la Resolución No. MRL-2.011-000033 expedida el 2 de febrero del 2011, dispuso que el personal de salud, incluye médicos, odontólogos, enfermeras, psicólogos clínicos, tecnólogos médicos y obstetras deben cumplir la jornada laboral de ocho horas diarias efectivas y continuas, en dedicación exclusiva.(17)

⁹Los médicos que han realizado un postgrado, con una beca del gobierno, están obligados a permanecer durante nueve años en el sistema público. Durante este periodo, reciben el sueldo y beneficios de ley conforme la legislación.(17)

Un tercer suceso fue que desde el año 2.011 se inició la contratación de servicios sanitarios a proveedores privados, con costos heterogéneos entre los diversos subsistemas¹⁰ del país; y, un cuarto acontecimiento, en el año 2.014, fue la penalización de las acciones de los médicos y médicas, como parte de las modificaciones a la Ley del Código Integral Penal, lo que originó malestar en los profesionales que mantuvieron largas sesiones de debate y disputa con el gobierno, sin que sus propuestas hayan sido aceptadas.(18)

Respecto a la equidad de género, hasta el año 2.006, no existen datos que permitan un análisis con este enfoque; los registros de datos de la educación superior no exploraban esta variable y en los informes internacionales la característica permanente fue el no dato. Las acciones del gobierno, respecto a este tema, se centran en la promoción de la discriminación positiva para ocupar cargos de elección popular, lo que se observa en una mayor presencia de mujeres en los cargos de altas autoridades en el gobierno central, así como regionales y locales.(20)

El análisis de la razón hombre/mujer en la profesión médica y los significados que médicos y médicas tengan sobre la construcción de su profesión, así como las consecuencias que se generen de estas características en los procesos de selección para optar por trabajar en el sector sanitario público motivó el presente estudio. En este trabajo se buscó entender y explicar cómo se interrelaciona la razón hombres/mujeres en la profesión médica y la inserción laboral pública en Ecuador, desde la construcción social de lo femenino y masculino; es decir, desde el enfoque de género.

Para este fin se presenta en el capítulo primero una descripción de la situación laboral de los/as médicos/as a nivel mundial, en Latinoamérica y en Ecuador, se delinearán la construcción del oficio de ser médico/a, el cambio que ha tenido el contrato social del médico, así como las razones por las cuales se utiliza la categoría género en el planteamiento de esta investigación.

Este estudio se centra en el enfoque cuantitativo y cualitativo de la investigación científica, como métodos complementarios, con el fin de proponer perfiles que expliquen la motivación para estudiar medicina, la elección de la especialidad así como la elección del ámbito

¹⁰ Los subsistemas son sector público que incluye el Ministerio de Salud Pública, el Instituto de Seguridad Social, el Instituto de las Fuerzas Armadas y el de Policía. El sector privado está compuesto por organizaciones sin fines de lucro como la Junta de Beneficencia y diferentes ONGs y los con fines de lucro conformados por consultorios privados individuales y consorcios médicos.

público o privado para ejercer la profesión desde la perspectiva de género, aspectos metodológicos que se muestran en el capítulo dos.

En el capítulo tres se presenta el componente cuantitativo: Índice de Paridad de Género en la inserción laboral pública en el Ecuador y en el capítulo cuatro el componente cualitativo: Profesión médica, género e inserción laboral en Ecuador. En el capítulo cinco se desarrolla una discusión global, así como se presentan las limitaciones al estudio. Finalmente en el capítulo seis se presenta las conclusiones y recomendaciones finales.

CAPITULO UNO

1. Introducción

1.1. Profesión médica: contexto y evolución de la distribución por sexo

La profesión médica es la ocupación en la que, aplicando un cuerpo de conocimiento especializado, tanto hombres como mujeres, afrontan los problemas relacionados a la salud y a la enfermedad, y en la que prima el espíritu de servicio en busca del beneficio del enfermo (1). Esta conceptualización, actual, es el producto de largos años de cambios.

Durante el siglo XVIII, la profesión médica se desarrolló como una actividad de filantropía, la enfermedad fue vista como consecuencia del pecado; y, la asistencia al enfermo como una actividad de caridad. En este encuentro entre médicos y enfermos, las mujeres tuvieron un papel preponderante, ya sea como enfermeras o como religiosas, trabajando en los hospicios en los cuales se cuida de los enfermos. A esta etapa le siguió un momento en el que la medicina inició una práctica clínica, buscó desligarse de las creencias religiosas, para incorporar el conocimiento empírico que, en el campo médico, se desarrolló con gran intensidad (21).

La mujer, a inicios del siglo XIX, se integró a la educación formal, especialmente en el campo de la docencia, asistencia contable y administración; sin embargo, para el campo sanitario, siguió siendo la enfermería su opción; es decir, las profesiones afines al cuidado del hogar y de apoyo en las empresas fueron aquellas en las que incursionaron las mujeres. En América Latina, para esta época, se abrieron los colegios normalistas y las escuelas de enfermería, se reitera que la presencia de la mujer en las escuelas de medicina fue aislada (3,21,22).

La profesión médica, en el siglo XIX, incorporó la investigación empírica al ejercicio clínico. Se conformaron los colegios profesionales, que fueron los encargados de dar aval a la formación médica. Si bien la formación médica fue un campo reservado para los hombres, en 1.849, por primera vez, una mujer se graduó como médica en los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU). En 1.876 el parlamento inglés permitió que la mujer ejerza la medicina; y en América Latina, en 1.887 en Chile, y en 1.920 en Ecuador, se graduaron las primeras médicas mujeres (23).

Para el siglo XXI se evidencian importantes cambios en el campo de la medicina, pero de manera particular cambios demográficos que determinan directamente nuevas necesidades. En general en el mundo, la población aumenta su tasa de envejecimiento, con una marcada disminución de la tasa de natalidad; por tanto, la tasa de recambio poblacional, de manera particular en los países desarrollados, no llega a suplir las necesidades de los sistemas de salud. Estos cuentan con un número de médicos/as por debajo de sus necesidades, razón por la que implementan programas de estímulo para la emigración profesional (24–26).

La migración internacional de los trabajadores de la salud es parte de un proceso de movilidad que está presente en el sector desde hace muchos años, y es parte de las estrategias para lograr estudios de postgrado e inserción laboral.

Si bien la movilidad global en el mundo es un problema, a su vez es una estrategia. Según datos de la Organización Internacional de Migraciones (OIM), para el año 2.010, una de cada 33 personas en el mundo es un migrante, su trabajo contribuye a equilibrar y sostener las economías de los países más pobres, a través de las remesas que para ese año alcanzaron los 316.000 millones de dólares, según cifras del Banco Mundial (2.011).(26) Sin embargo, a la vez se producen situaciones perversas; para ese mismo año, 57 países no logran tener el mínimo requerido de profesionales de la salud, porque ellos migran a los países más ricos, produciéndose un subsidio inverso de la formación profesional, desde los países pobres hacia los países ricos.(25)

En Europa y Canadá se cuenta con políticas migratorias que favorecen especialmente a las personas altamente capacitadas, estos países mantienen un programa para captar personal calificado de salud, sobre todo enfermeras/os latinoamericanos. Además EEUU, la Unión Europea (UE), Canadá, Australia y Japón mantienen programas de becas para estudiantes extranjeros, sobre todo de posgrado, que se constituyen en espacios que desencadena un proceso migratorio definitivo o temporal. (27)

Según el informe de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) 2.007, en los Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia, entre el 25% y el 28% de los médicos que ejercen en esos países son graduados en el exterior, y entre el 40% y el 75% de esos médicos, provienen de países pobres. (27)

En términos globales, a pesar de lo atractivo de la profesión médica en los países más desarrollados, ha disminuido el interés de los jóvenes por estudiar profesiones relacionadas con el cuidado de la salud; y como ya se indicó, los países pobres están sufriendo las

necesidades, en términos de recursos humanos, a los países ricos que ofrecen remuneraciones más altas en comparación con los países de formación. La desigualdad estructural en cuanto a remuneración se refiere, marca estos procesos de movilidad, así como la formación que el oficio de médico exige al requerir estudios de especialidad y subespecialidad que no son posibles de lograr en sus países de origen. (28)

Un ejemplo de motivación y regulación de la movilidad internacional de los médicos, desde una política de estado lo constituye Cuba. A través del “Programa Integral de Salud del Gobierno de Cuba para los países de América Latina y África” se ofrece recursos humanos en salud para los países que así lo ameriten; en el caso de Ecuador, el ingreso de profesionales de la salud procedentes de Cuba ha sido fluido y amplio en los últimos diez años, tanto para apoyo docente, como para el fortalecimiento de programas de atención a pacientes, considerados prioritarios. Otro aspecto importante de la cooperación con Cuba es la formación de medicina para estudiantes provenientes de familias pobres latinoamericanas, actividad que se realiza mediante sistemas de becas en la Escuela Latinoamericana de Medicina (29).

Ecuador presentó en 1.999 una emigración masiva de médicos a Chile para insertarse en el primer nivel de atención del sistema de salud, el mismo que tenía dificultades para incorporar a profesionales nacionales debido a que sus médicos preferían trabajar en otros niveles de atención. (30)

Desde el año 2.000, en Ecuador se registra un claro estímulo para la llegada de flujos inmigratorios intrarregionales, migración que incluye médicos/as, posiblemente influenciado por el hecho de una economía dolarizada, instaurada en el año 1.999. A ese factor se añade el hecho de que en el marco legal de la Constitución Política del año 2.008 se introducen artículos que propugnan el “principio de ciudadanía universal y la libre movilidad de todos los habitantes del planeta” (Artículo 416). Además, todos los extranjeros que se encuentren en territorio ecuatoriano tienen “los mismos derechos y deberes que los/as ecuatoriano/as” (Artículo 9); este hecho potencialmente facilita el que médicos de otros países vengan a Ecuador. (31)

Según el Censo de Población y Vivienda del 2.010, en el país viven 195.175 extranjeros, cifra que representa el 1,4% del total de la población. Entre los principales países de origen de los inmigrantes se encuentran: Colombia (93.237), EEUU (16.869), Perú (16.737), España (15.252), Cuba (7.004), Venezuela (4.944), Chile (4.518), Italia (3.497) y China

(3.016); sin embargo no existen datos oficiales sobre la cantidad de médicos/as extranjeros ejerciendo en Ecuador. (32)

En el año 2.012 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), reconoció la falta de médicos /cas especialistas interesados en trabajar en el sistema público, por lo que entre algunas acciones políticas, con carácter remedial, se destaca la creación del plan “Ecuador saludable, vuelvo por ti”, programa que estuvo dirigido a los médicos/as y enfermeras/os que residen en el exterior, así como a aquellos que retornaron al país en un periodo corto de tiempo previo a la implementación del indicado plan, el mismo que fue fuertemente direccionado hacia países como España, Italia y Chile. El objetivo de este plan fue incorporar a esos profesionales de la salud a la Red Pública Nacional de Salud y llenar las más de 1.500 plazas vacantes para especialistas en todas las ramas. (33)

En Ecuador según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), para el año 2.013, existen 26.370 médicos, de los cuales 12.519 (47%) trabajan en el sector público y 13.851 (53%) trabajan en el sector privado. Para este mismo año la tasa de médicos por cada 10.000 habitantes en Ecuador fue 16,5 por 10.000 habitantes, mientras que la recomendada a nivel internacional es 21 por 10.000 (32). Si bien, en términos nacionales, este indicador ubica a Ecuador en un país con menos médicos que en el promedio mundial, existen áreas con tasas tan bajas como de 10,3 por 10.000 y tan altas como 33,6 por 10.000.(34)

Ecuador también ha propiciado la incorporación de recursos humanos de alta calificación, con el programa “Prometeo: Viejos Sabios” desarrollado por la Secretaria Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT), programa creado con el fin de recuperar capital humano calificado con capacidades de investigación científica para insertarse temporal o definitivamente en las instituciones públicas de educación superior y en hospitales de alto nivel de complejidad. Este programa está dirigido a extranjeros y ecuatorianos residentes en el exterior, con títulos de doctorado, expertos en ciencia y tecnología.(15)

La formación y el ejercicio de la profesión médica en cada país, independientemente de la organización y distribución que la identifique, son distintos para hombres y mujeres. Un estudio realizado en la ciudad de Barcelona en el año 2.008, encontró que el número de mujeres médicas trabajando con contratos temporales fue el doble del número de hombres en esta misma condición laboral; menos del 50% de mujeres en comparación con el 75% de hombres logran trabajo permanente. En este estudio, un tercio de las mujeres, en

comparación con los hombres, alcanzó el grado de consultor; es decir, se encontraron diferencias significativas en las condiciones laborales entre hombres y mujeres, fenómeno al que se le ha denominado “tuberías con fugas”. (35)

En Reino Unido, para el año 2.007, el número de mujeres médicas llegó a ser el 57% de los profesionales en ejercicio; se observa que las mujeres buscan especializarse en áreas en las cuales es posible programar de mejor manera su tiempo, como las especialidades clínicas, y se ha encontrado que las médicas que escogen especialidades quirúrgicas o que deben desarrollarse en un ámbito hospitalario tiene una tendencia a trabajar a tiempo parcial, en una modalidad de médico de llamada. Esta situación determina un menor involucramiento de las mujeres en actividades de liderazgo o investigación que exige mayor tiempo de trabajo. (35)

En Ecuador según el Censo de Población y Vivienda del año 2.010, la razón hombre/mujer fue 0,49.(36) Datos sobre la distribución de médicos generales y especialistas estratificado por sexo históricamente no ha sido de interés en Ecuador, únicamente desde el año 2.010 la SENESCYT propicia el registro de la variable sexo para cuantificar y caracterizar al recurso humano calificado, en general, y en salud de manera particular; sin embargo, no existen datos que den cuenta de esta realidad.(37)

1.2. Construcción del oficio de ser médico/a

Las facultades de medicina en Ecuador, al igual que en otros países, organizan sus planes de estudio en etapas.(38) La primera es las ciencias básicas. En este nivel se busca sentar las bases mediante el conocimiento de bioquímica, biología, histología, anatomía, morfo fisiología. El objetivo de esta etapa de formación es que, los estudiantes aprendan a nombrar las partes del cuerpo y conocer su funcionamiento, adquirir los códigos de comunicación; es decir, el argot propio del médico lo que le permite entrar en el oficio. Este aspecto de la malla curricular no ha variado en décadas y está presente incluso en las descripciones que Foucault hace en su libro *“El nacimiento de la clínica”*. (39)

El conocimiento de la anatomía en este momento de la formación obliga al estudiante a atravesar barreras simbólicas, estudiar en cadáveres humanos, diseccionar partes del cuerpo para conocer al detalle músculos, vasos, huesos, en un acto repetitivo, para finalmente,

lograr codificar el cuerpo. En términos de Foucault se diría que este disciplinamiento,¹¹ al que es sometido el estudiante de medicina, logra introducirlo en el oficio.(21, 39,40)

En una segunda etapa, los estudiantes deben aprender semiología, lo que exige nombrar los síntomas y signos que cada órgano, adquirir un nuevo lenguaje con el cual pueda comunicarse con sus colegas y se diferencie de los legos. Para lograr este propósito el estudiante, siguiendo formatos estandarizados, debe aprender a realizar historias clínicas junto al lecho del enfermo; es decir, en los hospitales. Sus modelos son los médicos especialistas que generalmente son los jefes del servicio y docentes de la universidad. Es con este instrumento, “la historia clínica”¹² que se planteará unas hipótesis de trabajo que serán comprobadas con exámenes complementarios.(30)

El conocimiento de la patología clínica; es decir, la clasificación de las diferentes enfermedades con sus signos y síntomas, logra que el estudiante se incline desde ese momento por una determinada especialidad, que generalmente está relacionada con un profesor al que admira y se constituye en su modelo¹³. Este aprendizaje se realiza principalmente en las salas de los hospitales y consultas ambulatorias. (30)

En esta segunda etapa, dominar la farmacología es otra de las metas. En este aprendizaje no interesa conocer quién recomendó ese fármaco, o quién patrocinó el estudio farmacológico, únicamente debe aprender las características bioquímicas de los fármacos, clasificarlos y memorizarlos. El enfoque de formación en farmacología generalmente ha sido acrítico y se realiza desconectado de las implicaciones económicas de la industria farmacéutica y no se trabajaba en el uso racional de los medicamentos.(30)

Finalmente, en la tercera etapa de formación el estudiante aplica los conocimientos adquiridos, mediante el internado rotativo¹⁴ que les permite desarrollar destrezas específicas. Durante este año de formación, realiza prácticas en diferentes servicios junto con estudiantes de postgrado. La meta de esta etapa es consolidar destrezas que le

¹¹Foucault utiliza el término disciplina, en su libro “Vigilar y Castigar”, para referirse a las técnicas que permiten un control minucioso del cuerpo y le imponen docilidad y que se recogen en reglamentos militares, escolares y hospitalarios. También, las “disciplinas” se relacionan de manera estrecha con la idea de “gobernabilidad”, que incluye la clasificación y vigilancia de la población, la normalización del sujeto ciudadano y del disciplinamiento de los sujetos aberrantes.

¹²Foucault (1976) en su libro “Nacimiento de la clínica”, describe la importancia de la historia clínica como el instrumento que inició la estandarización del conocimiento de la clínica.

¹³El término modelo, en este caso, está utilizado como persona a seguir en lo referente a comportamientos.

¹⁴El internado rotativo, consiste en pasantías que los estudiantes de medicina realizan por los servicios de pediatría, medicina interna, cirugía, ginecología y rotación comunitaria a la que se le denomina pre rural.

permitan trabajar de manera autónoma¹⁵. El internado rotativo aún está vigente en todas las facultades de medicina de Ecuador; sin embargo, cada vez existe menos oportunidad para que un estudiante adquiera esas destrezas.(39)

Durante el internado rotativo, la competencia profesional es muy evidente. Los estudiantes deben realizar guardias en diferentes hospitales y en términos de Foucault, disciplina los cuerpos. (41) Deben obedecer las indicaciones de los residentes cuya jerarquía es la siguiente: nivel más bajo, interno rotativo, luego, residente de primer año; residente de segundo año; residente de tercer año; médico tratante y jefe de servicio. Para la toma de decisiones el orden jerárquico es estricto y no refutable; por tanto, el oficio de ser médico se hace, de manera escalonada y jerárquica. (30)

Una vez que han terminado su formación, los médicos recién graduados, deben realizar un año de medicina rural¹⁶, para estar acreditados a ejercer como médicos generales. Para muchos médicos este tiempo será el único que trabaje en el área rural en el primer nivel de atención. Para algunos esta es una época traumática puesto que deben atender los pacientes fuera del hospital, sin los recursos tecnológicos con los que fueron formados.(30)

En lo que respecta a la construcción del currículo, las facultades de medicina de las universidades públicas y algunas privadas de Ecuador siguen trabajando con la propuesta de Flexner¹⁷. Este autor en 1.915 propone la profundización y especialización del conocimiento médico. La industria médica inicia su etapa de auge, se considera indispensable aumentar el apoyo tecnológico que permita precisar y comprobar los diagnósticos, dando inicio a la medicina basada en más pruebas. Estos hechos han producido un cambio en la relación médico/a paciente en la que, los resultados de los exámenes y el acceso a la tecnología juega un papel predominante en la toma de decisiones clínicas. (42–44)

En Ecuador, a finales de los años noventa, se crearon varias facultades de medicina en universidades privadas, que a decir de analistas expertos, se lo hizo sin ninguna

¹⁵Se usa el término autónoma en referencia a ser capaz de realizar un trabajo contando con el conocimiento y dominio propio de su área de conocimiento, en donde solamente puede ser evaluado por sus pares.

¹⁶La obligatoriedad de realizar un año de medicina rural antes de estar aptos para ejercer, se instituye en el Ecuador durante la dictadura militar del año 1970 en el cual se decreta que todos los profesionales de la salud, al culminar su carrera, deben trabajar con un sueldo definido por el estado, en el lugar que el país necesita en áreas rurales, este decreto está vigente hasta la actualidad.

¹⁷Abraham Flexner: fue un eminente educador que dedicó la mayor parte de su labor pedagógica al perfeccionamiento de la educación médica norteamericana, en 1910 escribió el famoso informe Flexner, sobre la enseñanza de la medicina, que ha tenido influencia universal, después de 100 años sigue vigente, en él se propone enseñar primero las ciencias básicas y luego el conocimiento clínico, es decir una formación por etapas.

planificación, menos aún sujeta a una política nacional de formación de recursos humanos en salud(15). La construcción del oficio de ser médico en etapas y con jerarquías no cambió, puesto que los escenarios de aprendizaje; es decir, los hospitales y los servicios de salud se mantienen igual.(45)

Al final de la carrera médica, los médicos se enfrentan ante la realidad del desempleo. Muchos han conformado sus familias y deben buscar trabajo en calidad de médicos generales. Los que tiene mejor suerte lograrán trabajar como residentes de clínicas privadas y los que cuentan con apoyo económico de sus familias, redes sociales; es decir, capital social¹⁸, o han logrado méritos académicos, en términos de Bourdieu, capital cultural¹⁹ iniciarán estudios de postgrado. (10, 11,46)

El oficio de ser médico no concluye con la graduación de pregrado; es decir, su título de médico. La especialidad para lograr avanzar en el camino de diferenciación y competitividad, que le garantice el pleno desarrollo de su carrera profesional es indispensable.(46)

Las especialidades médicas requieren un período de formación de tres a cinco años, con dedicación exclusiva, en la que el médico posgradista debe lograr dominio de las destrezas que se requiere para conocer en profundidad el órgano en el que se especialice. El médico, al lograr su especialidad, tiene una sensación de dominio que le hace sentir como experto en relación a sus colegas. Esto le coloca en un estatus profesional diferente, que le permite cobrar honorarios especiales y trabajar en lugares “más prestigiosos” como hospitales, clínicas privadas o consorcios médicos. (10, 46,47)

Este proceso de clasificación de los médicos conforma grupos elitistas que comparten la vida social y académica. Los méritos académicos alcanzados deben exhibirse en las salas de espera, en la que están colgados los diplomas que abalizan su formación. Deben realizar la subespecialidad o cursos de perfeccionamiento de manera permanente, mejor si acuden a congresos de su especialidad fuera del país para que sus pacientes tengan la seguridad de que su médico está actualizado y es competente; es decir, nuevamente en términos de Bourdieu, el capital cultural y social del médico debe exhibirse para que legitime el cobro de la consulta, que será más cara mientras más “capacitado” está el médico. (34, 36, 37)

¹⁸En términos de Bourdieu “capital social” se refiere a los contactos que la persona y/o su familia han acumulado a lo largo de generaciones y les permite relacionarse con ventaja frente a otros.

¹⁹En términos de Bourdieu “capital cultural” se refiere a los méritos académicos, artísticos, que la persona a acumulado y que le dan ventaja frente a otros.

1.3. Contrato social del médico

El contrato social del médico está implícito y se caracteriza por la presencia de valores como la confianza, el respeto, la confidencialidad, que siguen siendo válidos por ser consustanciales y necesarios para la efectividad del acto médico, e incluso son determinantes para que un sistema de salud se mantenga. (22,49) En el acto médico, la habilidad que el médico tenga para interpretar el verdadero motivo de consulta del paciente es definitiva para que el encuentro sea satisfactorio para los dos; el acto médico se genera en un momento vulnerable de la vida del paciente y podría también ser del médico.

Como se ha descrito en páginas anteriores, la construcción del oficio de ser médico pasa por etapas, sigue un orden jerárquico y tiene el propósito de lograr un disciplinamiento del cuerpo para ejercer la medicina y prepararlo para el contrato social que tendrá que cultivar. Hombres y mujeres que se involucran en estudiar medicina deben seguir este proceso; a pesar de que nuevos recursos pedagógicos e informáticos motiven cambios en la forma de aprender medicina, es indispensable seguir una formación por ciclos para introducir a los estudiantes en el saber y en el quehacer médico.

La aparición de un nuevo modelo de paciente y de ciudadano, el cambio tecnológico junto con la complejidad en la gestión del conocimiento y los cambios jurídicos en la estructura laboral de las profesiones sanitarias ha hecho variar el papel del médico/a y por tanto su contrato social. (50,51) Hoy día el médico/ca debe establecer relaciones con pacientes heterogéneos, que van desde los pacientes muy informados de sus derechos, que manejan amplia información sobre sus dolencias, con grandes expectativas generadas por el marketing de la salud; a pacientes con pensamiento patriarcal que consideran que él médico debe ser el conocedor absoluto de la verdad, que no puede equivocarse y de quién esperan tome las decisiones correctas.

A pesar de ello, el modelo de formación, de liderazgo, de interrelación profesional y de relación médico/paciente, tanto para hombres y mujeres, es patriarcal. Estos procesos de aprendizaje tiene como principales ejemplos los desarrollados por hombres; de manera particular, las especialidades quirúrgicas y aquellas que requieren realizar guardias son guiadas y escogidas principalmente por hombres.(35)

En el mundo, Latinoamérica y Ecuador se observa en los últimos años un aumento del número de mujeres, tanto en la academia como en los servicios de salud. Sin embargo el mayor número *per se* de mujeres no determina que el campo profesional se feminice, para

esto se requiere que en el campo profesional, las estructuras de poder cambien, hacia estructuras democráticas y las interrelaciones se establezcan de manera transversal y tomando en cuenta las especificidades de los hombres y las mujeres.(19)

El campo profesional de la medicina, que de por sí tiene sus propias especificidades, que son dinámicas y cambian rápidamente en función de los avances tecnológicos, requiere una visión de género que permita develar las inequidades ocultas en la interacción entre los profesionales, los pacientes y las instituciones públicas y privadas. (52)

Para entender las razones por las cuales las y los médicos seleccionan trabajar en un sistema sanitario en el que estructuralmente hay francas diferencias entre lo público y lo privado, es indudable la importancia de la categoría género en su análisis. Con este propósito es importante definir dos términos, primero profesión médica y luego género.

Según Dubar 2.010 la profesión médica es un “grupo profesional”, conformado por hombres y mujeres que ejercen una misma actividad, que están dotadas de un mismo nombre, mantienen una determinada visibilidad social y una legitimidad política, en un período histórico definido.(46,53)

La categoría género busca develar las diferencias entre lo masculino y lo femenino y las desigualdades entre ambos, para ser entendidas como construcciones culturales, sociales y simbólicas (54). Es decir, el análisis de género debe comprender las representaciones que constituyen los símbolos culturalmente disponibles, los conceptos normativos que manifiestan las diversas interpretaciones de esos símbolos; y, las identidades subjetivas que produce. (55)

1.4. Enfoque de género y feminización de la profesión médica

La historia del campo profesional médico demuestra que desde su inicio, la medicina fue ejercida principalmente por hombres, las mujeres tradicionalmente ocuparon un rol de apoyo, de cuidado directo. En la época en que el médico atesoraba todo el saber de la medicina y por lo tanto ejercía su poder basado en ese conocimiento, se crearon escuelas de medicina que adquirieron prestigio en base al conocimiento de las enfermedades observadas en los hospitales. Debieron pasar muchos años, para que las mujeres puedan ocupar un lugar en este campo profesional dominado por los hombres. (21)

Un análisis de género en lo relativo a las profesiones y en este caso, a la profesión médica, debe considerar cómo incide el género en la construcción del oficio de ser médico/a, de qué manera la paternidad y la maternidad modulan ese proceso y como se genera la elección por el lugar de inserción laboral, sea público o privado. Además el enfoque de género revela los símbolos y representaciones que construyen las ideas de lo masculino y lo femenino, por parte de los pacientes, en el trabajo del médico/a.

El mercado de trabajo, la educación y las profesiones construyen imaginarios de género considerando a los imaginarios como representaciones colectivas y fijaciones de iconografías culturales presentes en la conciencia social, que finalmente naturalizan lo femenino y lo masculino y con esto, los papeles esperados para hombres y mujeres. (56)

La investigación cuantitativa con enfoque de género, se propone medir o cuantificar las desigualdades entre hombres y mujeres, para lo cual utiliza indicadores compuestos que permite complejizar el análisis, para avanzar más allá de una comparación entre hombres y mujeres. Un indicador es el Índice de Paridad de Género (IPG), que es igual al cociente entre el número de mujeres y el de hombres, presentes en cualquier campo de investigación. A nivel mundial se considera que el IPG equitativo es lo más cercano a uno.

1.5. Ecuador en aspectos de interés para esta investigación

1.5.1. Características sociales, demográficas y económicas

En Ecuador, según datos del INEC, proyección 2015, viven 16'278.844 habitantes, con una tasa de crecimiento anual del 1,9%. De esta población son 8'216.340 (0,5%) mujeres y en las áreas urbanas viven el 63,5%. En la provincia del Cañar, ubicada en la región central andina, el Índice de Paridad de Género (IPG) es 1,14; esto se explica por el gran número de migración de los hombres hacia países del primer mundo, especialmente EEUU, España e Italia, para desarrollar trabajos de construcción y áreas afines. El IPG más bajo está en la provincia de Orellana con 0,89, lo que probablemente se explica por ser una provincia de explotación petrolera en la cual trabajan más hombres. (32)

El número promedio de hijos de las mujeres en edad reproductiva es de 2,3 hijos. La tasa bruta de analfabetismo femenino en Ecuador es 29%, las tasas más altas están en las provincias de Chimborazo, Cotopaxi y Bolívar (entre 65 y 70 por cada mil habitantes) que coincide con zonas de mayor concentración de etnia indígena. El IPG del nivel de educación primaria es 0,98; el IPG en el nivel secundario es 1, el IPG de grado universitario es 1,14; y,

el IPG en el Postgrado es 0,94. La tasa neta de matrícula en la educación básica es de 95,2%. (32)

Según el INEC, en el año 2.012, las horas de trabajo remunerado que realizan las mujeres en la semana fue 46,15 horas y el tiempo de trabajo no remunerado llegó hasta 31,49 horas a la semana. Los hombres registraron 51,30 horas de trabajo remunerado a la semana y 9,90 horas de trabajo no remunerado en el mismo periodo de tiempo evaluado; es decir, un total de horas de trabajo de 77,57 para las mujeres y 59,57 para los hombres.(32)

Un dato importante de destacar es que el tiempo de trabajo no remunerado con estudios de postgrado fue 10,49 para los hombres y 26,47 para las mujeres; nuevamente, las mujeres dedican más horas al trabajo no remunerado, en este caso las mujeres profesionales dedican 16,27 horas más al trabajo no remunerado que los hombres profesionales.(32)

Respecto a la asignación presupuestaria para el MSP, entre el 2.008 al 2,013, paso de 879 millones a 2.425 millones, en este período se triplicó el presupuesto de salud (incluye gasto corriente y de inversión).(57)

1.5.2. Formación médica en Ecuador

Ecuador tiene una historia de formación en medicina que inició en el año 1.693, época en que se instituyó la cátedra de medicina en el Colegio San Fernando que pasó a ser la Universidad Santo Tomas de Aquino, primera universidad conformada en la época de la Colonia. La formación de médicos pasó por grandes y graves percances antes de lograr formalizar la creación de la Universidad Central en el año 1.936, universidad pública; sin embargo la falta de profesores calificados determinó que la calidad de la formación médica sea baja. También en Ecuador el movimiento flexneriano iniciado en Estados Unidos logró estandarizar la formación médica. (23)

Una característica importante a señalar en la formación médica del Ecuador es que en las universidades públicas desde el año 1.918 no existían exámenes de ingreso y los aranceles eran accesibles para personas de bajos ingresos económicos. Las universidades privadas durante la época neoliberal, es decir, a partir del año 1.995 proliferan con escaso o limitado control, con precios prohibitivos para la gente de estratos bajos. (15,58) Esta realidad cambia a partir de la Constitución del año 2.008, en la que se declara la gratuidad de la formación universitaria, se instituye un examen nacional de ingreso a la universidad y se controlan los aranceles en las universidades privadas. (15)

El acceso a trabajos mejor remunerados y formación continua, vía especialidades, maestrías o doctorados para las y los médicos ecuatorianos, durante los últimos 30 años, se encontraron principalmente en los países del primer mundo, o más desarrollados que Ecuador. En el año 2.013 en un estudio realizado por la Universidad de Cuenca en Ecuador encontró que un 72% de las y los internos rotativos declaran que piensan emigrar, en su mayor parte, interesados en realizar a una especialidad que les permita completar su desarrollo profesional. (59)

1.5.3. Sistema de salud ecuatoriano

En Ecuador, el ejercicio de la medicina se realiza en dos grandes espacios, el público y el privado se tiene como ente de control o rector al MSP. Desde el sistema público se propone un modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)²⁰ que busca fortalecer el primer nivel como puerta de entrada al sistema, una ampliación de cobertura mediante la construcción de nuevos hospitales y mayor número de médicos especialistas.

Según datos del INEC para el año 2.013, en el sector público se encuentran trabajando 12.519 médicos, que constituyen el 47,5% de los médicos del país y en su mayoría son médicos generales. El estado dispone para ese mismo año de 3.458 centros ambulatorios y 765 hospitales (33) En este subsistema está inmerso la seguridad social a la que acceden la población económicamente activa (sea en relación de dependencia o autónomos), así como la seguridad de militares y policías.

El segundo espacio, el privado, está conformado por más de 10.000 consultorios de primer nivel, repartidos tanto en el ámbito urbano, como en el rural y 728 clínicas y hospitales privados con diferente capacidad resolutoria, en el cual se insertan 13.851 médicos que constituyen el 52,5% de los médicos formados en las 21 facultades de medicina del país. Este subsistema funciona mediante el cobro por episodio y a través de diversas formas de aseguramiento privado (16).

A pesar de los esfuerzos realizados por el MSP para implementar el MAIS, tanto en el sistema público como en el sistema privado, la atención se mantiene enfocada en la enfermedad. La confianza depositada en el conocimiento del médico, se ha desplazado al

²⁰Modelo de Atención Integral en Salud propuesto por el Ministerio de salud Pública del Ecuador en el 2011 y que organiza el sistema de salud por niveles, con un primer nivel fortalecido como puerta de entrada al sistema público, que busca resolver el 80% de los problemas de salud, con énfasis en la prevención y promoción. Con un modelo de gestión en el que el MSP mantiene un rol rector, con enfoque intercultural y generacional.

examen de laboratorio y la intervención tecnológica que busca, no solo curar la enfermedad, sino evitar que las personas se enfermen mediante la oportuna detección. Cuando esta expectativa no se cumple, ingresa en el escenario la legislación punitiva que juzga el acto médico, como mala práctica médica y obliga a encarecer los sistemas de salud mediante la incorporación de sistemas legales que protejan a los médicos y a los pacientes.

Por otro lado, en el sistema público la introducción de la historia clínica electrónica en la consulta, el sistema de gestión de citas en las que no es posible escoger el médico que el paciente desea que le atienda, el corto tiempo para la consulta, 15 minutos, determina que, la relación médico/paciente tenga mayores dificultades para establecer espacios de confianza y co-responsabilidad. La relación se instaura con el servicio de la institución y se confía más en los exámenes médicos que en el criterio clínico. (16)

El número de médicos para el mismo año 2.013 fue 26.370; de estos, 12.519 trabajan en el sector público. El número de especialistas en la red pública es 7.014 médicos que constituyen el 37%. (60)

En Ecuador, al aumentar la infraestructura se crea la necesidad de aumentar el número de médicos/as especialistas, especialmente en los hospitales, recurso humano que aparentemente es escaso. Para fortalecer los servicios de salud se ha desarrollado una política de talento humano que incluye: formar un mayor número de médicos especialistas, el Plan Retorno²¹ que pretende que los médicos especialistas que trabajan en otros países regresen al Ecuador, la acreditación de especialistas de hecho²², expedir el Acuerdo Ministerial 0033,²³ que entre otros aspectos, propone ampliar de manera obligatoria la jornada laboral a ocho horas diarias y establecer convenios con Cuba para contratar médicos cubanos.²⁴(18,33)

2. Planteamiento del Problema

²¹Para el Plan Retorno de los profesionales de la salud en Ecuador, se firmó el Acuerdo Ministerial 00742, el 10 de mayo del 2012. (33)

²²El Concejo de Educación Superior (CES) emitió una normativa transitoria Resolución RPC-s0-017-no.115-2012 para crear y acceder, por una sola vez, a los programas académicos de especialización médica en universidades o escuelas politécnicas para incorporar a los residentes asistenciales de al menos dos años de ejercicio profesional. Esta resolución fue firmada el 6 de junio del 2012.(61)

²³El Ministerio de Relaciones Laborales promulgó el Acuerdo Ministerial 0033 que dispone la obligatoriedad de trabajar una jornada laboral de ocho horas para todo el personal de salud de la Red Pública Integral de Salud(RPIS).(62) El Ministerio de Salud Pública del Ecuador expidió el Acuerdo Ministerial 1849 con el Reglamento que permita viabilizar el establecimiento de jornadas especiales en la RPIS; documentos que fueron expedidos el 10 de septiembre 2012.(63)

²⁴El convenio marco de Cooperación Internacional firmado entre la Cancillería, el Ministerio de Salud Pública y la Embajada de Cuba que establece los términos de cooperación en salud.

En los últimos años en Ecuador se observa una feminización de la profesión médica en la academia y en el sistema de salud tanto público como privado. El sistema público sanitario y laboral ecuatoriano mantiene un proceso para insertar profesionales médicas y médicos en sus servicios que obedece a estructuras históricas y no incluye una visión de género.

El Ministerio de Salud Pública tiene un plan de fortalecimiento y ampliación de los servicios de salud que requiere incorporar médicos especialistas en los tres niveles de atención. No se conoce las razones por las que las y los profesionales de la salud especialistas no se interesan por ingresar a trabajar en el sistema público.

3. Preguntas de estudio

3.1. Pregunta general

¿Cómo interacciona la feminización de la profesión médica y la inserción laboral pública en Ecuador desde la visión de los estudiantes de posgrado y los profesionales de la salud en ejercicio del sistema sanitario público y privado?

De esta pregunta se desprenden las siguientes preguntas específicas:

3.2. Preguntas específicas

1. ¿Cuál es la distribución por sexo de los médicos empleados en el Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional, en los años 2.008 y 2.012? ¿Cuál es el peso relativo del sexo femenino en la distribución de la condición de egreso por cohortes de los estudiantes de medicina a nivel nacional, durante los años 2.000 a 2.013?
2. ¿Que caracteriza la percepción de los estudiantes de posgrado y de las y los profesionales médicos especialistas del sistema público y privado respecto de los conceptos de género, sexo y feminización?
3. ¿Qué caracteriza el discurso de las y los estudiantes de posgrado y de las y los profesionales médicos especialistas del sistema público y privado respecto a los sesgos de género que se presentan en su formación y sus expectativas al elegir la carrera de medicina y la especialidad?
4. ¿Qué caracteriza al discurso de las y los estudiantes de posgrado y de los profesionales hombres y mujeres del sistema público y del sistema privado respecto al género y la práctica profesional?

5. ¿Cuál es el discurso de las y los profesionales del sistema público y del sistema privado respecto a las ventajas y desventajas de cada sistema para ejercer la profesión médica y como esto se relaciona con el género?

4. Justificación

La construcción del indicador que muestra la condición de paridad de género en la población estudiantil de las facultades de medicina de Ecuador y en los médicos y médicas que trabajan en el Ministerio de Salud, así como la cuantificación del crecimiento de plazas de trabajo en el sistema público para los médicos y la proporción de puestos vacantes permiten describir el escenario real sobre la feminización de la profesión médica y la tasa de ocupación de puestos de trabajo para médicos en el sector sanitario público ecuatoriano.

Por otro lado, en Ecuador existe un gran vacío de información respecto de la situación de la profesión médica, desde las razones por las que los jóvenes eligen la profesión médica, cómo se construye el oficio de ser médico, cuáles son los determinantes que están presentes en la elección de las especialidades, qué dificultades enfrentan los profesionales en su ejercicio y cuáles son las razones por las que los profesionales eligen un determinado espacio laboral.

El análisis de la situación de la profesión médica en el Ecuador, desde el enfoque de género, tampoco ha sido estudiado. Apenas desde el año 2.006 se inició un registro obligatorio de información segregada por sexo en instancias formales de la educación superior, información que aún no ha sido analizada ni comunicada.

Las preguntas específicas de investigación, y lo descrito en los párrafos precedentes, llevaron a plantear este estudio desde dos enfoques teóricos. El paradigma racionalista cuantitativo que permite dimensionar el índice de paridad de género desde la teoría positivista del conocimiento²⁵; y, el paradigma naturalista cualitativo,²⁶ utilizando

²⁵La teoría positivista, impulsada desde las ciencias sociales por teóricos como Comte y Durkheim, a finales del siglo XIX e inicios del XX, busca hechos o causas con independencia del estado subjetivo de los individuos. Defiende que al conocimiento se llega con principios metodológicos únicos. (64)

²⁶El paradigma naturalista cualitativo Surge en contraposición al paradigma racionalista, plantea que en la constatación de las disciplinas de ámbito social existen diferentes problemáticas, cuestiones y restricciones que no se pueden explicar ni comprender en toda su extensión sin tener en cuenta la propia experiencia del individuo. Estos planteamientos proceden, de la antropología, la etnografía y el interaccionismo simbólico, con autores de la escuela alemana como Dilthey.(64)

específicamente la teoría Fundamentada,²⁷ mediante la cual se busca interpretar y explicar las percepciones de los actores claves, sobre la construcción del oficio de ser médico, la elección de la especialidad, así como el contexto en el que se toma la decisión de vinculación al sistema público o privado de salud; análisis realizado desde el enfoque de género.²⁸

Desde la percepción de los estudiantes de postgrado, hombres y mujeres, insertados en universidades públicas y privadas, que son quienes en breve deben tomar la decisión para insertarse en el sistema de salud; y, desde la apreciación de los profesionales hombres y mujeres, especialistas en diferentes áreas clínicas y quirúrgicas, que trabajan en el cuidado directo de los pacientes, tanto en el ámbito público como privado, se busca generar información que, mediante extensas codificaciones de las entrevistas, con un acercamiento inductivo, permitan identificar los nuevos temas y sub-temas importantes, relacionados con los elementos cardinales del marco conceptual/teórico propuesto en este estudio.

Ecuador y varios países de la región latinoamericana están inmersos en un proceso de ampliación y fortalecimiento de la infraestructura de salud tanto en el primer nivel de atención como en la infraestructura hospitalaria. Modelos integrales de salud plantean contar con médicos/os especialistas en todos los niveles de atención, propuestos que requieren un trabajo conjunto entre la academia, la gestión de los servicios y la política pública. La construcción de las políticas públicas y la organización de la gestión del talento humano que puedan dar respuesta a las necesidades de los servicios, de las y los profesionales, a partir de considerar las particularidades que permite identificar el enfoque de género fortalecerá la meta de ofertar servicios sanitarios de calidad a las comunidades.

5. Objetivo general del estudio

El objetivo general del estudio fue cuantificar la distribución de la condición de egreso por cohortes de los estudiantes de medicina a nivel nacional y la distribución por sexo de los médicos funcionarios públicos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador relacionado a la tasa de puestos vacantes, y explicar utilizando la teoría fundamentada la interacción de la feminización de la profesión médica, el ejercicio profesional y la inserción laboral pública a

²⁷La Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) corresponde al método interpretativo realiza un análisis inductivo buscando la relevancia, pertinencia, coincidencia y divergencia de los discursos, para proponer explicaciones y generar teorías que den cuenta de un determinado hecho o experiencia.

²⁸El enfoque de género como categoría de análisis, propone entender las relaciones sociales de los sexos, a través de develar las relaciones significantes de poder, para lo cual en primer lugar busca captar los símbolos, las representaciones, luego analiza los conceptos normativos que están detrás de esas representaciones o símbolos, en tercer lugar analiza las nociones políticas y las referencias a las instituciones que sustentan esas representaciones y que finalmente analiza la identidad subjetiva.(65)

partir de los discursos de los y las estudiantes de posgrado y de las y los médicos especialistas en ejercicio integrantes del sistema sanitario público y privado ecuatoriano en el año 2014.

CAPITULO DOS

2. Materiales y métodos

2.1. Diseño cuantitativo

2.1.1. Tipo de estudio

Transversal, de tipo censal

2.1.2. Población

A partir de fuentes secundarias se buscó caracterizar a la población de estudiantes de medicina de las 22 facultades de medicina del país a nivel de pregrado cohortes 2.008-2.013; así como a las y los médicos del MSP del Ecuador de los años 2.008 y 2.012.

2.1.3. Variables

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, tipo de universidad, Índice de paridad de género, porcentaje de puestos vacantes, de los médicos funcionarios del MSP de los años 2.008 y 2.012 y de las cohortes de los estudiantes de medicina de los años 2.008 al 2.013.

2.1.4. Instrumentos

- a. Base de datos para análisis de los estudiantes de medicina. Fuente: Observatorio de Recursos Humanos OPS-Ecuador que entrega la información hasta el año 2.013.
- b. Base de datos del distributivo del recurso humano que labora en el Ministerio de Salud. Fuente: Ministerio de Finanzas. Período 2.008- 2.012.

2.1.5. Análisis estadístico

La descripción de las variables de estudio se hizo con proporciones y se infirió con $IC_{95\%}$, calculado de manera exacta con la distribución binomial.

2.2. Diseño cualitativo

2.2.1. Tipo de estudio

Estudio Interpretativo- Explicativo. El enfoque teórico con el que se trabajó esta investigación fue la Teoría fundamentada; es decir, se utilizó el método interpretativo para, a partir de los discursos de los participantes de manera inductiva, llegar a una comprensión y

explicación de los hechos. En este análisis la herramienta que se utilizó fue el enfoque de género.

2.2.2. Población y muestreo

La población participante estuvo definida bajo criterios de conveniencia-pertinencia, el muestreo fue teórico y la selección de los participantes estuvo determinada por las definiciones conceptuales del estudio.

2.2.3. Categorías de análisis

Se exploraron cinco categorías:

1. Percepciones sobre conceptos de género y sexo
2. Percepciones sobre conceptos de formación de la profesión médica
3. Percepciones sobre conceptos que circunscriben la elección de la especialidad médica
4. Percepciones sobre conceptos de práctica profesional médica
5. Percepciones sobre ventajas y desventajas para trabajar en el sistema público o en el sistema privado

2.2.4. Instrumentos

Se programó realizar grupos focales con estudiantes hombres y mujeres de posgrado, de universidades públicas y privadas, así como con médicos y médicas ecuatorianos, especialistas dedicados al cuidado directo, que trabajan tanto en el sector público, como en el sector privado, en los tres niveles de atención.²⁹

2.2.5. Análisis

El análisis se realizó mediante el método inductivo, para codificar el contenido se utilizó el programa N vivo.

²⁹En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública que es el ente rector del sistema, ha definido en su Modelo de Atención Integral, Familiar y Comunitaria (MAIS). Los niveles de atención. El primer nivel es la puerta de entrada al sistema, y está conformado por todos los consultorios tipo A, B y C que manejan atención ambulatoria. El segundo nivel es el conformado por hospitales base de hasta 150 camas, en el que se atiende las cuatro especialidades generales y el tercer nivel es el de alta complejidad en el cuál se atiende todas la especialidades y subespecialidades, constituyen hospitales de referencia.(66)

2.3. Financiamiento

Esta tesis contó con fondos de las siguientes fuentes: Ministerio de Salu Pública del Ecuador, Red Graal nucleo Ecuador, Dra. Lucy Candib y autofinanciamiento.

2.4. Aspectos éticos

Con el fin de resguardar las consideraciones éticas, cada participante, tanto de las entrevistas individuales como de los grupos focales, firmó el “Consentimiento Informado”. El protocolo de investigación fue presentado y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Central del Ecuador, registrado en el Sistema Nacional de Investigación en Salud.

El acceso y manejo de las bases de datos está amparado por el artículo 6 de la Ley Orgánica de Transparencia y acceso a la Información Pública (del 4 de Mayo 2.004) en Ecuador. La autorización por escrito de las instituciones correspondientes se obtuvo previa a la petición escrita mencionando el fin.

Cada consentimiento informado fue codificado y guardado bajo llave y es responsabilidad de la investigadora principal. En todo momento se respetó la decisión de los participantes a colaborar como sujetos de estudio y de aportar libremente sus opiniones cuando lo consideró conveniente, así como también sus costumbres y sus estilos de vida. Siempre se consideraron los derechos de los participantes a conocer los resultados de la investigación dada su participación protagónica. La información fue absolutamente confidencial y utilizada exclusivamente para cumplir con los objetivos de estudio. De ninguna manera y en ningún momento se aplicaron procedimientos de coacción ni coerción.

Las bases de datos y archivos de las entrevistas serán almacenados durante cuatro años luego de lo cual se eliminarán. En las publicaciones se observarán los principios de propiedad intelectual de los investigadores participantes y de las instituciones firmantes.

CAPÍTULO TRES

3. Estudio cuantitativo: Índice de paridad de género en salud, Ecuador 2008-2013

3.1. Introducción

La distribución de la población por sexo, desde el enfoque de género, se cuantifica a nivel mundial, regional y local mediante indicadores. A pesar de que el enfoque de género no es nuevo, las estadísticas de género son bastante recientes. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) propone los siguientes indicadores: Índice de Igualdad de Género (IIG), Índice de Equidad de Género (IEG), Índice de Brecha Global de Género (IBGG), el Índice de Género e Instituciones Económicas o *Social Institutions and Gender Index* (SIGI) y el Índice de Oportunidades Económicas de las Mujeres.(67)

Las características de estos indicadores son dos. En primer lugar, la realidad siempre es mucho más complicada y multidimensional y las mediciones estadísticas, debido al paradigma de parsimonia, no dejan de ser meras aproximaciones. En segundo lugar, porque el proceso de medición no siempre es perfecto, por lo que es importante que las herramientas de medición se vayan adecuando a una realidad siempre cambiante.(67)

El PNUD propuso en el año 2.010 tres nuevos indicadores en el marco del desarrollo: el Índice de Desarrollo Humano Ajustado a la Desigualdad (IDH-D), el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) y el Índice de Desigualdad de Género (IDG). Además de los índices descritos, existen indicadores como, el Índice de Paridad de Género (IPG) que fue utilizado en esta investigación y que, como se mencionó en el capítulo uno, es el cociente de la frecuencia absoluta de hombres y la frecuencia absoluta de mujeres, se le conoce también como Índice de Feminidad. No debe confundirse con el Índice de Potenciación de Género (IPG) que se refiere al índice que analiza la presencia de las mujeres en los puestos de representación políticos.(67,68)

Los indicadores de género se construyen a partir de datos que hasta hace poco, no eran considerados importantes, por esta razón no se registraba el sexo; por ejemplo, en la inserción universitaria. En el momento de elección de la carrera universitaria juegan múltiples factores que tienen que ver con la condición socioeconómica, la historia de rendimiento académico, los intereses y vocación de los estudiantes, las oportunidades que

las condiciones estructurales del país en que vive le brindan. En este contexto las profesiones del cuidado especialmente las relacionadas con la educación y la enfermería, tanto en Latinoamérica como en otras partes del mundo, siguen siendo de interés principalmente de las mujeres.(69)

En el área de la salud, específicamente para estudiar medicina a nivel mundial, en América Latina y Ecuador se toman exámenes de ingreso para ingresar a la universidad, los estudiantes que obtienen los puntajes más altos son los que logran un cupo en las facultades de medicina. Según Érika Sylva (2.009) las mujeres parecen tener ventaja sobre los hombres porque obtienen mejor rendimiento académico en el nivel secundario y este es un requisito que privilegia su ingreso.(70)

En un estudio realizado en el 2.007 en el Reino Unido, se presenta la evolución de la presencia de la mujer en la profesión médica. En 1.960 fue del 24% y en el año 2.007 llegó al 57%; por otro lado, se realizó un análisis de la preferencia de las médicas para escoger la especialidad, se encontró que las mujeres eligen especialidades que les permitan trabajar en forma directa con los pacientes y sea posible planificar su tiempo, con estos criterios escogen pediatría, psiquiatría y salud pública. Los hombres eligen especialidades más relacionadas con el manejo de alta tecnología y en las que no es prioritario la planificación de su tiempo, como son, medicina de emergencia, anestesia y cirugía.(71)

En el estudio de Scheffer Mario, realizado en 27 consejos regionales de medicina del Brasil en el año 2.013, entre los nuevos médicos colegiados hay más mujeres que hombres, a partir del año 2.009. En el grupo con 29 años o menos, las mujeres son la mayoría (53%), mientras que en la población de los médicos de más de 59 años todavía predominan los hombres (60,1%). Estas cifras, sin duda, obligan a reevaluar y reajustar las propuestas para la implementación de políticas públicas en el área.(72)

En Ecuador hasta el año 2.006 no se contaba con estadísticas sobre la educación superior. Entre los años 2.006 y 2.011, la tasa neta de matrícula universitaria pasó del 22,8% al 30,2%. En el año 2.010 se implementó la política del Sistema Nacional de Nivelación Académica (SNNA), que consiste en tomar un examen nacional a los bachilleres³⁰ de Ecuador, la tasa de ingreso a la educación superior creció en un 27%. Después de aplicar el examen de ingreso (año 2.010) se duplicó la matrícula en el 20% más pobre de la población

³⁰En Ecuador la educación de niños y jóvenes incluye una etapa de formación básica (primero a décimo años) y luego el bachillerato (primero a tercer año de bachillerato). Una vez concluida esta etapa un estudiante puede optar por la universidad, denominada también educación superior.

en edad de estudiar la universidad (18 a 24 años de edad), valor que está representado, en gran medida, por la presencia de indígenas y afro ecuatorianos. Entre el 2.006 y el 2.012 la tasa de matrícula bruta del grupo de población que recibe el Bono de Desarrollo Humano³¹ (BDH) pasó de 12% al 19%.(14)

El Ecuador está plenamente inserto en la tendencia mundial de la educación superior caracterizada por tasas altas de matriculación femenina. En el año 2.008, el 54% del total de la matrícula fue femenino, en las universidades públicas (55%), en las privadas (52%), arrojando un Índice de Paridad de Género global de 1,2; aun cuando se encuentra por debajo del promedio latinoamericano (1,3), pero por encima del mundial (1,08). Otro dato importante es que en las universidades privadas, las mujeres constituyen el 55,5% del total de becarios/as, lo cual sería un indicio de un más alto desempeño femenino.(68)

Por otro lado, las mujeres se gradúan en mayor proporción que los varones. En el año 2.008 la diferencia entre hombres y mujeres fue de 20 puntos: las mujeres llegaron al 60% del total de los graduados; es decir, el IPG fue de 1,5 a favor de las mujeres. Entre los años 1.988 y 2.008 se registró una considerable expansión del cuerpo docente universitario, que creció en un 190%. A diferencia del estamento estudiantil, en el estamento docente, en las universidades privadas de Ecuador, el IPG es 0,42, uno de los más bajos del mundo; esta situación se agrava en las universidades públicas en donde cae por debajo del promedio nacional (0,39).(68)

La presencia de un mayor número de mujeres estudiando medicina tanto en grado como en posgrado, plantea retos a la organización laboral de las instituciones de salud especialmente en los aspectos administrativos, al incorporar médicas jóvenes que están en etapa de reproducción y cuidado de la familia. Existen estudios en diferentes regiones del mundo que reportan el interés que las mujeres tienen para realizar estudios de especialización en los cuales puedan organizar su tiempo personal y profesional.(7)

Ecuador ha enfrentado un problema importante en el registro general de los datos que permita cuantificar la situación de la educación superior, debido a que hasta el año 2.006 no fue posible conocer las tendencias e intereses de los estudiantes universitarios. No se contaba con un registro obligatorio del número de estudiantes que se matriculaban y graduaban de la universidad en las diferentes carreras universitarias. El análisis de género

³¹El Bono de Desarrollo Humano(BDH) otorga el gobierno a personas que se encuentran en el programa de transferencia monetaria condicionada; es decir, riesgo por discapacidad, pobreza extrema, es decir están en el quintil uno de consumo.

estuvo ausente. El vacío de información del estado de situación del Sistema de Educación Superior del Ecuador en los reportes internacionales ha sido notorio, más todavía la diferenciación por género y, específicamente, de la carrera médica. (58)

La Constitución del Ecuador del año 2008, (73) propone cambiar el paradigma de la educación superior, al romper con la visión mercantilista de la educación e introducir los conceptos del denominado "Buen Vivir". El Plan Nacional para el Buen Vivir señala a la educación como un derecho que permita superar las condiciones de inequidad y que sea considerada como un "bien público" y un "derecho humano".(74) Esta propuesta requirió la creación de instancias como la Secretaria Nacional de Ciencia y Tecnología (SENESCYT) y el Consejo de Educación Superior (CES) que se encargaron de restablecer la Educación Superior, creando normas y reglamentos que evalúen la calidad de la educación, obliguen a registrar la información y formulen planes a corto y largo plazo para mejorar la educación superior en función del proyecto de desarrollo del Ecuador.(69)

Para el año 2014, en el sistema de educación superior ecuatoriano, están vigentes 51 universidades, de las cuales, 55% recibe financiamiento del estado³². Veinte y dos universidades ofrecen la carrera de medicina, de estas 47,6% son públicas, en este mismo año según el registro de la Secretaria Nacional de Ciencia y Tecnología SENESCYT. En el ciclo de grado de medicina se registraron 27.392 estudiantes matriculados. El 10 de junio del 2015 el Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES)³³, acreditó a diez de las 22 facultades de medicina del Ecuador, solamente dos de ellas son públicas.

Por otro lado, de acuerdo al modelo de gestión del MSP, la planificación de la oferta laboral en salud forma parte de su rol rector, mientras que el Ministerio de Relaciones Laborales (MRL) es el encargado de crear las normas y leyes laborales. El MSP genera la necesidad de contratar el personal, en este caso médicos y es el Ministerio de Finanzas quién aprueba la creación de esas plazas. La Dirección de Talento Humano del Ministerio de Salud convoca a concursos de méritos³⁴, para llenar esas plazas de trabajo. Cuando las plazas no tienen candidatos para realizar el concurso se declara a ese puesto vacante.(66)

³²El estado financia de manera total los gastos de la educación superior pública, razón por la cual la educación en esas instituciones de educación superior es gratuita.

³³El Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior CEAACES, es el organismo encargado de evaluar y acreditar la educación superior en el país.

³⁴Los concursos de méritos se realizan en base de un perfil de funciones, cuando no se presentan candidatos con este perfil que puedan concursar, mediante el proceso definido por el Ministerio de Salud, se declara la plaza vacante y es contratado de manera ocasional otro profesional, aunque no llene todas las características del perfil

Para asegurar la equidad de género en la construcción de las políticas públicas sanitarias, en la formación del talento humano y en las formas de inserción laboral, se requiere en primer lugar dimensionar la relación de género presente en los estudiantes de medicina y en los médicos que entran al sistema de salud. Para en un segundo momento entender cómo el mayor número de mujeres de la carrera de medicina y en las especialidades médicas, afectan la voluntad de inserción al sistema y cómo, desde el enfoque de género, se definen variantes en el contrato social del médico.

3.2. Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es la distribución por sexo de los médicos empleados en el Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional, en los años 2.008 y 2.012?
2. ¿Cuál es el porcentaje de puestos vacantes que no se llenan, comparando el año 2.008 con el 2.012?
3. ¿Cuál es el peso relativo del sexo femenino en la distribución de la condición de egreso por cohortes de los estudiantes de medicina a nivel nacional, durante los años 2.008 a 2.013?

3.3. Objetivo general

Describir la relación por sexo que se presenta en la inserción laboral de los profesionales médicos/ médicas, número de vacantes que se presentan y la distribución de estudiantes de medicina de las universidades públicas y privadas del país.

3.4. Objetivos específicos

Los objetivos específicos fueron:

1. Describir el índice de paridad de género en los profesionales médicos en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador en el año 2.008 y en el año 2.012.
2. Comparar el número de puestos de trabajo ofertados en salud y la tasa de no ocupación de los mismos en los años 2.008 y 2.012.
3. Describir el índice de paridad de género en los estudiantes de medicina en universidades públicas y privadas en las cohortes 2.008-2.013.

requerido. En Ecuador normalmente los puestos son llenados por médicos generales con experiencia en la especialidad que se requiere.

3.5. Hipótesis

1. El índice de paridad de género en el conjunto de médicos insertos en el Ministerio de Salud Pública es menor en los mayores de 50 años y es el doble en los menores de 50 años de edad.
2. Si bien el número de puestos de trabajo para médicos en el MSP aumenta entre los años 2.008 y 2.012 también aumenta la tasa de no ocupación de los mismos.
3. La razón de mujeres en el conjunto de estudiante de medicina de pregrado es el doble respecto a los hombres en el período 2.008-2.013.

3.6. Materiales y métodos

3.6.1. Diseño

Estudio transversal en fuentes secundarias, de tipo censal.

3.6.2. Población

Para el estudio se seleccionaron dos bases de datos:

1. La base de datos de los médicos que trabajan en el Ministerio de Salud Pública del año 2.008 y del año 2.012, de esta base de datos se escogió la franja de entrada que se definió como la población mayor de 25 años y menor de 30 años, de tal manera que los datos que se comparan sean independientes.
2. Población de estudiantes de pregrado de medicina matriculados y graduados de las 22 facultades de medicina desde el año 2.000 al 2.013, análisis de las cohortes de ingreso al año 2.008 y egreso al año 2.013.

3.7. Instrumentos

- a. Base de datos para análisis de los estudiantes de medicina. Fuente: Observatorio de Recursos Humanos OPS-Ecuador que entrega la información hasta el año 2.013.
- b. Base de datos del distributivo del recurso humano que labora en el Ministerio de Salud. Fuente: Ministerio de Finanzas. Período 2.008 - 2.012.

3.7.1. Variables de estudio

En el cuadro 3.1 se exponen las variables y la base de datos de origen.

Cuadro 3. 1. Distribución de variables y bases de datos utilizadas en el estudio

Base de datos	Variables				
	Edad (categórica)	Sexo (Femenino/Masculino)	Año académico (AA)	Año Fiscal (AF)	Tipo de Universidad (Pública/Privada)
Cohortes estudiantes matriculados en el primer año y graduados 2.000-2.013	X	X	AA		Pública/Privada
Funcionarios MSP años 2.008 y 2.012		X	AF		No aplicable

AA EL año académico es que comprende el período escolar, que en Ecuador es de septiembre a junio.

AF El año fiscal es el que comprende el período de enero a diciembre

Elaborado por: Rita Bedoya

3.7.2. Análisis estadístico

El IPG se calculó para cada grupo poblacional estudiado, las variables se describen con proporciones y se infirió el IC_{95%} el cálculo se hizo de manera exacta a través de la distribución binomial. El análisis se realizó en el software SPSS v.21

3.8. Resultados

La descripción del IPG de los médicos y médicas en los años de entrada al Ministerio de Salud, 2.008 y 2.012; es decir, aquellos que tuvieron entre 25 a 30 años de edad a su ingreso a trabajar, se presenta en el cuadro 3.2. En el 2.008 se encontraron 333 personas, de las cuales 234 (70,0%) fueron mujeres, el IPG fue 2,36 (IC_{95%} 1,89-3,03). En el 2.012 se registraron para el mismo grupo de edad 1.222 (58,0%) mujeres y el IPG fue 1,41 (IC_{95%} 1,29-1,54). Las plazas de trabajo ofertadas y no cubiertas (vacantes) en el 2.008 fueron 144 de 8.192 existentes (1,8%) y en el año 2.012 fueron 1.178 de 10.740 (11,0%). Si bien hubo un incremento en la oferta de plazas de 1,3 veces entre el 2.008 y el 2.012, el incremento de plazas no cubiertas fue de 6,1 veces más. Estos ya resultados fueron publicados.(19)

Cuadro 3. 2. Distribución por género y ocupación de puestos de trabajo de las y los funcionarios del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, grupo 25 a 30 años

Característica	Cohorte	
	2.008	2.012
Femenino	234 (70,0%)	1.222 (58,0%)
Masculino	99 (30,0%)	869 (42,0%)
Total cohorte 25 a 30 años	333	2091
IPG	2,36	1,41
IC _{95%}	1,89- 3,03	1,29-1,54
Puestos de trabajo profesionales de la salud	8.192	10.740
Número de puestos no cubiertos (vacantes)	144 (1,8%)	1.178 (11,0%)

Fuente: bases de datos del estudio
Elaborado por: Rita Bedoya

Del total de estudiantes al ingreso a la carrera de medicina, en la universidad pública, en la cohorte 2.008 fueron 5.853 mujeres y 4.276 hombres (IPG 1,37; IC_{95%} 1,31-1,43); y, 2.357 mujeres y 1.655 hombres (IPG 1,42; IC_{95%} 1,34-1,51) en la universidad privada. El número de estudiantes egresados para esta misma cohorte, es decir, los que se graduaron en el 2.013, fue 705 mujeres y 673 hombres (IPG 1,02; IC_{95%} 0,98-1,11) en la universidad pública; y, 223 mujeres y 356 hombres (IPG 0,63; IC_{95%} 0,56-0,69) en la universidad privada (cuadro 3.3).

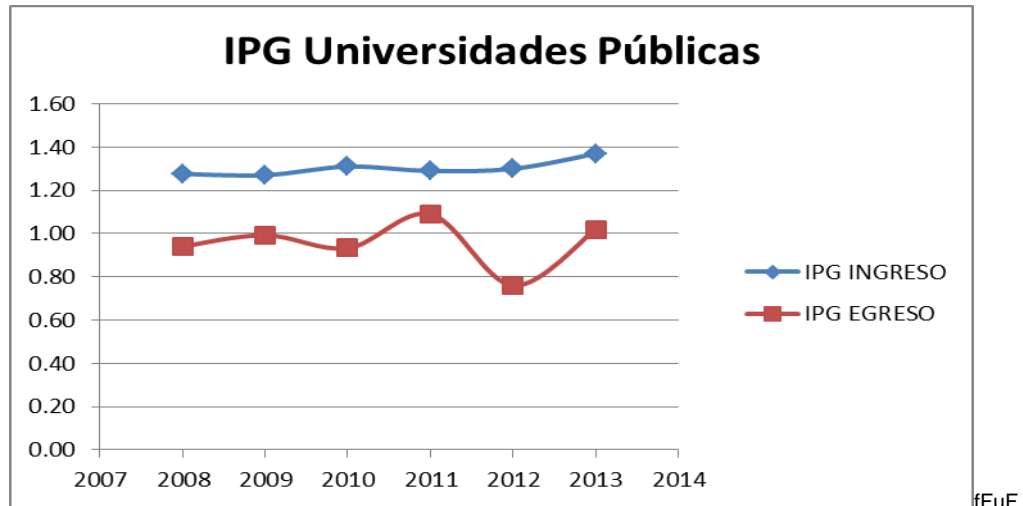
Cuadro 3. 3. Índice de Paridad de Género de los estudiantes de la cohorte 2.008-2.013 de las universidades públicas y privadas

Cohorte	Tipo Universidad	Sexo	n estudiantes	IPG
Ingreso cohorte 2.008	Universidad	Hombres	5.853	
	Pública	Mujeres	4.276	1.37
	Universidad Privada	Hombres	2.357	
Graduados cohorte 2.013	Universidad Privada	Mujeres	1.655	1.42
	Universidad	Hombres	719	
	Pública	Mujeres	711	1.02
	Universidad Privada	Hombres	238	
	Privada	Mujeres	374	0.63

Fuente: bases de datos del estudio
Elaborado por: Rita Bedoya

En el gráfico 3.3 se observa la tendencia del Índice de Paridad de Género (IPG) de los estudiantes que ingresan y de los estudiantes que egresan en las universidades públicas. El IPG de ingreso mantiene una tendencia siempre mayor a uno, es decir ingresan más mujeres que hombres y el IPG de egreso mantienen una tendencia menor a uno, es decir, egresan menos mujeres que hombres.

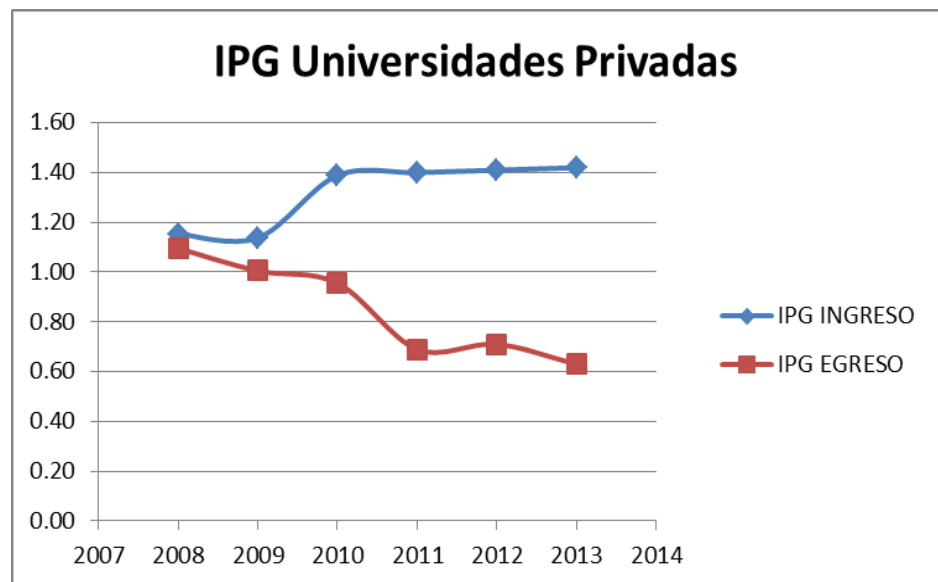
Gráfico 3. 1. Índice de Paridad de Género IPG en universidades Públicas



Fuente: bases de datos del estudio
Elaborado por: Rita Bedoya

En el gráfico 3.2 se observa la tendencia del Índice de Paridad de Género de los estudiantes que ingresan y de los estudiantes que egresan en las universidades privadas. El IPG de ingreso mantiene una tendencia siempre mayor a uno, es decir ingresan más mujeres que hombres y el IPG de egreso mantienen una tendencia menor a uno, es decir, egresan menos mujeres que hombres.

Gráfico 3. 2. Índice de Paridad de Género IPG en universidades privadas



Fuente: bases de datos del estudio
Elaborado por: Rita Bedoya

3.9. Discusión

A nivel mundial, de acuerdo a lo declarado en los Objetivos del Milenio propuesto por las Naciones Unidas, el IPG equitativo está entre 0,97 y 1(75). En este estudio se encontró que

el IPG en los médicos del MSP en la franja de población de 25 a 30 años en el año 2.008 y 2.012 fue 2,36 y 1,41, respectivamente; estos datos muestran que del 2.008 al 2.012, aunque siguen siendo más mujeres que hombres en el valor absoluto, para el 2.012 el número de mujeres profesionales insertadas en el MSP disminuyó. Estos resultados ya fueron publicados.(19)

Por otro lado, si se observa el comportamiento de las plazas vacantes en el año 2.012 respecto al 2.008, aumentó 6,1 veces; es decir, para el 2.012 aunque existen más plazas laborales en oferta, estas no se llenan. Al analizar el IPG se podría proponer que principalmente las mujeres jóvenes no se interesan en trabajar en el MSP.

En la Constitución del 2.008 se crea una normativa que permite que en Ecuador se inicie un sistema de Educación Superior basado en los principios de Buen Vivir que buscan lograr la igualdad de oportunidades, mediante la creación de mecanismos que garanticen que todos los estudiantes tengan las mismas posibilidades en el acceso, permanencia, movilidad y egreso del Sistema de Educación Superior evitando la discriminación de género, orientación sexual, credo, etnia, cultura, preferencia política, discapacidad o condición socioeconómica, esta pauta distributiva se basada en el mérito. El Buen Vivir plantean un nuevo paradigma que busca la potenciación de las cualidades humanas que finalmente nos permita vivir bien en vez de vivir mejor.(74)

Un estudio ecuatoriano del año 2.008 muestra que de 44.824 graduados/as universitarios de todas las carreras, el 60 % fueron mujeres. En este mismo año, la diferencia en el rendimiento académico entre hombres y mujeres fue de 20 puntos a favor de las mujeres. Este estudio no especifica la información por profesiones.(68)

En el 2.008 IPG de los estudiantes de medicina, que ingresaron tanto a universidades privadas como públicas, en este estudio, mostró que hay más mujeres que hombres (IPG 1,37 y 1,42, respectivamente) y seis años después, en promedio, se graduaron más hombres que mujeres (IPG 1,02 y 0,63 respectivamente). Para América Latina, el IPG para el 2.009 fue de 1,3 para los graduados universitarios, sin estratificar por profesiones.(19)

El IPG de los/las estudiantes de medicina muestra que ingresan a estudiar la carrera más mujeres que hombres, como se cita en el párrafo anterior, se gradúan más hombres que mujeres o lo hacen en igual número. Este dato se presenta en otros estudios tanto en países desarrollados como en América latina, a esta situación se le ha denominado el "efecto

tijeras", este efecto describe la forma en que se va recortando la pirámide profesional universitaria, llegando al techo profesional menos mujeres.(76,77)

En este momento en que Ecuador enfrenta una política de fortalecimiento social, la importancia de analizar la distribución por sexo de los estudiantes de medicina y de los funcionarios jóvenes que se insertan en el sistema público es crucial. El supuesto de que existen más mujeres estudiando y graduándose de médicas, contrasta con el hecho que el sistema sanitario público de Ecuador, no se cubren las plazas de trabajo.(19)

En este estudio constituyeron limitaciones, el no contar con información histórica que permitiera demostrar los cambios en la inserción de la mujer en la formación médica, el solamente haber realizado análisis de las bases del MSP y no las de otras instituciones que forman parte del sistema público, esto implica que las conclusiones podrían variar.

Los datos de este estudio, abren interrogantes que demuestran la necesidad de buscar las explicaciones que den cuenta de como se produce el camino de deserción estudiantil de las médicas y que aclaren las razones de por que los y las jóvenes médicos/as deciden no insertarse en la función pública y que condiciones de género influyen esta decisión.

CAPITULO CUATRO

4. Estudiocualitativo: Profesión médica, género e inserción laboral en el Ecuador, 2014

4.1. Introducción

4.1.1. Profesión médica

La definición de profesión, en términos generales, tiene la particularidad de ser activa, su significación es dinámica, va cambiando con la historia y el ámbito laboral. Según el diccionario de la Real Academia de la lengua española se define profesión como el “empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución”(78)

La profesión médica, como se mencionó en el capítulo 1 de este documento, es la ocupación en la que, aplicando un cuerpo de conocimiento especializado, tanto hombres como mujeres, afrontan los problemas relacionados a la salud y a la enfermedad, y en la que prima el espíritu de servicio en busca del beneficio del enfermo (1).

La profesión médica basa su ejercicio profesional en un conocimiento especializado adquirido en un nivel de estudio superior, su desempeño está encaminado a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades, mediante el uso y la transmisión del conocimiento científico. La profesión médica es una actividad que se realiza con espíritu de servicio para prestar la mejor asistencia posible, a las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad, a partir del principio de autonomía del médico, aspectos que no distinguen la condición de sexo del profesional. (79)

La actividad médica ha cambiado con el pasar de los años. En el siglo XI fue considerada de estatus, junto a leyes, filosofía y teología.(45) Las profesiones con estatus fueron protegidas por los estados, ganaron grandes privilegios a cambio de un trabajo dedicado, sacrificado, que exigía compromiso, por ejemplo los médicos y su trabajo con los pacientes. En esta época, quienes ejercían la medicina eran hombres, las mujeres estaban ligadas al cuidado de los enfermos en calidad de enfermeras o de religiosas que trabajaban en los hospicios, que más tarde se convertirán en los hospitales, donde los médicos empezaron a enseñar la medicina.(21)

Para el siglo XVIII, los médicos en Europa lograron ser reconocidos como profesión y se organizaron en colegios profesionales, que abalanzan la formación en las diferentes facultades de medicina de las universidades, públicas así como privadas. Las y los médicos adquieren un código de Deontología estricto, que deben seguir so pena de ser expulsados de los colegios profesionales. La profesión adquirió importancia y a partir del año 1.915 se inició la formación de las especialidades, las mismas que desde su inicio fueron distintas según el sexo del profesional médico.(45)

Con el pasar de los años, el ejercicio de la profesión médica reconoce estar en conflicto con el principio de autonomía, ya que desde hace aproximadamente cuatro décadas la industria biomédica ha cobrado preponderancia en el ejercicio profesional y los conflictos de interés tienen alto potencial de estar presentes. La propuesta de la profesión médica basada en la epidemiología y el conocimiento de la enfermedad se enfrenta a los criterios de la industria biomédica que, utilizando las herramientas del mercado, generan necesidades en los médicos y los pacientes que ha cambiado la práctica profesional.

La autonomía, valor primordial del ejercicio profesional de los médicos, se siente cuestionada ante la injerencia de la industria biomédica, que requiere de las y los profesionales aceptación y participación, para lograr sus propósitos, aspectos que no son distintos por el sexo del médico.

Ante esta realidad algunos médicos y médicas han presentado iniciativas como “No gracias”(80) que busca independizar su criterio ante la presión de la industria biomédica negándose a recibir regalos, una de las estrategias de control que usa la industria biomédica, (81) como una misión en busca de la recuperación de la independencia.

Respecto a la formación de especialidades médicas, a partir de 1.915, en que se produce el movimiento flexneriano que promueve la formación de las especialidades médicas, las y los profesionales están cada vez más fragmentados, las diferentes especialidades se articulan en sociedades científicas que tienen muy poca coordinación horizontal y que buscan profundizar en conocimientos verticales, muchas veces a costa de perder la visión de la integralidad del proceso salud, enfermedad, curación, control y/o muerte.(81)

Frente a esta realidad existen grupos profesionales que en diferentes partes del mundo, sin distinción del sexo, buscan debatir las definiciones de profesión médica, hacen énfasis en cumplir una serie de competencias y valores para incorporar las creencias y la mística personal que ayude a que los profesionales establezcan relaciones con compromiso. La

propuesta actual es que los colegios profesionales revisen sus declaraciones de principios para empoderarse y renovar las promesas que establecen con la sociedad.(82)

La profesión médica en Ecuador se inicia formalmente en 1.827 con la creación de la primera facultad de medicina en la Universidad Central, financiada por el estado, siguiendo los parámetros internacionales que imperaban en la época para la formación de los médicos. A partir del año 1.964 se organizaron colegios médicos en cada región de Ecuador y una Federación Médica Nacional, vigentes hasta en día de hoy.(23)

En la década de los noventa la educación privada aumentó en consonancia a la política neoliberal asumida por Ecuador, se crearon una serie de facultades de medicina, desde el sector privado, llegando a ser, en total, 26 facultades a nivel nacional. Para el año 2.008, con un gobierno de propuesta socialista, se creó el Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES), ente regulador de la educación superior en el país. De sus primeras acciones de regularización y control, se cerraron cuatro facultades de medicina (todas privadas); y, para el año 2.015, luego del primer proceso de acreditación,³⁵ 10 de las 22 facultades de medicina se certificaron (2 públicas y 8 privadas).(69)

La carrera de medicina se realiza en seis años, en los cuales debe lograr dominio de las ciencias básicas, habilidades clínicas y haber realizado un año del internado rotativo³⁶ que les permite desarrollar la práctica profesional. Según el Decreto Ejecutivo que actualizó la normativa No. 1516, publicado en el Registro Oficial No. 337 del 31 de mayo de 2.001 debe realizar el año de medicina rural³⁷ de manera obligatoria.(84) La medicina rural se gestiona desde un sistema de sorteo del orden para escoger el lugar de trabajo y grupos prioritarios, las mujeres médicas embarazadas están entre los grupos prioritarios para tal sorteo, luego médicas y médicos con hijos pre-escolares. Para el grupo de médicas y médicos solteros no hay ningún tipo de distinción.

Una vez realizada la medicina rural, un médico/a puede ejercer la profesión. El sistema sanitario ecuatoriano, como ya se ha indicado, se caracteriza por mantener de manera independiente la gestión pública y la privada; si bien el Ministerio de Salud Pública es el ente

³⁵ La acreditación fue un proceso por el cual, teniendo en cuenta 36 indicadores, 24 cuantitativos y 12 cualitativos se evaluó el entorno de enseñanza y los resultados de aprendizaje.(83)

³⁶ En Ecuador el internado rotativo corresponde al último año de formación médica y consiste una rotación de tres meses en hospitales de segundo y tercer nivel en los servicios de medicina interna, pediatría, ginecología y emergencia y por el primer nivel de atención a esta rotación se le denomina pre rural.

³⁷ Medicatura rural, el decreto obliga a trabajar en el sitio que el estado le asigne durante un año antes de habilitarle para ejercer la profesión médica.

rector. En cualquiera de los dos sistemas de gestión, el médico/a general puede insertarse como residente hospitalario³⁸. El siguiente paso es realizar estudios de posgrado para lograr una especialidad.

Si bien el número de médicos, tanto en el sector público como en el privado, parece similar, al comparar las tasas de incremento en la década del 2.000 al 2.010 se puede observar un crecimiento del 68% de profesionales médicos en el sector público, en contraste al 80% de incremento en el sector privado; sin embargo, los datos nacionales respecto a este indicador tienen debilidades en el sistema de registro, pues las y los médicos podrían estar trabajando por horas, tanto en el sector público como en el sector privado, en diferentes horarios. (34)

El sistema de salud en la gestión pública organiza el trabajo para la consulta médica en horarios rígidos. El médico, que se define como un sujeto autónomo, liberal, con un cuerpo de conocimientos, y en el que prevalece la construcción de un entorno para un buen desarrollo de la relación médico - paciente, entra en conflicto con la propuesta de la política pública por parte del estado, en términos de organización del trabajo y regulación del recurso humano profesional. (66)

A decir de varios analistas ecuatorianos, si bien el estado responsable de la salud pública demanda procesos administrativos eficientes, de la manera en la que está planteada la organización del trabajo existen frenos que muchas veces dificultan que la relación médico - paciente se establezca con las características necesarias (relación con calidad y calidez). (66) En el cuadro ministerial 1849 del año 2.012 se estableció un sistema de regulación del horario de trabajo y dedicación al sistema público por el cual se obliga a las y los médicos, inmersos en este sistema, a trabajar en exclusiva durante ocho horas al día; además se regulan las horas de docencia y dedicación al número de universidades en la que las y los médicos fuesen docentes, entre otros aspectos. (63)

El sistema de evaluación del médico/a que labora en el sector público está basado en el cumplimiento de cuotas de número de pacientes asignados, cumplimiento de metas de cobertura de atención en problemas epidemiológicos específicos y grupos poblacionales considerados prioritarios, además del cumplimiento de actividades de gestión administrativa, como elaboración de informes; no se considera la formación continua ni la investigación. Las condiciones mencionadas definen el trabajo del médico, dentro de un perfil de funciones

³⁸Se denomina residente hospitalario al médico/a general que realiza guardias en diferentes servicios de los hospitales de segundo y tercer nivel, sin ser especialista o posgradista del área clínica en la que trabaja.

denominado servidor público y es clasificado de acuerdo a su formación en categorías que determinan las remuneraciones y su incremento. (15)

Los y las profesionales que trabajan en la consulta privada, logran mantener una autonomía en la toma de decisiones en cuanto al tiempo que dedican a sus pacientes, muchas veces en horarios más extensos que en el ámbito público, pero organizan su trabajo de manera personal. La toma de decisiones clínicas muchas veces está basada en las condiciones económicas del paciente.(85) Cuando el profesional trabaja con una aseguradora, pasa a convertirse en dependiente de las razones de eficiencia determinadas por tal empresa, espacios en el que también pierde su autonomía. En este tipo de ejercicio profesional la formación continua y la participación en investigación dependen de la iniciativa del profesional o de la institución privada en la que trabaje.

Los médicos en Ecuador también están sujetos a la influencia del *marketing* implementado por la industria biomédica, que utiliza diferentes estrategias para lograr que los médicos consuman los productos que promueven, estas estrategias tienen que ver con diversos tipos de regalías (pagos de viajes, inscripciones a congresos, refrigerios, muestras médicas) que se destinan en función del tipo de relación establecido; tácticas que están presentes tanto en el ámbito público como en el privado.(86)

La distribución de profesionales médicos generales, en estudios de especialidad o especialistas por variables como sexo, tiempo de dedicación al trabajo remunerado o por el tipo de especialidad no ha sido posible realizarlo por falta de registros hasta el año 2.006, en el que se inició un registro que permitió encontrar el Índice de Paridad de Género en estudiantes de medicina en el cual se realizó una análisis del IPG por cohortes del 2008 al 2013 encontrándose que tanto en universidades públicas como en universidades privadas ingresan más mujeres y se gradúan menos produciéndose lo que se denomina el efecto tijeras.(19)

En el año 2.012 el INEC realizó un estudio sobre la cuantificación del tiempo de trabajo no remunerado (trabajo doméstico) de los profesionales ecuatorianos, independientemente del tipo de profesión, estratificado por sexo. Los resultados mostraron diferencias entre hombres y mujeres. Los hombres dedicaron 20,95 horas a la semana al trabajo doméstico, mientras las mujeres dedicaron 35,09 a la semana; los hombres con estudios de posgrado dedicaron 10,49 horas a la semana, mientras que las mujeres con igual nivel de educación dedicaron 26,47 horas a la semana. (87)

Lo detallado en el párrafo precedente muestra que apenas desde la década del 2.000, en Ecuador se empieza a cuantificar las características sociales, laborales o de educación con enfoque de género.

4.1.2. Género

El género es un concepto definido socialmente, varía de acuerdo con la cultura, la comunidad, la familia, las relaciones interpersonales y las relaciones grupales y con cada generación. Este término hace alusión al “conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres”; por lo tanto, a la evolución durante el curso de la vida de la comprensión de la masculinidad y feminidad.(88)

El concepto de género es central en la teoría feminista, que define el género (lo masculino/lo femenino) como una construcción cultural y no como una realidad natural, consustancial al ser humano. En este sentido, el género es el resultado de la inmersión en un conjunto de valores socialmente construidos que dan lugar a la concepción de "lo femenino" o de "lo masculino", por ejemplo, la humanidad ha impuesto a la mujer, encadenado a sus características biológicas sexuales, una imagen concreta de lo que "debe ser", creando la relación entre sexo (macho/hembra) y género.(89)

Se reconoce que existen varias disciplinas que conceptualizan el género de manera diferente, una de ellas es el psicoanálisis. En esta investigación no se tomó en cuenta los conceptos psicoanalíticos que explican los problemas de identidad sexual; y más bien por considerarse pertinente a los objetivos de este estudio, se toman en cuenta las propuestas de teóricos/as que siguen definiciones sociológicas y antropológicas e incluyen una visión cultural.(90)

Pierre Bourdieu³⁹ (1.930 – 2.002) define género en los siguientes términos: “la cultura marca a los sexos con un género y el género marca las interrelaciones humanas con percepciones, religiosas, sociales, políticas y cotidianas que responden a un simbolismo que requiere ser entendido en el esquema cultural de género”.(91)

³⁹Bourdieu nació en París 1.930muere2.002, fue uno de los más destacados representantes de la sociología contemporánea. Logró reflexionar sobre la sociedad, introdujo o rescato conceptos claves de su teoría son los de "habitus", "campo social", "capital simbólico" o "instituciones".

Para Joan Scott⁴⁰ (1.941) el género es “el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es [propio] de los hombres (lo masculino) y [propio] de las mujeres (lo femenino)”.(92)

Esta investigadora plantea que el género permite analizar las operaciones de la diferencia y el funcionamiento del poder. Scott realiza sus análisis históricos tomando en cuenta los siguientes elementos: en primer lugar los símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones; en segundo lugar, los conceptos normativos que manifiestan las diversas interpretaciones de esos símbolos; tercero las nociones políticas, las instituciones y organizaciones que encarnan esas interpretaciones; y por último, las identidades subjetivas que produce. (93)

Martha Lamas⁴¹(1.947) propone que “la nueva acepción de género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres. Por esta clasificación cultural se definen no sólo la división del trabajo, las prácticas rituales y el ejercicio del poder, sino que se atribuyen características exclusivas a uno y otro sexo en materia de moral, psicología y afectividad.” (92)

Tanto Lamas como Bourdieu coinciden en señalar que la cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano. Por eso, para desentrañar la red de interrelaciones e interacciones sociales del orden simbólico vigente se requiere comprender el esquema cultural de género.

Las diferentes investigaciones realizadas bajo este enfoque, coinciden en señalar que las mujeres no tienen atributos que se deriven de la biología, sino que son representaciones, construcciones simbólicas, dadas por el lenguaje, en cada cultura los cuerpos de las mujeres y de los hombres adquieren cierto significado gracias a una operación simbólica básica, que va construyendo la feminidad y masculinidad.(91)

Bourdieu mediante sus investigaciones de corte etnográfico aporta con el concepto de “*habitus*”, que lo describe en los siguientes términos: “todo conocimiento descansa en una

⁴⁰Joan Scott nacida en Brooklyn, New York, 1.941, historiadora especializada en temas de género, aporta con una metodología para análisis histórico con enfoque de género.

⁴¹Martha Lamas antropóloga mexicana, nacida en 1.947, fundadora de la primera revista feminista de México, editoralista de varias revistas feministas, investigadora en temas de género en el Fondo de la Cultura Económica de México.

operación fundamental de división: la oposición entre lo femenino y lo masculino. La manera como las personas aprehenden esa división es mediante las actividades cotidianas imbuidas de sentido simbólico, es decir, mediante la práctica cotidiana. Establecidos como conjunto objetivo de referencias, los conceptos cotidianos sobre lo femenino y lo masculino estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social.”(55)

Tanto en hombres como en mujeres, qué es lo masculino y qué es lo femenino está profundamente arraigado y generalmente lo masculino tiene primacía y se considera natural, estos pensamientos binarios se convierten en esquemas, no pensados de pensamiento o “habitus”; es decir, son producto de la encarnación de la relación de poder que lleva a creer que al relación dominante/dominado es natural.(10)

4.1.3. Patriarcado

El concepto de patriarcado es cardinal dentro de la crítica que el feminismo hace a la sociedad. De acuerdo a su etimología, la palabra "patriarca" se compone de las palabras griegas "ἀρχω" (mandar) y "πατήρ" (padre) y se refiere a la organización social que otorga la primacía a la parte masculina de la sociedad, e institucionaliza la influencia del padre de familia. (94)

La teoría feminista ha reformulado el significado de este término. Las diferentes corrientes del feminismo definen el patriarcado como: “el dominio del orden social por los varones, que se manifiesta de innumerables formas, a través de mitos y creencias que convierten la situación de subordinación de la mujer en "lo natural". (95)

4.1.4. Feminismo

El diccionario de la lengua española, define feminismo como “doctrina social favorable a la mujer, a quien concede capacidad y derechos reservados antes a los varones”. En su segunda acepción, es el movimiento que exige para las mujeres iguales derechos que para los varones.(78)

El feminismo es un movimiento político que ha creado un amplio conjunto de teorías sociales; la teoría feminista ha dado lugar a la aparición de disciplinas de estudio como por ejemplo la teología feminista, el feminismo de la diferencia, el feminismo de la igualdad, el feminismo marxista, el feminismo liberal, el feminismo islámico, el feminismo lésbico, el transfeminismo, etc. Por esta razón no es posible hablar de "feminismo" sino de "feminismos" (en plural). (96)

En esta línea, se define feminismo como el conjunto heterogéneo de ideologías y de movimientos políticos, culturales y económicos que tienen como objetivo luchar por la igualdad de derechos entre varones y mujeres. El feminismo es un movimiento de transformación de las relaciones de poder entre varones y mujeres, para ello, realiza una crítica en términos feministas de la sociedad, crítica que entra en conflicto directo con la visión androcéntrica⁴², que ha sido hegemónica en la historia.(97,98)

En su consideración de movimiento social, el feminismo se conceptúa como un proceso, una sucesión de etapas o fases, también llamadas "olas". Se reconocen tres olas del feminismo cada una con su aporte específico.

La primera ola del feminismo es un movimiento social y político que surge en el siglo XVIII busca la toma de conciencia, de las mujeres como grupo, de la opresión, dominación y explotación de que han sido objeto por parte del colectivo de varones en el seno del patriarcado, en sus distintas fases históricas. Esto determina el planteamiento de reivindicaciones sociales para conseguir leyes más justas como: custodia de los hijos, divorcio, educación superior, control de sus propiedades para las mujeres casadas, derechos al sufragio, igualdad en los derechos, al trabajo y al salario. (99)

La segunda ola del feminismo plantea el paradigma de la igualdad de los sexos. Simone de Beauvoir dice “no se nace mujer se hace mujer”, se busca entender la construcción del sujeto masculino y femenino desde una explicación antropológica y sociológica que propone que la cultura define el género masculino y femenino. Esta época del feminismo es muy rica porque surgen varios debates entre ellos el de los/las pensadores psicoanalíticos que incluyen al inconsciente en la construcción de la identidad sexual.(95)

La tercera ola del feminismo como lo menciona su principal representante Judith Butler⁴³, que con influencia del pensamiento de Bourdieu, cuestiona la heteronormatividad, propone que no existe lo femenino y lo masculino, que las identidades sexuales son “*performances*” que se construyen y cambian, de su pensamiento surge el movimiento queer, que ha sido muy activo para reclamar un espacio en la sociedad de las personas con identidades sexuales diferentes. (98, 100,101)

⁴²Visión androcéntrica se refiere la propuesta que organiza las relaciones de poder, tomando como centro el andro= hombre, que es opuesta al feminismo que busca romper con esta estratificación del poder.

⁴³Judith Butler, nació en 1.956, Cleveland, Estados Unidos, filósofa post-estructuralista que actualmente ocupa la cátedra de Retórica, Literatura comparada y Estudios de la mujer, en la Universidad de California, Berkeley, ha realizado importantes aportaciones en el campo del feminismo, la Teoría Queer, la filosofía política y la ética.

En Latinoamérica las feministas han planteado que ha existido un eurocentrismo, esta circunstancia se aprecia por un dominio del pensamiento anglosajón en el pensamiento feminista que, ha dificultado incluir las realidades específicas de las mujeres indígenas, mestizas, negras que viven y se piensan en localidades concretas distintas.(99)

Entre los años 1.960 al 1.980, en América Latina prevalecieron gobiernos desarrollistas y dictaduras militares en el Cono sur y Centro América. En la región andina la postura feminista fue crítica a un estado maternalista que no permitía la construcción de sujetos autónomos, la figura de la mujer/madre fue resinificada. En el caso del Cono sur el estado violaba los derechos humanos y reforzaba una actitud masculinista, con la construcción de un sujeto patriarcal por excelencia.(102)

Desde los años ochenta, progresivamente, se instaló el neoliberalismo, que buscó minar el rol del estado en la economía y la vida social, dando paso a políticas de ajuste macroeconómicas y estructurales. El estado asume un rol de cuidador focalizado en mujeres madres pobres, instalando políticas sociales que incluyen transferencias monetarias, por otro lado asume el rol punitivo adoptando políticas de seguridad como parte de la agenda social. En este contexto los movimientos de feministas asumen una postura de reclamo por igualdades de género.(99)

La década de los noventa estuvo marcada, entre otros aspectos, por un feminismo liberal⁴⁴, que logra ciertos derechos por la igualdad de género y la no discriminación para las diversidades sexuales; sin embargo, no cuestiona la gobernanza neoliberal, y más bien se alinea con el modelo de gobernabilidad adoptado. Estos feminismos fueron cuestionados por su estatización⁴⁵, su “onegeización”⁴⁶ y su franca inserción en el estado, el movimiento se despolitiza y pierde su carácter contracultural.(103)

También en esta década se registró el cuestionamiento de cómo se han procesado las diferencias, las desigualdades y las exclusiones. En esta época en que se instala el mercado como eje del desarrollo y se cree que la supervivencia depende de la iniciativa individual, el feminismo se interroga sobre los referentes teóricos de los movimientos

⁴⁴El feminismo liberal se basa, en el principio clásico del liberalismo que mantiene que la felicidad es el único valor que, es un fin en sí mismo, por lo tanto cada individuo tiene el derecho a defender su felicidad y sus intereses.

⁴⁵Estatización, se refiere a los grupos feministas que estaban posicionadas en reivindicaciones específicas como luchas por derechos a la tierra, al agua que se denominaban ecologistas, se insertan en el estado, en niveles como ministerios del ambiente, por poner un ejemplo.

⁴⁶“Onegeización” otros grupos de feministas conforman organizaciones no gubernamentales (ONGs), que se enquistan en sus reflexiones y realizan acciones puntuales o investigaciones puntuales, perdiendo su actitud militante y tornándose funcionales al sistema.

feministas vigentes en Latinoamérica y la construcción del sujeto político feminista; surgen voces de migrantes, ecologistas, indígenas, afro descendientes que señalan la ausencia de sus demandas de género.(104)

En la siguiente década el reconocimiento de las desigualdades entre mujeres quedó pospuesto, al haberse institucionalizado los movimientos feministas en busca de igualdad de oportunidades que tuvieron diferentes resultados en cada país. En la época pos neoliberal existe un retomar de luchas en las calles en aspectos puntuales como la defensa de otras perspectivas frente a la religión y el aborto.(105,106)

En esta década, en Latinoamérica, el feminismo planteó que el dilema autonomía versus institucionalización ha trascendido, desde el año 2.000 se puede observar un panorama diverso de los feminismos. Los Foros Sociales Mundiales⁴⁷ han logrado trascendencia y el concepto de los derechos humanos de las mujeres se ha profundizado y ampliado, logrando, en algunos países, incorporar estos derechos en sus constituciones. (107)

4.1.5. Profesión médica y enfoque de género

En el mundo, en general, los estudios sobre las condiciones laborales de la profesión médica con enfoque en género aún son escasos; y, en Ecuador no existen reportes que analicen este tema. González Leandri en Buenos Aires (2.006) realizó un diagnóstico del estado del arte de las investigaciones de trabajo y profesiones y señala que durante años los estudios sobre este aspecto quedaron subsumidas bajo grandes conceptos sociológicos como son clase y burocracia. (108)

Los vínculos entre género y profesiones analizan los roles de género y las identidades profesionales, por ejemplo, a través de los contenidos de la enseñanza en la educación superior o en la constitución de “vocaciones” afines al género de los individuos. Esto ayuda a entender cómo los cambios en la composición de género de algunas profesiones pueden producir modificaciones en la conformación de las masculinidades y feminidades, contribuyendo con ello a modificar los propios ámbitos profesionales. Otro aspecto importante de este tema de investigación ha sido los límites de desarrollo profesional que se dan, en función del género o lo que se ha llamado “techos de cristal”.(109–111)

⁴⁷ Los Foros Sociales Mundiales son reuniones de convergencia de movimiento y organizaciones que luchan en contra del neoliberalismo y ocurren coincidentes en los lugares y fechas en que se producen las reuniones de Organización Mundial de Comercio (OMC), Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional (FMI), Grupo de los Ocho (G8), Cumbre Europea, Cumbre de las Américas.

Otros estudios plantean que “profesión” es uno de esos conceptos que las ciencias sociales lo toma como “conceptos naturales”; es importante ir más allá de la perspectiva que ve a las profesiones como una comunidad (cognitiva, normativa y evaluativa), para revelar el camino que recorre el/la estudiante hasta llegar a obtener la profesión, este recorrido, sin duda tiene nudos de conflicto y lucha de intereses que deben ser revelados por los estudios de una profesión. (56)

Otros autores como Freidson⁴⁸ y Gramsci⁴⁹, postularon la importancia de insertar en el análisis de las profesiones, un contexto de clases, donde conocimiento y propiedad se entrelazan y nos ayudan a comprender cómo una determinada ocupación llega a tener el poder y el estatus de una profesión.(112,113)

Las profesiones viven procesos de transformación y cambio, son heterogéneas, tiene diversidad interna, dimensiones específicas de poder y conflicto, la profesión médica es un claro ejemplo de estos cambios, la industria biomédica en este caso es determinante en el estado con sus diferentes sistemas de salud y la organización de su gestión, las redes de poder políticas y los usuarios de sus servicios influyen en la profesión. En el análisis en una profesión el poder y la estratificación interna debe tenerse en cuenta el enfoque de género.(56)

Para analizar las profesiones desde la perspectiva de género hay que entender las relaciones en el mercado de trabajo, con la educación e instancias que consagran, reproducen y transforman las relaciones de género. En la profesión médica es necesario preguntarse por los símbolos y representaciones de las y los profesionales médicos y cómo estas son interpretadas y re significadas por los hombres y mujeres en la elección de sus profesión.(114)

A partir de la multiplicidad del concepto de profesión y su interrelación con marcos más generales, como son los de la educación y el trabajo, interesa mencionar, en lo relativo a la educación, la idea del currículo oculto de género. El contenido de un currículo es lo que se explicita, se va a enseñar, que sin duda está atravesado por múltiples determinantes culturales e institucionales, que incluye conocimientos, actitudes y prácticas, en el caso del

⁴⁸Eliot Freidson norteamericano, (1938 - 2.005) se lo sitúa entre los estudios culturales del trabajo: hace hincapié en el papel de la historia nacional para comprender las diferentes profesiones, así como el papel de la ideología del grupo profesional como inherente al estatus de una profesión.

⁴⁹ Gramsci nació en Italia, 1.891, fue un filósofo, teórico marxista, político y periodista italiano. Escribió sobre teoría política, sociología, antropología y lingüística.

médico, contribuyen a formarle en su oficio. El currículo oculto de género; es decir, la reproducción de los roles e identidades del sistema de género hegemónico, es el que sin constar de manera explícita en los documentos oficiales, los estudiantes adquieren. (115)

Los estudios sobre género y trabajo, a nivel teórico han cuestionado la idea de trabajo asalariado fuera del hogar y el trabajo doméstico, esta perspectiva ha visibilizado al trabajo doméstico como espacio de explotación laboral, poniendo a la luz las dobles y triples jornadas a las que son sometidas las mujeres trabajadoras. La condición de la mujer profesional que, sea que trabajen en relación de dependencia, o de forma independiente, deben resolver de manera privada la cuestión del trabajo doméstico.(116)

Otro campo de investigación se ha dirigido al trabajo de cuidados, el mismo que se refiere al nicho laboral abierto en las sociedades del primer mundo que tienen población envejecida, con tasas de recambio poblacional bajas y por tanto requieren la presencia de mujeres que cuiden de sus ancianos y de sus enfermos. Esta área de investigación constituye un vaso comunicante de un análisis de género entre la sociología de las profesiones y la sociología del trabajo. La trayectoria de las mujeres profesionales y la resolución del trabajo de cuidados, tiene que ver en gran medida con los modos en que las profesionales resuelven la conciliación familia y trabajo. (117)

Analizar las estrategias familiares y las trayectorias laborales de las mujeres profesionales, desde un punto de vista de género, es un reto, sobre todo en lo que respecta al involucramiento masculino en el trabajo doméstico y a la emergencia de nuevas realidades que desafían ciertos avances de las mujeres profesionales, como el “niñismo” o la “kindergarquía”⁵⁰.(118)

Los estudios de género y profesión, dan cuenta de la problemática que enfrentan profesiones que esta feminizadas como son los casos de las maestras, las trabajadoras sociales, las enfermeras, las obstetras; es importante mencionar que profesiones históricamente femeninas, como la enfermería, la docencia, el trabajo social, a pesar de tener formación universitaria son consideradas como “semiprofesiones”. Incluso para el caso de las profesiones con estatus como por ejemplo, la medicina, cuando hay que explicar su

⁵⁰ Autoras como Elizabeth Baninter se refiere a este término como una regresión en los derechos de las mujeres, cuando la elección por centrarse exclusivamente en la crianza de los hijos implica pérdida de autonomía económica, el *niñismo* o *Kindergarquía* hace referencia a las mujeres profesionales que han llegado a niveles importantes de desarrollo profesional, económico y de responsabilidad, que lo abandonan todo por medicarse a ser las “madres perfectas” y centrar sus conocimientos en gerenciar las actividades de sus hijos.

feminización, algunos investigadores, mencionan que el fenómeno va acompañado de una caída del prestigio profesional o una precarización de sus condiciones de trabajo.(117)

En espacios supuestamente menos hostiles a la discriminación como la universidad, sigue habiendo barreras, algunas invisibles y sutiles, que dificultan el acceso de las mujeres a puestos con poder y prestigio, en este sentido, existen estudios que han mostrado la clara segmentación vertical de género, por ejemplo, en la carrera científica.(119)

Los estudios de género y profesión muestran dos aspectos a considerar en la relación entre género y profesiones: en primer lugar, el aporte específico, esto es, desde su experiencia biográfica, personal, corporal y de modo diferencial, hombres y mujeres aportan de manera singular al conocimiento de las distintas profesiones. En segundo lugar, se pone de manifiesto el poder y las jerarquías entre los géneros al revelarse la íntima relación que existe entre prestigio, estatus y género, lo cual se puede considerar como una dimensión simbólica y política. (22)

Para explicar los aspectos de discriminación sutil presente en la segregación vertical Bourdieu propone el análisis de la “vocación” como un mecanismo de violencia simbólica, la misma que está presente en la autoexclusión que sustituye la exclusión expresa. Así, la violencia simbólica incorpora la idea de “vocación”, determinando que muchas mujeres opten por salirse de los lugares de poder y alta competitividad, sienten que deben tomar decisiones basadas en las ideas de género hegemónicas que consideran esos puestos como no aptos o inconvenientes para las mujeres. (91)

Si las mujeres persisten en su idea, de ejercer roles con poder reciben una sanción social. En este sentido, Bourdieu propone que “las mujeres que han alcanzado puestos muy elevados tienen que “pagar” de algún modo ese éxito profesional con un éxito menor en el orden doméstico (divorcio, matrimonio tardío, soltería, dificultades o fracasos con los niños, etc.) y en la economía de los bienes simbólicos, o, al contrario, que el éxito de la empresa doméstica tiene a menudo como contrapartida una renuncia parcial o total al gran éxito profesional”. (52)

El “éxito profesional” no es percibido de la misma manera por hombres y mujeres. Para las mujeres la conciliación familia/trabajo ocupa un lugar central en la planificación de su trayectorias profesionales, y para los hombres este no es un aspecto relevante en su trayectoria profesional.(120) Esta valoración de los espacios público y privado debe estar presente en la comprensión del mundo de las profesiones. Los hombres que logran una

visibilidad pública se consideran de éxito, mientras que las mujeres que logran éxito quedan con la sospecha de estar descuidando su espacio que es el privado.(121)

Beatriz Kalinsky⁵¹ (1.952), a partir del estudio de la experiencia femenina en lo que la autora denomina “trabajos fronterizos”, demostró que los trabajos que fueron ocupados por hombres, como es el caso de neurocirujanas o traumatólogas, y ahora son ocupados por las mujeres, pueden ser considerados como una “intrusión”; se dice que la mujer se ha “masculinizado” porque estas mujeres, empujan los límites institucionales e ideológicos de esas ocupaciones.(122)

Se considera que esta mirada, que piensa lo femenino y lo masculino como aspectos simbólicos que se encarnan en los profesionales, más allá de solamente dimensionar el número de hombres y mujeres, es una aproximación muy útil para pensar la relación entre los profesionales y su papel en la construcción de los imaginarios de género, poner de relieve cómo la reflexión sobre las relaciones de género ayuda a problematizar las dobles y triples jornadas de trabajo de las mujeres profesionales, para quienes alcanzar los “techos de cristal” quizás no sea una meta, porque viven con “mochilas de acero” que dificultan el avance de las mujeres a los sitios de poder y responsabilidad.(119)

Analizar cómo influye el género en la toma de decisiones durante la construcción del oficio de ser médico, la elección de la especialidad y la decisión de inserción laboral, de qué manera las discriminaciones sutiles están presentes para frenar el desarrollo profesional de médicos y médicas, cómo viven el conflicto entre su vida profesional y su vida familiar y, a partir de estos aspectos, explicar el comportamiento de la inserción laboral en el espacio público sanitario en el Ecuador constituyen los motivos de trabajo para esta sección de esta tesis.

4.2. Preguntas de investigación

1. ¿Qué caracteriza la percepción de los estudiantes de posgrado y de las y los profesionales médicos especialistas del sistema público y privado respecto de los conceptos de género, sexo y feminización?
2. ¿Qué caracteriza el discurso de las y los estudiantes de posgrado y de las y los profesionales médicos especialistas del sistema público y privado respecto a los

⁵¹Beatriz Kalinsky Antropóloga argentina Docente e Investigadora de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Concejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas-CONICET. Investigadora del Centro Regional de Estudios Interdisciplinarios sobre el Delito.

sesgos de género que se presentan en sus expectativas al elegir la carrera de medicina y la especialidad?

3. ¿Qué caracteriza al discurso de las y los estudiantes de posgrado y de los profesionales hombres y mujeres del sistema público y del sistema privado respecto del género y la práctica profesional?
4. ¿Cuál es el discurso de las y los profesionales del sistema público y del sistema privado respecto a las ventajas y desventajas de cada sistema para ejercer la profesión médica y como esto se relaciona con el género?

4.3. Objetivo general

Comprender la interacción de la feminización de la profesión médica, el ejercicio profesional y la inserción laboral pública en Ecuador, utilizando la teoría fundamentada y con enfoque de género, a partir de los discursos de los y las estudiantes de posgrado y de las y los médicos especialistas en ejercicio integrantes del sistema sanitario público y privado ecuatoriano en el año 2014.

4.3.1. Objetivos específicos

1. Interpretar las definiciones que los estudiantes de posgrado y los profesionales hombres y mujeres médicos especialistas en ejercicio del sistema público y privado tiene sobre feminización e inserción laboral.
2. Interpretar el discurso de los y las estudiantes de posgrado y de los profesionales médicos especialistas en ejercicio hombres y mujeres del sistema público y privado respecto de los sesgos de género que se presentan en su formación profesional.
3. Interpretar como interactúa el discurso de los estudiantes de posgrado y de los profesionales médicos especialistas en ejercicio hombres y mujeres que trabajan en el sistema público y privado respecto a su rol de género y la práctica profesional.
4. Interpretar las ventajas y desventajas que encuentran los médicos especialistas en ejercicio hombres y mujeres entre el sistema público y el sistema privado para ejercer la profesión.

4.4. Materiales y métodos

4.4.1. Tipo de estudio

Método interpretativista del cual se seleccionó la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*);

a través de la técnica inductiva, en la que se mantuvo presente la pregunta general de investigación, se buscaron las ideas, conceptos o elementos que permitan agrupar los fragmentos de discurso teniendo como criterio la relevancia, pertinencia, coincidencia y divergencia de los discursos. Para este análisis se tomó en cuenta el enfoque de género, que busco develar las desigualdades, presentes entre hombres y mujeres, para finalmente tener de forma extensiva una codificación que permitió organizar e interpretar la información en categorías y subcategorías.(123,124)

El análisis de los fragmentos del discurso de los participantes fueron seleccionados por ser pertinentes, entendiéndose por pertinente a la información que se refiere a la temática; y, por ser relevante, entendiéndose por relevante la información recurrente o asertiva respecto a la temática consultada, o por ser coincidente; es decir, que varios participantes opinan de manera semejante o divergente y fuera de la opinión de los demás participantes.

4.4.2. Población

En el diseño final del presente estudio participaron 77 médicos/as, 31 profesionales médicos especialistas hombres y mujeres que ejercen su profesión, ya sea en el sistema de salud público o en el sistema privado; y, 46 residentes de postgrado, hombres y mujeres que al encontrarse en periodo de formación universitaria, sea en universidades públicas o privadas, aún no han decidido en qué sistema (público y/o privado) van a trabajar.

Las razones que apuntalaron la decisión para la selección de la población fueron las siguientes: los residentes proceden de diferentes ciudades y universidades del país, lo que en sí mismo le confiere un carácter de territorialidad global, los residentes también son el grupo humano que en poco tiempo tendrá que tomar la decisión de insertarse en una de los dos ramas del sistema sanitario (público y/o privado). Los profesionales médicos especialistas del rango de edad 35 a 45 años, en ejercicio de su profesión en cuidado directo de pacientes, en uno de los tres niveles de atención, tomaron la decisión de insertarse en uno de los dos sistemas sanitarios y tienen los elementos vivenciales, para analizar las ventajas y desventajas de trabajar en el sistema público y en el sistema privado.

En el Cuadro 4.1 se describe las características demográficas y sociales de los participantes en el estudio. Se puede observar que del total de participantes, el 61% fueron mujeres, el 60% fueron solteros/as o divorciados/as. Respecto a la distribución por tipo de universidad en la que se formó como médico, los participantes se distribuyen en forma igualitaria tanto en universidades públicas como privadas. En cuanto a la profesión de los padres de los

estudiantes se encontró que el 49% fueron hijos de padres profesionales; y, de los hijos de padres profesionales el 36% fue hijo de médico/a.

Entre las características de los participantes estudiantes de postgrado el rango de edad estuvo entre 26 y 37 años, el 65% fueron médicas, 73% fueron solteros/ras y divorciadas/os; y, el 45% fueron hijos de padres no profesionales.

De los 31 profesionales, el rango de edad estuvo comprendido entre 35 a 45 años; se entrevistó a 17 (54,8%) mujeres, de estas el 65 % fueron solteras o divorciadas. El 58% fueron hijos de padres no profesionales.

Cuadro 4. 1. Características demográficas y sociales de los participantes

Número entrevistas	Sexo	Estado civil	Tipo universidad en la que estudió	Profesión de los padres
6 grupos focales con médicos/as de postgrado	30 mujeres 16 hombres	12 casados/as 31 solteros/as 3 divorciados/as	20 universidad pública 26 universidad privada	17 hijos/as de padres profesionales 21 hijos/as de padres no profesionales 8 hijos/as de padres médicos
31 entrevistas individuales a profesionales médicas y médicos en ejercicio	14 hombres 17 mujeres	17 casados/as 8 solteras* 3 divorciadas* 1 divorciado 2 unión libre*	19 universidad pública 12 universidad privada	7 hijos/as de padres profesionales 18 hijos/as de padres no profesionales 6 hijos/as de padres médicos
Total 37 entrevistas	77 participantes 47 mujeres 30 hombres	9 casados/as 39 solteros/as 7 divorciados/as 2 unión libre	39 universidad pública 38 universidad privada	24 hijos/as de padres profesionales 39 hijos/as de padres no profesionales 14 hijos/as de padres médicos

* Estado civil presente solo en las mujeres
Elaborado por: Rita Bedoya

4.4.3. Población en el diseño proyectado

En un primer momento se planteó la participación de estudiantes de pre y post grados, por un lado, y por otro, de autoridades de universidades y del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. El perfil de los estudiantes se planteó inicialmente a partir de tres criterios de heterogeneidad: 1) territorialidad (región Costa y región Sierra), 2) sexo (hombres y de mujeres) 3) tipo de universidad (públicas y privadas). El perfil de las autoridades se propuso inicialmente a partir de dos criterios: 1) ser autoridad en los tres niveles más altos de dirección en las universidades; y, 2) autoridades de los tres niveles más altos de dirección del Ministerio de Salud Pública.

Se decidió no entrevistar a las autoridades académicas ni a las del Ministerio de Salud Pública, porque su enfoque no está en relación directa a la toma de decisión del médico / médica de insertarse en una u otra área del sistema sanitario.

Además se replanteó la pertinencia de trabajar en pregrado puesto que, si bien existen sesgos de género en la formación, se requería focalizar el trabajo en postgrado por ser un grupo profesional que está próximo a tomar la decisión de inserción laboral. También se planteó la necesidad de recoger información de los participantes tales como estado civil, profesión de los padres y tipo de universidad para con estos datos caracterizar a los participantes del estudio; sin embargo estos aspectos no constituyeron criterios de heterogeneidad.

4.4.4. Diseño muestral

El tipo de muestreo fue teórico; la muestra fue pertinente y suficiente.

4.4.5. Estrategias de reclutamiento de la muestra

La unidad de investigación fueron los residentes de postgrados médicos y los profesionales especialistas en el sector público y privado, hombres y mujeres. La selección de los participantes fue teórica basada en criterios de factibilidad y variabilidad. Los participantes constituyeron fuentes de información de manera acostumbrada en todos los aspectos relacionados a los temas de la investigación.

Por tratarse de un estudio que se realizó con médicos y médicas que están trabajando en jornadas intensivas resultó complejo lograr el tiempo disponible para una entrevista. Se hizo un primer intento enviando cartas a las autoridades formales tanto en las instituciones públicas como en las universidades, sin ningún resultado. Un segundo intento se hizo solicitando a los jefes directos que les envíen una carta para que los profesionales interesados en realizar la entrevista dispongan del tiempo de una hora, por este mecanismo solamente se consiguió dos entrevistas en el sector privado.

Ante esta realidad se buscó un informante clave en cada uno de los sectores, público y privado, que luego de conocer los criterios de inclusión y exclusión de la investigación aceptaron elaborar una lista de posibles candidatos/as, a quienes se realizó una llamada telefónica para contactarles, a partir de esto se pactaron las citas en los tiempos y lugares propuestos por los médicos especialistas, que en el sector privado generalmente fue su propio consultorio y en el sector público fue su consultorio o un lugar tranquilo cercano a su espacio laboral.

Una vez que se logró una entrevista se buscó que el profesional entrevistado facilite el contacto con algún colega dispuesto a participar; es decir, se realizó la técnica de bola de nieve para conseguir un profesional interesado y que cumpla con los requisitos de inclusión para solicitarle una entrevista.

Para organizar los grupos focales se realizaron visitas previas a los directores de posgrado de universidades públicas y privadas, buscando apertura para disponer del tiempo necesario para realizar la entrevista grupal. El mecanismo que dio resultado fue consensuar con los directores de postgrado y encontrar un tiempo dentro de los escenarios académicos para realizar la reunión.

4.4.6. Criterios de inclusión

1. Estudiantes de post grado, de cualquier año de estudios, de diferentes especialidades, de universidades públicas y privadas.
2. Profesionales médicos/médicas, hombre o mujer especialista en cualquier área de la Medicina, que tenga entre 35 a 45 años, que se encuentre en ejercicio profesional en el sistema de salud público o privado, en cualquiera de los tres niveles de atención.
3. Aceptar participar en la investigación mediante la firma en la Declaración de Participación del Consentimiento Informado.

4.4.7. Criterios de exclusión

1. Que no se encuentre en el rango de edad definido
2. Que no se encuentre trabajando en cuidado directo de pacientes
3. Que no acepte realizar la entrevista

4.4.8. Codificación

En el cuadro 4.2 se presenta el resumen de la codificación de la identidad de los participantes, tanto si lo hicieron en entrevistas a profundidad como en grupos focales. Para las entrevistas a profundidad se usó el código de la pertenencia al tipo de sistema público o privado, el sexo del participante, el nivel de atención y el número de la grabación; de tal manera que, un código 01H10038 representa una entrevista realizada a un participante que trabaja en el sistema público, es hombre, labora en el primer nivel del sistema sanitario y corresponde a la entrevista número 38. En el caso de los grupos focales, la frase inicia con una H para hombres o una M para mujer, además el código, por ejemplo P1GFP, significa participante de postgrado de universidad pública, grupo focal de Pediatría.

Cuadro 4. 2. Codificación de los participantes

Entrevistas	Grupos focales		
Sistema de trabajo	01=Público	Tipología de universidad	P1=Universidad pública
	02=Privado		P2=Universidad privada
Sexo	H=Hombre	Sexo	H=Hombre
	M=Mujer		M=Mujer
Nivel del sistema sanitario	1=Primer	Tipología del postgrado	P=Pediatría
	2=Segundo		G=Ginecología
	3=Tercero		P= Pediatría
			MF= Medicina Familiar
			R = Radiología
			E= Emergencia

Elaborado por: Rita Bedoya

4.4.9. Instrumentos sigue

Los instrumentos de recolección de la información fueron entrevistas a profundidad individuales y grupales. Los grupos focales tuvieron una conformación lo más cercana a la realidad y en los diferentes niveles de trabajo la distribución del talento humano es mixta; por lo tanto, para los grupos focales se definió como criterios de inclusión que sea estudiante de posgrado de cualquier año, segmentado por el tipo de universidad (pública o privada) y que incluya a hombres y mujeres.

Las entrevistas individuales se realizaron a los profesionales médicos y médicas, que se encontraban trabajando en cuidado directo de pacientes en su área de especialidad, en los tres niveles de atención cuidando que se realice igual número de entrevistas a hombres y mujeres.

4.4.10. Proceso de la investigación

Las entrevistas grupales se realizaron durante los meses de junio y julio del 2014. Se hicieron seis entrevistas grupales. Los grupos focales se realizaron en Quito por ser una ciudad en la que la investigadora ha trabajado únicamente en una universidad privada hace 11 años, por lo tanto se prevé que los estudiantes entrevistados no la conozcan.

Los grupos se organizaron con estudiantes de postgrado, en número de 6 a 8 personas por grupo, cuidando cuando fue posible que el 50% sean hombres y 50% mujeres, en algunos grupos las participantes fueron en su mayoría mujeres porque la constitución de los estudiantes de algunos postgrados fue de mujeres hasta en un 90%. Se realizaron seis

grupos focales, tres de universidades privadas y tres de universidad pública y se desarrollaron en el ámbito académico; es decir, en los sitios en que habitualmente se juntan los estudiantes de postgrado para recibir clases. En los grupos focales participaron 46 estudiantes, 30 mujeres y 16 hombres, con lo que se saturó el discurso. Por ser estudiantes de distintas universidades y diferentes postgrados no se conocían entre sí. Los grupos focales duraron 45 minutos en promedio.

Las entrevistas a profundidad se realizaron en número de 31, 14 hombres médicos especialistas y 17 mujeres médicas especialistas que se encontraban trabajando en atención directa a pacientes, en el sistema público o en el sistema privado en cualquier de los tres niveles de atención, como se indicó en la sección Diseño muestral. Las entrevistas se llevaron a cabo en los meses de abril a julio del año 2014. La entrevista duró en promedio de 60 minutos y se llevó a cabo en el consultorio de cada uno de los participantes. Las entrevistas fueron realizadas en forma secuencial hasta lograr una saturación del discurso.

Las seis entrevistas grupales fueron filmadas por un profesional con experiencia en este tipo de trabajo y se cuidó de que cada participante tenga su nombre en un lugar visible para facilitar la transcripción. Tanto las entrevistas individuales como grupales fueron grabadas para posteriormente transcribirse de manera textual, para lo cual participó una personas experta en transcripciones.

Antes de empezar las entrevistas todos los participantes firmaron su consentimiento informado y registraron los datos requeridos como estado civil, profesión del padre y universidad en la cual se formó.

Durante el proceso de levantamiento de la información se llevó un diario de campo en el que se anotó las reflexiones de la investigadora, que permitió recoger el ambiente de las salas de espera.

4.4.11. Diseño emergente

Una vez preparada la primera guía semi estructurada de entrevista grupal e individual, se realizaron cuatro entrevistas exploratorias con médicos especialistas hombres y mujeres del sistema privado y del sistema público para definir las categorías y sub-categorías apriorísticas.

Un primer análisis de los resultados de estas cuatro entrevistas aportó para definir las categorías, debido a que se observó que en el ambiente de emergencia de un hospital las médicas llamaban constantemente a la casa para monitorizar las actividades domésticas, se

decidió incluir esta subcategoría; y, se decidió eliminar la categoría respecto al conocimiento que los profesionales tienen de la normativa de contratación laboral vigente porque ninguna de las personas entrevistadas la conocía, únicamente se reconoció que obliga a trabajar jornadas de ocho horas. Con estas modificaciones se re-elaboró la guía semiestructurada, la misma que fue usada tanto para las entrevistas individuales como para las entrevistas grupales.

En esta fase de la investigación se realizó un análisis inductivo que permitió redefinir las categorías emergentes, en número de cinco e introducir las subcategorías emergentes que se ampliaron a 14. En este punto de la investigación se consultó con una investigadora con varios años de experiencia en investigación cualitativa para afinar el planteamiento de las categorías y subcategorías que se describen en la Cuadro 4.3.

La información se organizó en el software de análisis cualitativo N vivo que permite introducir la totalidad de la transcripción, que fue entregada en el procesador de texto de Office, Word 97-2013; se realizó una codificación individual para cada entrevista y luego la organización por nodos que equivalen a las categorías y por sub-nodos que equivalen a las subcategorías.

Cuadro 4. 3. Categorías y subcategorías

Categoría	Subcategoría
1. Percepciones sobre conceptos de género y sexo	1. Conceptos de los términos sexo y género 2. Conceptos de feminización
2. Percepciones sobre conceptos de formación de la profesión médica	1. Vocación de servicio 2. Modelaje 3. Autonomía en la elección 4. Profesión rentable
3. Percepciones sobre conceptos que circunscriben la elección de la especialidad médica	1. Afinidad por determinada área de la medicina 2. Oportunidad y disponibilidad (si/no) de recursos económicos 3. Motivación y maternidad
4. Percepciones sobre conceptos de práctica profesional médica	1. Aspectos administrativos en el ejercicio profesional 2. Conciliación entre la vida personal y profesional 3. Monitoreo de actividades domésticas
5. Percepciones sobre ventajas y desventajas para trabajar en el sistema público o en el sistema privado	1. Ventajas de trabajar en el sistema público y privado 2. Desventajas de trabajar en el sistema público y privado

Elaborado por: Rita Bedoya

4.4.12. Estrategia de análisis

Las transcripciones de las entrevistas fueron analizadas en forma secuencial, en primer lugar las cuatro entrevistas exploratorias y luego conforme se lograba una entrevista individual o grupal y se tenía las transcripciones se realizaba un análisis preliminar. Cuando

se completó el levantamiento de la información se realizó una lectura total de los datos obtenidos en las treinta y siete entrevistas, treinta y un individuales y seis grupales.

Cada entrevista recibió un código que permitió identificar el sexo del participante (hombre o mujer), si trabajaba en el sector público o privado, el nivel de atención en el que trabajaba; y en el caso de los grupos focales, si era de una universidad pública o privada y la especialidad médica a la que pertenecía.

En esta fase se invitó a una investigadora con larga experiencia en investigación cualitativa para que lea algunas de las entrevistas individuales y grupales. Durante 15 días se mantuvo diferentes reuniones que permitieron redefinir las categorías y subcategorías, de esta manera se logró triangular el análisis.

4.4.13. Control de calidad

Los procesos de reflexividad, flexibilidad y circularidad aplicados a la propuesta inicial; y, centrándose en la pregunta de investigación que plantea cómo se relaciona la feminización de la profesión médica y el estado en el que se encuentra la inserción laboral pública en Ecuador.

El proceso de reflexividad permitió que desde la primera etapa del estudio se mantenga reuniones de trabajo con diferentes investigadoras que conocían el tema, en este caso una investigadora experta en trabajo, mujer y salud⁵² y también con dos investigadoras con experiencia en métodos cualitativos y género⁵³ quienes aportaron al análisis y permitieron triangular la información para realizar una codificación extensiva que llevó a plantear las categorías y subcategorías.

La flexibilidad se dio cuando, producto de las reuniones de análisis en las diferentes etapas, se decidió, por ejemplo, realizar las entrevistas individuales a profesionales especialistas de los dos ámbitos laborales con el fin de conseguir una visión más amplia de las razones de inserción laboral. La circularidad se produjo al volver de manera constante a reflexionar sobre las categorías y subcategorías, así como el proceso de la investigación.

4.5. Aspectos éticos

⁵²Teresa Torns Martín, doctora en Sociología y miembro del Centro de Estudios Sociológicos sobre la Vida Cotidiana y el Trabajo de la Universidad Autónoma de Barcelona. Se interesa por los problemas que ha encontrado el sexo femenino en ese ámbito de trabajo.

⁵³Mercedes Prieto Ph.D. en Antropología, University of Florida, Gainesville, EEUU profesora en la Maestría de Género y desarrollo. Coordinadora Departamento de Antropología, Historia y Humanidades FLACSO Ecuador. Katheryn Pitkin PhD investigadora con varios años de experiencia en investigaciones cualitativas, profesora en RAD, los Ángeles Estados Unidos.

Los entrevistados firmaron un formulario de consentimiento informado. La confidencialidad y privacidad de cada participante se aseguró mediante la asignación de un código. El protocolo de investigación, como se indicó en el capítulo 2, fue aprobado por un Comité de Ética para la Investigación en Seres Humanos y por el Ministerio de Salud de Ecuador.

4.6. Resultados

La información generada se organizó a partir de las categorías y subcategorías de análisis y se presentan de la siguiente forma: en primer lugar los discursos coincidentes y luego los divergentes de los profesionales y, en segundo lugar, los discursos coincidentes y divergentes de los grupos focales. Todas las respuestas abordaron los diferentes tópicos de este estudio con pertinencia y relevancia; la codificación siguió las pautas mostradas en la sección Metodología.

4.6.1. Percepciones sobre conceptos de género y sexo

4.6.1.1. Subcategoría género y sexo

Los discursos de los profesionales en más de la mitad de las respuestas, coincidieron en que no diferencian el término sexo del término género. El fragmento de discurso que más se repitió fue el siguiente:

"Para mí es lo mismo sexo hombre, mujer .Género masculino femenino." (01H1 0034)

Los discursos divergentes de las y los profesionales marcan el uso del concepto cromosómico para definir sexo y, las diferencias en la identidad sexual para definir género.

"sexo está definido genéticamente hombre / mujer, género, tiene que ver con la identidad que finalmente adquiere un ser humano respecto de su atracción sexual." (01M3 0037)

"sexo está definido por los cromosomas xx mujer xy hombre. Género es un constructo social, tiene que ver con la identidad sexual que es múltiple." (02H1 0049)

Los posgradistas, de manera coincidente, introdujeron al concepto de género el comportamiento de un hombre y una mujer en la sociedad; es decir su rol. El término sexo lo definen desde los aspectos físicos. No se encontraron entre los posgradistas discursos divergentes.

H. "género se refiere más como al rol que uno desempeña en la sociedad y el sexo creo que es algo físico es lo que diferencia físicamente a un hombre de una mujer, mientras que el género tiene que ver más con el rol, con el desenvolvimiento que uno tiene en la sociedad." (P1GFR)

M. "Como que género incluye el comportamiento, como se define, o sea no necesariamente sus órganos sean masculinos, femeninos pero cómo se comporta la persona en la sociedad."

(P2GFP)

Uno de los participantes mencionó que la feminización de la profesión puede darse porque las mujeres tienen un corazón especial para querer a los niños, condición que brinda facilidades a las mujeres para ciertos campos de la medicina como la pediatría.

"Ahora de hecho yo pienso que la feminización de la profesión podría darse en el sentido del cariño y el carisma que engloba esta profesión como tal ¿no? Si, sobre todo en especialidades como la pediatría, por ejemplo, donde obviamente hay que tener un corazón especial para querer, para tratar a un niño ¿no?"(02H20027)

Este discurso, si bien es discordante, permitió avanzar hacia la búsqueda de las percepciones sobre feminización.

4.6.1.2. Subcategoría feminización

Los discursos coincidentes de profesionales, al definir feminización, usaron la analogía de liderazgo. El argumento revelado fue que una mayor presencia de mujeres, en número, no determina que los servicios de salud se feminicen, se requiere que se desarrolle un liderazgo femenino que tomará más tiempo, ya que la forma de ejercer una dirección o jefatura, actualmente, por varias mujeres, está aún bajo un modelo patriarcal y tradicional. El liderazgo ha sido masculino, históricamente.

"...como profesor de la universidad veo que cada vez más mujeres estudian medicina pero creo que pasara algunos años para que se sienta su presencia, es decir para que podamos decir que la profesión esta feminizada, al menos en el país." (01H3 0004)

"No para nada, si existen más mujeres por ejemplo en mi especialidad, pero en los hospitales no tienen posiciones de liderazgo o incluso cuando ejercer un puesto en el que hay poder no cambia las cosas porque muchas mujeres son más autoritarias que los hombres, tal vez porque creen que deben ser más duras para que les hagan caso. Por otro lado sigue siendo muy difícil abrirse campo como mujer especialmente en el ámbito privado, pero cuando las pacientes entiende la ventaja de ser atendida por otra mujer las cosas cambian."(02M3 7002)

"al momento no, esa será una larga lucha que está pendiente. hay un mayor número de mujeres estudiando medicina, que en el futuro se incorporaran a la práctica profesional, pero de ahí a que se feminice la profesión hay un largo camino..... porque en donde quiera que estén los hombres y las mujeres machistas, que son las que demandan la atención se seguirá ejerciendo un poder patriarcal." (02H1 0048).

Un discurso divergente expresado por una profesional del ámbito público, señaló que cuando las mujeres tienen oportunidad de ejercer una jefatura de servicio, sí ejercen un liderazgo diferente.

"yo soy jefe de servicio, en mi servicio somos solamente mujeres, nosotras nos tratamos entre compañeras con solidaridad, hay otro servicio en la que la jefe es mujer pero su trato hacia los compañeros es más autoritario que de cualquier hombre. Si lo pienso bien creo que

nosotras somos una excepción y que la profesión en verdad no está feminizada .Tal vez algún día."(01M3 0037)

Este discurso no concuerda con la posibilidad de que a futuro, el mayor número de mujeres deba plantear un liderazgo femenino, cree que el liderazgo debe ser neutro, sin connotación de género.

"...a mí me parecería que no, eh yo creo muy fervientemente en la igualdad de género, creo que hombres y mujeres podemos hacer las cosas por igual en la parte intelectual, en la parte física digamos que podría haber una diferencia entre hombres y mujeres pero en la parte de profesión y ese tipo de cosas me parece que no y no creo que por el número de mujeres uno tenga que feminizar las prácticas o las cosas, ni tampoco me parecería que debería ser igual por el número de hombres, pensaría que si igual trabajamos no deberían ni ser feminista, ni lo contrario."(02H3 0022)

Los discursos coincidentes de los y las posgradistas plantearon que la mayor presencia de mujeres en los diferentes ámbitos del sector salud no determina que la profesión se feminice, se hizo hincapié en que son los hombres los que toman las decisiones, incluso cuando se tiene una ministra de salud mujer, se toman las decisiones de manera patriarcal, sin tomar en cuenta el punto de vista de las y los médicos, dejando entrever que una toma de decisiones participativa sería un estilo de liderazgo femenino.

También aportan, en su discurso, la discusión estructural, en la cual se plantearon el acceso a la educación por parte de la mujer y la presencia de discriminación, como un hecho vigente en el trabajo cotidiano. No se encontraron discursos divergentes entre los posgradistas.

M. "Creo que más mujeres estamos trabajando en medicina, a veces llegamos a ser mayoría incluso en espacios en los que antes solo estaban los hombres por ejemplo los quirófanos, pero creo que las decisiones más importantes todavía las toman los hombres, e incluso cuando tenemos una ministra mujer se toman decisiones más autocráticas al estilo de lo que hace el presidente, a quien yo considero machista y autocrático, entonces aunque se podría pensar que una ministra mujer estaría más sensible con nosotras las médicas, ella no toma en cuenta lo que a nosotras nos puede importar". (P2GFP)

M. " No necesariamente, yo creo que lo que ha mejorado es el acceso de nosotras a la educación, es lo que la mayor parte de gente dice que es bueno educarle a una mujer porque se educa a una familia y que nosotras ya nacemos como que con una desventaja, porque por el mismo hecho de ser mujeres vamos a ser discriminadas."(P1GF1R)

4.6.2. Percepción de la formación médica

Para comprender las ideas que motivan la decisión de ser médico y ejercer esta profesión, esta categoría de estudio se organizó en cuatro subcategorías: vocación de servicio, modelaje, autonomía en la elección y profesión rentable.

4.6.2.1. Subcategoría vocación de servicio

Los discursos coincidentes de los profesionales describieron que, para estudiar medicina, su orientación partió del anhelo de servicio y cuidado a sus familiares cercanos; y, por influencia religiosa cristiana que subraya la vocación de servir.

"...desde muy pequeño, más o menos desde los cinco años quise ser médico, mi mamá es una persona bastante delicada de salud, tiene muchas enfermedades yo decía que en el futuro iba a cuidar de mi mamá por eso soy médico."(01H3 0045)

"Antes de ser médica había decidido ser misionera, cuando fui al convento me dijeron si también le gusta la medicina venga después de graduarse de médica, por eso entre a la facultad." (02M1 0011)

"...cuando yo estaba en el colegio ya me inclinaba por la biología, yo quería ser medica porque me gusta servir, ser útil, yo siempre quise ser médica."(01M2 0018)

Los discursos de las y los posgradistas coinciden en las mismas motivaciones que los profesionales. Los participantes describieron sus motivos para la toma de decisión de estudiar medicina, la misma que está ligada a la voluntad de servir y cuidar, tanto por historia de familiares cercanos que sufrieron enfermedades, como por razones místicas. No se encontraron discursos divergentes en este tópico de análisis.

M. "...bueno en mi caso yo creo que todos lo que seguimos medicina en algún momento de niñas hemos tenido ese espíritu de tratar de ayudar a alguien." (P1GF1R)

M. "En mi familia no hay nadie que sea médico, creo que a veces también uno nace con ese cariño, ese instinto de querer ayudar al resto y bueno sí, yo igual desde pequeña siempre quise ayudar pero no sabía de qué forma, cuando tenía más o menos 10 años mi hermano sufrió una enfermedad crónica igual y ahí me enamore de la medicina."(P1GF2MF)

H. "yo quise ser sacerdote y luego me convencí de que lo mejor era estudiar medicina, si quería realmente ayudar a la gente, estuve tres años en el seminario antes de entrar en la facultad de medicina."(P1GF3G)

4.6.2.2. Subcategoría modelaje

Los participantes profesionales describieron que su orientación para estudiar medicina estuvo marcada por admiración y agradecimiento a algún médico que participó en momentos difíciles en su historia familiar o por tradición familiar.

"mi papa tiene un amigo médico que fue además de amigo de la familia un gran profesional, esa admiración quizás hacia él, esa entrega que el tenía por nosotros por nuestro bienestar es lo que me animo a estudiar medicina." (01M1 0034)

"... ¡A ver! Siempre fue una inclinación a las ciencias biológicas, desde que me acuerdo y dentro de eso a medicina y supongo que también fue por influencia de mis padres que son médicos, no es que sentí nunca una presión pero en un momento dado me puse a dudar entre medicina o agronomía que me gusta mucho pero dije yo puedo ser médico y hacer agricultura como pasatiempo pero no al revés." (02H1 0048)

Los discursos coincidentes entre las y los médicas de los posgrados, fueron por un lado ser hijos de padres profesionales médicos o haber tenido la experiencia de compartir con familiares médicos lo que les animó a estudiar medicina.

H. "En lo personal, mi abuelo era pediatra, él ya falleció hace un año, era pediatra endocrinólogo y creo que fue siempre esa admiración a él, o sea siempre fue la persona que me motivo...: mi pilar, nunca pensé en si me convenía la profesión por ser mujer o algo así, me imagino que si me hubiera gustado alguna otra cosa hubiera seguido." (P2GFE)

M. "...yo le veía a mi tía Alicia porque yo venía a pasar mis vacaciones acá y ella tenía su consultorio en casa y dormíamos ahí. Entonces era interesante ver como a media noche venían los pacientes a verla y ahí ya se quedó [silencio] igual que Cristina todos me dijeron que no estudie medicina pero yo quise." (P2GFP)

4.6.2.3. Subcategoría autonomía en la elección

Los discursos coincidentes de las y los profesionales, describieron que su orientación para estudiar medicina fue una decisión propia, que tenían la claridad de estudiar medicina, incluso ante la oposición de sus padres, porque consideraban como mejor opción carreras como enfermería o profesora. En algunos casos, por experiencia propia, les advirtieron lo difícil que es la carrera de un médico.

"El sueño era mío, era mío. Es más porque mi papá no quería que venga a estudiar en Quito y mi mamá le hubiera gustado que estudie enfermería, o que me haga profesora, eso es lo que ellos querían. Entonces a mi papá yo le dije: "¡No!, si no me deja estudiar medicina me hago monja" y como mi papá era ateo. Entonces era el peor castigo que le podría hacer, tener una hija monja." (01M3 0037)

"En mi caso particular era una cuestión personal, más bien con un poco de resistencia de mi papá, o sea mi papá antes de decirme sí, ya, chévere, tienes que hacerte médico, más bien era: piénsatelo bien, hay mejores alternativas, hazte la vida más fácil, no te lo compliques mucho, capaz que puedes ver otras cosas." (02H1 0049)

Los discursos coincidentes de los posgradistas dejan ver arrepentimiento por haber tomado la decisión de estudiar medicina, avizoran lo complejo de combinar la vida profesional con la vida familiar y la exigencia misma que tiene la carrera. En este tópico no se encontraron discursos divergentes.

M. "...una cuando entra a la carrera tiene un concepto distinto, se tiene un sueño, se ingresa pensando que se puede hasta cambiar el mundo estudiando medicina, pero ya en el transcurso de los años de la carrera una se da cuenta que, no es fácil porque nos cuesta muchísimo llegar a dónde estamos y que nunca vamos a terminar de estudiar y realmente las condiciones en las que una cree que podría estar tanto económicamente, familiarmente, no son las que una se imaginaba. Porque la profesión en sí requiere tiempo. En conclusión a mí desde niña me gusto medicina pero hoy en día si me hacen escoger lo pensaría dos veces." (P1GFR)

H. "...mis papas son médicos pero no querían que me haga médico, "por Dios no te hagas médico" me decía, luego "no te hagas ginecólogo" pero yo estaba necio y aquí me tiene." (P1GFG)

4.6.2.4. Subcategoría profesión rentable

Los discursos coincidentes de los profesionales mostraron que su orientación para estudiar medicina estuvo marcada por la rentabilidad de la profesión, sugerencia que proviene de sus padres o familiares.

"...sabes que yo no tenía intenciones de estudiar medicina, a mí me llamaba la atención la ingeniería y fue una decisión de última hora, un tío mío vino a la casa, por alguna razón me pregunto qué iba a estudiar y yo le comente y me dijo: no estudies ingeniería, estudia medicina. Entonces mi papá y mi tío tenían la idea: que lo mejor era ser abogado, ser médico, era una profesión de gran prestigio que era bien remunerada, cosas de ese tipo." (01H3 0025)

"Desde que me acuerdo que estuve en el colegio. A ver [silencio] somos 3 hermanos, entonces soy la mayor de 3 hermanos. Tengo 2 hermanos menores, varones, mi papá que es comerciante influyó mucho y me decía que la medicina es una profesión que da plata que yo tenía que ser médica y con el pasar del tiempo no sé si es que esa idea se me metió o es que a mí también me gustó." (01M2 0031)

"...come le dije yo estaba entre futbolista profesional o médico y la decisión fue difícil, si habría sido mujer creo que hubiera sido más fácil inclinarme por medicina porque habría estado seguro que no ganarían la misma cantidad de dinero que ganan los futbolistas hombres." (02H3 0022)

El discurso divergente de un posgradista hombre, consideró que económicamente hay mejores opciones, que la profesión médica es muy larga y manifiesta decepción frente a la decisión tomada.

H. "Yo igual por elección personal, pero claro todos pensábamos que íbamos a estar muy conformes con la profesión, económicamente bien pero la realidad es distinta, la situación económica no mejora, requiere mucho tiempo, sacrificio y las leyes que están ahora, súper decepcionante. Yo creo que si lo pensaría otra vez y si mi hijo me pidiera mi opinión le diría que no estudie medicina. Creo que otras profesiones más cortas son mejor opción, que a mi edad yo esperaré estar de otra manera pero todavía estoy viviendo con mis padres, sigo estudiando, sigo pobre." (P1GF1R)

En esta categoría se pudo capturar, de manera esbozada, el sesgo de género en la selección de la profesión médica, como se muestra en el discurso del participante 02H3 0022. La medicina es para las mujeres, condición asociada al no desempeño de actividades rentables, a diferencia de lo que sucede con los hombres, como podría ser según el participante, el oficio de ser futbolista, el cual potencialmente podría ser altamente lucrativa.

4.6.3. Percepciones sobre significados que circunscriben la elección de la especialidad médica

Una vez que un médico/médica culmina la carrera de medicina, tiene la opción de estudiar una especialidad médica. Los discursos que relataron las motivaciones para la selección de ésta y su vinculación con la categoría de género se estructuraron en tres subcategorías:

afinidad con determinada área de la medicina, oportunidad y recursos económicos; y, motivación y maternidad.

4.6.3.1. Subcategoría afinidad y disponibilidad de recursos económicos

Los discursos coincidentes de los profesionales manifestaron haber tomado la decisión por sentir vocación para hacer determinada especialidad, coincidentemente son profesionales que, desde sus discursos, están en clases económicas no pobres e hicieron sus posgrados fuera del país.

"...entonces decisiones rápidas para resultados rápidos, pensar rápido eso me gusta mucho, o sea el paciente llega grave y piensa, piensa, piensa que más le hacemos, que más falta, eso me gusta, eso tuvo mucho que ver en la decisión que tome para hacer el posgrado de emergencia, que lo hice fuera del país, con apoyo de mis padres." (02H2 0008)

"Cuando estamos en quinto año de medicina decidí que quería ser anestesióloga. Siempre he tenido claro lo que quiero. Cuando terminé la carrera ya en el internado, comencé hacer anestesia y luego cuando terminé el internado había plazas para ciertas carreras y aquí en el Ecuador se abría el postgrado de anestesia cada dos años, entonces me fui del país a hacer mi especialidad." (02M3 0042)

Una sola profesional relacionó su vocación con la condición de ser mujer.

"Creo que a mí personalmente me influyó el ser mujer porque cuando yo decidí la profesión estaba en la rural y teóricamente iba a ser pediatra pero me di cuenta que me sentía mejor consultándoles a las mujeres, entonces encontré un postgrado en México." (02M3 7002)

Ningún posgradista manifestó estar haciendo esa especialidad por vocación, lo hacen por haber conseguido una beca estatal y sienten que tuvieron una oportunidad para no quedarse como médicos generales, independientemente de su estatus económico.

4.6.3.2. Subcategoría oportunidad y no disponibilidad de recursos económicos

Los discursos coincidentes de los profesionales describieron que fueron oportunidades que se presentaron ante la ausencia de dinero, que les impidió elegir la especialidad que era de su vocación o interés primario.

"...es más yo no pensaba ser emergenciólogo, dentro de mi cartera de posibilidades estaba hacerme pediatra o neurólogo, o algo afín ¿sí? lo que pasa es que a mi jefe directo en la clínica en donde trabajaba le nombraron director del posgrado de emergencia entonces él me dio la oportunidad, porque yo no podía irme al exterior a estudiar lo que yo quiera, porque no tenía dinero y ya tenía familia, entonces estudié lo que tuve oportunidad." (02H2 0027)

"No, no estaba casado pero no tenía una buena situación familiar económica que me permitiera seguir, lo que a mí me gustaba, mis papas no estaban en una buena situación. Entonces decidí radiología porque era el posgrado que se abrió y logre un cupo." (02H3 0040)

"...entonces, mi intención era ser gastroenteróloga o medicina interna pero al final de mi carrera mi papi falleció y mi papá era mi sustento económico y con él habíamos planeado que podía irme a México hacer mi especialidad, pero cuando el falleció justo cuando estaba

haciendo la rural me quede a cargo de la casa y de mi familia, mis hermanos estaban estudiando y mi mamá nunca había trabajado, la única que trabajaba era yo, entonces hice el posgrado que tuve chance."(02M2 0039)

Los discursos coincidentes de los y las posgradistas que en este momento están realizando el postgrado que el MSP abrió en el año 2012, para dar oportunidad a los residentes asistenciales⁵⁴ refieren; que están estudiando esta especialidad debido a que no tuvieron otra oportunidad para realizar la especialidad que era de su interés primario, expresan su satisfacción por haber podido alcanzar un cupo para conseguir ser especialista.

M. "...yo en realidad intente otros posgrados pero como no tenía recursos para salir al exterior hacer lo que me gustaba, neurología, y ya me case tuve que quedarme en el Ministerio entonces estoy haciendo el posgrado que me dieron chance, pero si estoy contenta."(P1GFMF)

H. "Bueno, la verdad es que yo quería hacer otra especialidad pero vi que el tiempo pasaba no lograba hacer la especialidad, yo ya vengo trabajando 11 años, ejerciendo ginecología en el servicio. Entonces decidí entrar porque nos dieron oportunidad, se abrió un chance para lograr ser especialista presente la documentación y aquí estoy."(P1GFG)

M. "Yo si [] siempre me ha gustado el área quirúrgica, inicialmente yo cuando estaba en cuarto, quinto semestre me gustaba mucho neurocirugía y pensaba que esa iba a ser mi especialidad, después fue pasando el tiempo y uno va cambiando a medida que conoce, pero siempre me ha gustado el área quirúrgica, luego quería seguir cirujano vascular, otorrino y termine haciendo ginecología."(P1GF3G)

4.6.3.3. Subcategoría motivación y maternidad

Esta subcategoría generó discursos amplios y pormenorizados en hombres y mujeres, profesionales del ámbito público y privado, así como en los hombres y mujeres posgradistas.

Los discursos coincidentes de profesionales consideraron que existen especialidades que son campo de hombres y especialidades que son campo de mujeres, aunque reconocen que tanto hombres como mujeres son capaces de estudiar cualquier especialidad, ejercer especialidades quirúrgicas que exigen trabajo nocturno y más extenuante, les parece que dificulta conciliar con su trabajo como madres.

"...pienso que si hay especialidades que pueden ser más para un varón por ejemplo la traumatología donde se necesita fuerza y eso no lo podemos negar, la misma terapia intensiva el hecho de tener que hacer turnos constantemente. Creo que en el hogar la presencia de la madre es algo muy fundamental. Entonces dejar el hogar para cumplir con esto creo que crea un poquito de dificultades."(01H1 0034)

"Traumatología, cirugía, urología más para hombres. Medicina familiar, dermatología, pediatría más para mujeres por supuesto, que si quieren pueden las mujeres hacer cualquier especialidad. Algunas compañeras les he preguntado porque no haces cirugía si te gustó la cirugía toda la vida, y me dicen, no lo que pasa es que la familia, tengo esposo, tengo hijos y no me dejan, no me permite mi esposo me dijo."(01H2 0014)

⁵⁴Residente asistencial, es un médico que realiza funciones de residente hospitalario en un servicio determinado.

Los discursos de las profesionales mujeres sector público coinciden con los hombres en su creencia de que existen especialidades más propicias para hombres y otras para mujeres, que permiten combinar la vida familiar con la vida profesional.

"Yo escogí medicina familiar y estoy contenta, creo que hombres y mujeres tenemos las mismas capacidades para aprender, pero para las mujeres la práctica de la medicina que exige guardias o trabajo en las noches como son las emergencias, el quirófano son difíciles de llevar cuando se tiene niños pequeños, yo no dejaría a mi bebe en las noches, porque siento que mi bebe me necesita en esta etapa de la vida y además no tendría corazón para dejarle."(01M1 0029)

Las mujeres prefieren las especialidades que les permita organizar sus horarios en tiempo fijos, sin hacer guardias, para tener la oportunidad de atender a sus familias.

"Mi esposo no es médico, sin embargo él me dijo cuándo iba a escoger mi especialidad, escoge una especialidad en la que no tengas que dejarnos las noches, que no tengas que velar y que no te olvides de tu hija. Sí, sí influyo muchísimo. Entonces yo fui un tanto ciega a la escuela de posgrado, averiguar que posgrado no implica veladas, pues sí, la verdad sí." (01M2 0018)

Los siguientes fragmentos de discurso de profesionales mujeres del ámbito público son divergentes porque optaron por especialidades consideradas como campo de hombres.

"Para empezar ser mujer y ser profesional es un poco complicado, como dije al principio, tengo 35 años, y soy soltera, yo escogí ser profesional y dejé un lado el sueño de la familia y de ser mujer, decidí estudiar, investigar. Traumatología es una especialidad exigente tiene que estar disponible las 24 horas del día, eso hace que como mujer sea imposible conciliar con la vida familiar, por eso yo decidí mi especialidad y estoy feliz con mi decisión. Sin embargo pienso que es injusto, porque ellos si tienen familia." (01M2 0031)

"Jamás pensé en casarme, peor en tener hijos. Estaba completamente convencida de que la mujer que era médica no podía optar por ser madre ni ser esposa. Yo creí que o hacía una cosa, o hacia la otra y he cumplido soy anestesista y me siento en iguales condiciones que un hombre sin limitaciones, quizás por eso no he tenido dificultades para ser jefe servicio en este hospital." (02M3 0042)

Este discurso representa la narrativa del conflicto que han vivido y las decisiones que debieron tomar para ser aceptadas en ese campo profesional.

"...una ya sabe a lo que se mete, por eso me parece que cuando una decide ser cirujana en cualquier rama, el ser mujer y joven le va a dar problemas, entonces hay que ir pensando que en algún momento va a tener que pelear el lugar, al menos eso a mí me paso, sobre todo con mis compañeros para poder aprender, para poder hacer, para poder estar, tuve que ser mejor que los compañeros, solo así me gane el respeto. Pero si en esas circunstancias una decide ser mamá entonces si es mucho más complicado."(01M3 0038)

Estos fragmentos de discurso de profesionales hombres del ámbito público ilustran las dificultades que viven las médicas mujeres en su trabajo, incluso en situaciones críticas. Describen que no existe discriminación por parte de los profesores o colegas, las dificultades están presentes por la falta de aceptación de los pacientes para que, médicas

mujeres realicen intervenciones críticas en las salas de emergencia.

"...cuando estaba haciendo el posgrado habían muchas mujeres, ellas trabajan de igual a igual, eran los pacientes que buscan que sea el hombre el que esté al frente del caso crítico, por ejemplo les decían a mis compañeras y estoy hablando de la jefe de guardia no será mejor que le llame al doctor para que él decida qué hacer? entonces mi compañera se enojó mucho y le dijo aquí yo soy la jefe de todos estos doctores así que quien toma las decisiones soy yo, muchas veces las mujeres tienen que gritar y tener una actitud agresiva para que los pacientes les respeten."(01H3 0045)

"Como le explico, en nuestro posgrado no hubo discriminación, los profesores nos trataban de igual manera a hombres y mujeres, eran los pacientes los que a veces creían que mis compañeras mujeres no eran médicas sino enfermeras y no querían por ejemplo que le ponga un tubo torácico, entonces ellas tenían que explicar que están capacitadas para hacerlo, los hombres no tenemos este tipo de problemas.... porque si es un problema, imagínese estamos en una emergencia y las compañeras tienen que dar ese tipo de explicaciones."(01H3 0045)

Este discurso divergente de un profesional hombre del ámbito privado describe una situación que vivió mientras estudiaba medicina, en la cual sufrió discriminación al trabajar con mayor intensidad porque los profesores eran más condescendientes con las médicas mujeres.

"...me parece que sí había un poco de discriminación, nosotros éramos un grupo mixto, a veces las mujeres recibían por parte de algunos de los médicos, de los profesores, un trato que les favorecía, es decir que les daba privilegios, no sé si oportunidades mismo, pero sí más privilegios en ese momento. Es decir, más tiempo de descanso, más permisos para salir, es decir un poco más de consideración."(02H3 0041)

Los discursos de los posgradistas, hombres y mujeres, coinciden con los de los profesionales, respecto de la búsqueda de especialidades que permitan una mejor organización de la vida personal con la vida profesional y aportan con la necesidad de posponer la maternidad para el tiempo de devengar el postgrado.

M. "...bueno yo como medica familiar estoy feliz en esta especialidad porque se ajusta al horario en el que yo puedo trabajar, de hecho no intente una residencia hospitalaria porque quería criar mis hijos, en este posgrado veo que puedo hacer las dos cosas. Creo que en este posgrado es en donde mejor se puede combinar la vida familiar con la profesión, para mí como mujer es el ideal."(P1GFR)

M. "...tener hijos durante el posgrado es realmente complicado, por eso vamos posponiendo más todavía la maternidad porque se dice no, mejor cuando esté devengado y tal vez así se sigue posponiendo más tiempo." (P1GF1R)

4.6.4. Percepciones sobre el desempeño de la práctica profesional médica

La secuencia lógica para un profesional médico, una vez completada la formación de especialidad, es insertarse en un trabajo que le permita el crecimiento personal y profesional. Los participantes en este estudio, hasta este momento han narrado sus vivencias desde la selección de la profesión médica, de los estudios de especialidad, tanto

aquellos que ya lo pasaron (los profesionales) como aquellos que están en pleno momento de estudios.

Desde esta categoría se construyeron tres subcategorías: la percepción de oportunidades y dificultades administrativas que se captó únicamente de los profesionales; la conciliación entre la vida personal y profesional; y, el monitoreo de actividades domésticas, en las que nuevamente participaron profesionales y posgradistas.

4.6.4.1. Subcategoría aspectos administrativos en el ejercicio profesional

Los discursos narran las dificultades administrativas dentro del ámbito público y privado. Hombres y mujeres describieron las dificultades de avanzar en su formación como subespecialistas en el sector público, dificultades de tipo estructural como falta o debilidad en la planificación de la formación del recurso humano, en la disponibilidad de espacios físicos, discriminación en ciertas especialidades y rigidez en la contratación.

“...para que un hospital avance requiere formar su gente garantizarle permanencia, de lo contrario la capacidad resolutive se estanca, por ejemplo aquí en la maternidad se quiere crear un servicio de oncología ginecológica, quién va atender, nadie, porque no está nadie preparado. No hay un plan que permita que el médico que ya está inserto en el sistema se subespecialice”. (01H3 0025)

“Bueno, realmente aquí fue bien difícil, la inserción de médico familiar. Cuatro años que he estado por fin saben quién soy y me he ganado el puesto, ya tengo amistades, cuando vine no tenía ni siquiera un consultorio, a mí me pusieron a tomar signos vitales a la gente, a tomar presión arterial y nada más”. (01M1 0011)

“...yo me formé con una beca del estado que como contraparte solamente me obligaba a regresar al país, sin embargo quise trabajar en el hospital público, pero la directora del hospital me dijo que no puedo tener un horario flexible, 8 horas o nada, entonces dije nada y trabajo solamente en la privada”. (02H3 0022)

Para las mujeres, por ejemplo, lograr que se les asigne un quirófano para ejercer su profesión ha sido percibido como un acto de valía, conquista y que no se asemeja a las condiciones en las que desarrollan su especialidad los médicos varones.

“El problema no es de si eres o no capaz, el problema es que la estructura es machista, entonces abrir espacios en los quirófanos para las mujeres no ha sido fácil nos ha costado trabajo. Cuando yo llegue a pesar de ser muy hábil y tener una destreza distinta como es poner implantes cocleares, los colegas hombres no admitían que tenga un horario de quirófano, el jefe me dijo que puedo operar con él, no sola, yo tuve que gestionar en otros niveles para que se me asigne horario de quirófano”. (01M3 0037)

En el ámbito privado, el problema para hombres y mujeres es lograr ser admitidos/das como tratantes, requiere cumplir requisitos de índole económico.

“Para trabajar en el sector privado en una clínica, con todos los derechos, primero idealmente debe tener una subespecialidad, luego debes haber puesto tu dinero, tener tus acciones, a

nivel privado se ha limitado bastante, de lo contrario eres un empleado mal pagado.”(01M3 0023)

4.6.4.2. Subcategoría conciliación entre la vida personal y profesional

Los discursos coincidentes de profesionales describen diferentes dificultades que encuentran durante su ejercicio profesional y la conciliación con su vida personal. En esta subcategoría se excluyen los fragmentos de discurso que hicieron referencia, a las dificultades de género y especialidad, porque ya fueron presentados en la categoría elección de la especialidad y enfoque de género.

Los discursos concordantes fueron: dificultades para ejercer la maternidad o la vida de pareja en simetría con la profesión médica. Opciones como posponer un embarazo en etapas de la formación o de los primeros años del ejercicio profesional; o, verse en la disyuntiva de tener que optar por el trabajo o por el rol materno fueron algunas de las percepciones registradas.

“...de las mujeres que conozco aquí hay unas cuantas que se han separado porque decidieron desarrollar su profesión y obviamente no tener hijos o por lo menos diferir la maternidad y han terminado separándose de las que están en este mundo cercano, del resto no te puedo dar razón porque”.(01H3 0025)

“...Ósea tu justo me estás haciendo una entrevista en el momento en el que estoy en una crisis de maternidad, el momento en que estoy decidiendo renunciar a la universidad, dejar la docencia porque no quiero dejar a mi hijo solo, creo que me quedaré con el trabajo de 8 horas y nada más”.(01M1 0011)

“Yo tengo muchas amigas que no se casaron y prefirieron ser médicos a ser madres y que cuando ya lograron, cumplieron sus metas laborales, decidieron, buscar ahí sí tener un bebé pero ya fue tarde, tengo como 3 o 4 amigas que estuvieron en tratamientos de fertilidad, inclusive en el extranjero, la mayoría que tenemos hijos, lo tuvimos en la universidad cuando éramos jovencitas, el otro grupo son solteras y no tienen hijos”. (01M1 0033)

En el sector privado se percibió la discriminación para ejercer la profesión por ser mujer y joven:

“El auditor del hospital privado en el que yo entré a trabajar hace ya algún tiempo me dijo: a ver doctora usted tiene dos peros, es mujer y es joven. Prepárese. Fue muy duro, muy duro, en un hospital privado machista completo, muy duro, muy duro pero estuve 3 años finalmente en ese hospital y me costó muchísimo pero yo creo que logre respeto”. (01M2 0018)

Los siguientes discursos divergentes de profesionales mujeres del ámbito privado, relatan la discriminación que viven por parte de otras mujeres, del equipo de trabajo y lo difícil que es, que las mujeres médicas logren jefaturas de servicio.

“...más bien teníamos problemas con las enfermeras que no acataban nuestras órdenes y nosotras mismas muchas veces teníamos que hacer cosas que les correspondió a ellas. Yo

notaba que siempre estaban más dispuestas para hacer lo que les pedían nuestros compañeros varones. Había como una coquetería entre ellos."(02M20024)

"A ver, nosotros en cirugía general, no tenemos cirujanas de planta, los cirujanos han sido muy cerrados, tenemos cirujanas de apoyo y hay cirujanas muy buenas, muy buenas, en cirugía vascular, la jefa del servicio de vasculares es mujer que es muy hábil, muy buena, existen mujeres en todos los servicios, manejan todo muy hábilmente y con igual calidad que los hombres, pero no han tenido chance de ser jefas de servicio."(02M3 0042)

Las profesionales mujeres del ámbito público relatan el discrimen por parte de los pacientes que creen que, las mujeres no están capacitadas para realizar una cirugía. Esto dificulta el trabajo para la médica, le produce una sensación de decepción tanto en el ámbito público como privado.

"...siempre va haber una preferencia por el hombre, los pacientes tienen mucha más confianza por los médicos varones, todavía nos tratan de licenciadas, seguimos siendo señoritas, no aceptan a la mujer médica. Cuando era posgradista y tenía que hacer una cesárea, era muy decepcionante porque los esposos siempre querían que le opere un varón, yo pensaba que en la práctica privada iba a ser muy difícil desarrollar la especialidad. El problema de discriminación no es de los profesores o los compañeros es de los pacientes."(01M1 0033)

"...influye de manera determinante el ser hombre o mujer, yo soy una cirujana muy hábil y digo esto porque los mismos colegas lo reconocen, los pacientes no se sienten seguros con una cirujana, cuando yo devengaba la beca en el hospital público los pacientes no tenían ninguna opción de escoger el cirujano, entonces yo les operaba y ellos estaban muy agradecidos, pero cuando ellos iban a pagar una cirugía en una clínica privada entonces querían un cirujano varón, cuando me case con un colega cirujano, los pacientes querían que les opere mi marido, por años yo opere con él yo hacía cosas complicadas y siempre ante los pacientes el cirujano era él, esto me frustró tanto que acabe divorciándome". (01M3 0023)

Este discurso de un profesional hombre describe el desgaste emocional que, desde su percepción, viven las médicas mujeres al sufrir discriminación por parte de las enfermeras y los pacientes.

"Lo que yo he vivido como emergenciólogo es que cuando las mujeres están al frente es decir son la jefas de guardia pueden tomar decisiones con cabeza fría, pero son los pacientes los que les descalifican y ellas a lo largo de la guardia se desgastan más rápido porque no están solamente lidiando con los problemas médicos de los pacientes sino que deben sostener un rol con una actitud imponente porque de lo contrario no les respetan las enfermeras y los pacientes entonces ellas gritan más durante su turno".(02H2 0008)

En los discursos divergentes de profesionales hombres del ámbito privado se capturó descripciones del quehacer de las médicas en el desarrollo pleno de su profesión y revelan potenciales problemas de salud mental de las mujeres en su afán por ejercer la profesión y la vida familiar.

"...es importante establecer que hay un punto en el que biológicamente un niño para crecer sano necesita de esta figura de protección idealmente materna y paterna, indispensablemente una figura materna y eso obliga, alguien de los dos tiene que sacrificar una parte de su vida profesional, una parte, no tiene que ser todo o nada, nunca va haber un buen maternaje en

manos de un empleada puede llegar a cumplir un maravilloso papel pero jamás será lo mismo". (02H1 0048)

"Cuando las mujeres toman la opción de ejercicio profesional a medio tiempo no son tomadas en serio no son valoradas de la misma manera. Entonces ellas sienten que no están haciendo nada bien porque ni están tiempo completo en casa ni están tiempo completo en su profesión, entonces viven un conflicto constante, yo como sicoterapeuta trato muchas colegas con estos conflictos que acaban dándoles dificultades a veces sería de comportamiento". (02H1 0049)

El discurso de una profesional mujer del ámbito privado pone en discusión el hecho de que, las generaciones están cambiando y en el futuro las médicas tal vez no vivan la dicotomía profesión – rol materno, o la necesidad de elegir entre la vida profesional y la vida doméstica.

"Yo le veo más posibilidades para las mujeres, en el sentido de que las nuevas generaciones de hombres pueden seguir involucrándose al trabajo doméstico como parte de ellos, como parte del placer de los hombres, no como ayuda a esa persona y probablemente las nuevas generaciones están en proceso pero para la médica que tiene hijos y esposo, me parece bien duro que llegue a la casa y continúe con el trabajo". (02M3 7002)

Los discursos de los posgradistas coinciden con los de los profesionales, en referencia a las dificultades de ejercer la maternidad y a la vez lograr el desarrollo profesional, manejar las relaciones de pareja y el ejercicio profesional. En este grupo de participantes explícitamente se reconoce relaciones de poder entre la pareja heterosexual, relaciones disfuncionales "... cuando las mujeres tienden a sobresalir un poco más..."

H. "Hay una cierta relación de poder entre el esposo y la mujer, cuando las mujeres tienden a sobresalir un poco más, se especializan más como médico, el hombre siente cierta inseguridad y generalmente generan un conflicto dentro del matrimonio y a las doctoras, las especialistas la mayoría son solteras o divorciadas, han tenido que elegir entre tener un esposo que les controlen o su profesión y las que han elegido su profesión". (P1GFMF)

M. "la mayoría de mujeres profesionales médicas son madres de edad avanzada, o sea son pocas, muy escasas las que terminan su carrera de especialidad, subespecialidad esas mujeres son valientes, la mayoría somos mujeres sin hijos, en mi caso yo considero que es un reto mucho más difícil el hecho de tener hijos en el posgrado, implica muchas más responsabilidades, más tiempo para todo". (P2GFG)

Los posgradistas también coinciden en percibir el discrimen que viven por ser jóvenes y por ser mujeres en el ejercicio de la profesión. Un discurso que reveló en forma resumida gran parte de los discursos fue "... los doctores (se refiere a médicos)... son hombres por supuesto..."

M. "...para mí el que los pacientes te digan Niña o mi hija, es frustrante a nosotras hasta ahora, así nos vean con el uniforme nos siguen tratando de niña, yo me enojo mucho porque me esforzado para llegar al posgrado y tengo que empezar la relación con los pacientes haciéndoles entender que soy doctora, eso desmejora la relación, a veces me comporto de una manera que yo no soy."(P1GFR)

H. "A mí me dicen Joven me dicen, chico, uno realmente estudia duro para ser médico entonces sí te calienta el que te traten como si fueras un conserje, la gente tiene la idea de que los doctores tienen cierta edad, son hombres por supuesto y son no sé... tiene la idea de que el doctor debe ser como en las películas, en las novelas, si tienes el aspecto físico que yo tengo, flaco y chiquito no me creen doctor." (P1GFR)

El siguiente fragmento de discurso, de un hombre posgradista, relata la descalificación que viven las médicas en su trabajo cotidiano.

H. "El domingo que paso fui al hospital de la policía, viene un señor, un coronel que dice yo me atendí ayer con una doctora y me mando esta receta, yo le vengo a ver a usted para que me de otra receta, le digo esa medicación es buena, la que le dio la doctora y el paciente me dice "pero usted doctor deme otra", y el señor insiste dice "no pero yo creo que usted, la que usted me da, me va curar". (P2GFE)

Este discurso divergente expresado por una posgradista, mujer, muestra la percepción del cambio que se empieza a evidenciar en el entorno de trabajo cotidiano, en cuanto al número de mujeres trabajando en un mismo momento y el potencial de este hecho.

M. "yo he visto que ahora en quirófano sólo pasamos mujeres, la ginecóloga, la ayudante de la ginecóloga es mujer, las enfermeras, la pediatra, la anestésista, me ha pasado no sólo una, sino varias ocasiones que ahora sólo somos mujeres esto a mí me parece formidable, o sea estar en ese punto de todo hacerlo sólo mujeres es hermoso"(P2GFP)

Durante el levantamiento de las entrevistas individuales a los profesionales, que se hizo en sus lugares de trabajo público y privado, se observó que las médicas constantemente llamaban por teléfono a su casa para monitorizar las actividades domésticas, razón por la cual se decidió incluir, el monitoreo de las actividades domésticas como subcategoría emergente de análisis. Se presenta los resultados en esta categoría por ser inherente al ámbito del ejercicio profesional que las doctoras desempeñan.

4.6.4.3. Subcategoría monitoreo de actividades domésticas

Los discursos coincidentes de las profesionales mujeres contrastan con el discurso de los hombres, al comentar que es importante llamar a la casa para tener información de que está pasando con los hijos.

"Bueno yo soy obsesiva tengo un hijo adolescente, querría que mi hijo este aquí junto a mí, a veces sí creo que algo anda mal estoy llamando cada 30 minutos... No me siento tranquila."01M1 0011

"llamo las veces que considero necesarias, si está de vacaciones es la época que más me duele porque se queda sola y yo trato de llamarle, no tengo mucho tiempo, porque aquí el trabajo es exigente, pero trato de llamarle 3 veces al día a mi hija en épocas de vacaciones, en época de clases yo le llamo 1:30 de la tarde, periodo en el que regreso de mi lunch. Gracias a Dios mi hija siempre está acompañada."01M2 0018

“si yo, lo que no me puedo olvidar es el celular, llamo a saber si ya llegaron los niños si hay novedades, siempre estoy pendiente.”02M1 0047

“... o sea no poder comunicarse con la casa es terrible, uno no sabe a qué atenerse, o sea claro que la mayoría de veces ya estaba todo planeado para la niña que este con mi mami, la mayoría de veces estaba con mi mami pero uno sin saber qué paso si es complicado. Además creo que ellos también esperan escuchar la voz de uno.”02M2 0035

Los discursos coincidentes de los profesionales hombres del ámbito público y del ámbito privado, relatan que no ven necesario llamar a la casa, excepto que exista un problema de salud concreto, porque sus hijos están a cargo de la esposa o alguna mujer que les cuida.

“No casi nunca, en verdad no le veo necesario, mis hijos están bien cuidados.”01H1 0034

“... [Silencio]Bueno en el último tiempo 2 años, que mi esposa está enferma, está bastante delicada, siempre llamo a la casa, por lo menos dos veces y tengo un teléfono extra para que la empleada o mi hija me localicen.”01H3 0025

“no tengo necesidad. A los niños les cuida mi cuñada. También mi esposa trabaja, ella tiene una jornada mucho más corta, de 7 de la mañana hasta la 1:30. Entonces mi esposa les deja alistando pero mi cuñada es la que se encarga de darles el desayuno, de mandarles a la escuela, de recibirles de la escuela y más o menos que comiencen algo de los deberes, que almuercen y hasta eso ya llega mi esposa.”02H3 0040

Estos discursos divergentes de profesionales médicas del ámbito público y privado, relatan que cuando los hijos están grandes o los padres están estables, o tienen un esposo que comparte esta responsabilidad, se sienten más tranquilas para trabajar.

“... no realmente mis hijos ya son grandes, son independientes, tienen su vida y sus tiempos.”01M3 0023

“No para nada, yo sé que si mi hijo me necesita me va a llamar o buscar, yo no soy persona de andar llamando, cuando mis padres vivían y estaban enfermos si llamaba para saber cómo estaban pero luego... no..No” 01M3 0037

“...cuando mis papis tiene algún problema sí, yo vivo con ellos entonces siempre estoy pendiente de sus problemitas médicos.”02M1 0043

“durante un tiempo tuve empleadas que estuvieron puertas adentro y me ayudaron, básicamente para darles el almuerzo o la merienda y, sí, nos comunicamos por teléfono, esta responsabilidad nos compartimos con mi esposo. Los dos somos médicos y trabajo privado, creo que para todo esto se necesita una buena pareja, sino es imposible.”02M3 0042

Los discursos coincidentes de los posgradistas mujeres relatan, que ellas se comunican por mensajes más que por llamadas telefónicas, las que son madres mantiene gran preocupación, a pesar de que es la familia ampliada, madres, hermanas, las que están cuidando de sus hijos.

M. “Bueno cuando no puedo llamar si se me complica el turno peor aún si hay alguna novedad en mi casa, mi hijo está enfermo, trato en lo posible siempre de comunicarme de la forma que sea, por internet por lo que sea pero siempre pregunto por mi hijo más que nada o con él igual hablo, le digo “sabes que no voy a ir, voy a tal hora” P1GF1R

M. *"...en cambio una mamá siempre va estar preocupada porque recojan las cosas, estén listos los uniformes, o sea son cosas, siento que es mi rol, no me puedo quedar tranquila"*P1GF1R

M. *"Sí, yo aunque sea un mensajito, bueno el problema es cuando tienes hijos chiquitos, porque en el postgrado no te dan meses de lactancia como en cualquier institución pública, entonces les dejas súper chiquitos, o sea encargados y todo."*P2GF3E

M. *"...yo le tuve que mandar a mi hijo a Riobamba, yo soy divorciada, entonces tuve que mandarle con mis papás porque le traje los primeros meses de posgrado y se me hizo muy difícil porque tenemos turnos, clases todos los días. Entonces es mucho más difícil."*P1GF2MF

Los discursos de posgradistas hombres que tienen hijos enfermos o están viviendo situaciones de conflicto, demuestra que también están preocupados de mantenerse comunicados.

H. *"Chuta complicado eh: bueno mi última hija nació con una condición genética, tiene un problema en la piel, pasa enferma y alguna vez estaba a punto de salirme del posgrado. Porque yo, nosotros los de provincia vemos a los hijos cada 15, cada 22 días, entonces yo si tengo que llamar."*P1GF2MF

H. *"La adolescencia, lo que pasa es que mi mujer y mis hijos viven en Latacunga, entonces ella no trabaja, se encarga de mis hijos, entonces el problema es el enfrentamiento que ella tiene pues la adolescencia es una etapa muy dura para ella, afrontar ella sola es muy difícil, en este momento por ejemplo tengo a mi mamá que esta con un proceso degenerativo crónico, entonces estoy viajando casi todos los días, y llamo cada vez que puedo"*P1GF2MF

Estos discursos divergentes de posgradistas, relatan su desacuerdo porque sean tan constantes las llamadas, y las medidas que se ha tomado para disminuir las llamadas telefónicas.

M: *"he visto, por ejemplo licenciadas, enfermeras o algunas compañeras que en realidad se preocupan más en llamar y preguntarle a la mamá cómo está el hijo, si ya comió, si ya desayuno o al esposo; me parece demasiado; y mi caso como no tengo hijos y mi futuro esposo es igual médico, ya sabemos que estamos de turno y si no le contesto un mensaje o whatsapp se entiendo que él o yo estamos ocupados en el trabajo"*P2GF3E

H: *"a mí en particular cuando entro a una guardia es como que me desvinculo de todo, sólo estoy pendiente de lo que pasa en la guardia porque no: a veces si mi mujer me reclaman."*P2GF3E

M: *"Bueno en mi sito de trabajo actual, hospital privado, este era un problema tan importante que ahora está prohibido el uso de celulares, entonces casi no se ve que llamen."*P2GF3E

Una vez que los médicos completan su formación como especialistas en Ecuador, si realizó el posgrado con una beca pública, debe devengar la misma durante seis años, trabajando en el lugar que se le asigne. Generalmente el primer año debe hacerlo en la Amazonía (área geográfica con limitaciones estructurales y habitada mayoritariamente por pueblos indígenas) y los demás años en algún hospital provincial (área geográfica que aglutina entre 100.000 y 300.000 habitantes) que requiera sus servicios. Una vez terminado el período de devengación podrán por uno de los dos ámbitos de trabajo, en el público o en el privado.

Los médicos que realizaron el posgrado por cuenta propia, en el país o en el exterior, pueden optar de manera inmediata por trabajar en uno de los dos ámbitos. La siguiente categoría buscó capturar los problemas y fortalezas que los médicos ven para insertarse en cualquiera de los sistemas.

4.6.5. Percepción sobre ventajas y desventajas en torno a la elección de trabajo en el sistema público o en el sistema privado

La percepción de oportunidades y barreras de trabajo en el sistema público y privado fue obtenida de los profesionales y se muestran en las subcategorías oportunidades y desventajas de trabajo tanto en el sistema público como en el privado.

4.6.5.1. Subcategoría oportunidades de trabajo en el sistema privado

Los discursos coincidentes de los profesionales del ámbito público describe la flexibilidad del manejo del tiempo que se presenta en el sistema privado, esta libertad de organizar el tiempo refleja la autonomía que pueden ejercer los médicos en el ámbito privado.

“El sistema privado tiene la ventaja de que puedes organizar tu agenda, por ejemplo si tiene una reunión de la escuela o lo que sea, simplemente no cita pacientes y va a la escuela. Además al venir los pacientes por cuenta propia no hay maltratos, porque ellos deciden buscarle a usted entonces se acomodan al horario que usted dispone.”01M1 0029

“...trabajar en la privada implica que existe un poco más de orden, por ejemplo, usted tiene la cita, el paciente espera en ser atendido. Si usted se excede en su tiempo de atender a un paciente que ameritó más, siempre en una pública están insultos, gritos, reclamos, mal carácter, ofensas, amenazas, personalmente a mí lo que me agobia de trabajar en la parte pública, es el maltrato de la gente, más que otra cosa.” 01M2 0031

Estos discurso de dos profesionales, hombre y mujer, que trabajan en el sistema público y privado, respectivamente, reflejan formas de discrimen sutil y la importancia que para él/la médico/ca tiene sentirse escogido/a, estar en competencia profesional y la posibilidad de mejores ingresos económicos.

“En el sistema privado hay más opciones en la parte económica, se puede poner su centro, su consultorio, tener sus propios pacientes, los médicos que le refieran. En el sector privado existe competencia, hay que estar atentos porque si usted se descuida a lo mejor otros centros comienzan hacer mejor las cosas y le van quitando pacientes, eso en el sector privado nos obliga a estar atentos preparándonos, porque los pacientes escogen lo mejor.”02H3 004033

“...es diferente a nivel privado, el paciente te elije, te puedes estar con pacientes una hora, preguntarle, re preguntarle, reexaminarle, tienen un mejor nivel de educación, eso facilita la comprensión de los procesos que en mi especialidad son complejos. Al inicio he vivido problemas serios, cuando empecé el trabajo a nivel privado, los jefes traían a las empleadas para que yo les vea y ellos o sus familias se hacían ver con mi colega hombre.”01M3 0037

Los discursos de profesionales del ámbito privado expresan un comentario divergente al de otros médicos de la consulta privada, que han expresado que este ámbito exige mucha dedicación de tiempo, su posición respecto del manejo del tiempo, es que pueden programarlo con libertad, al parecer esto depende de la especialidad.

“yo soy dueño absoluto de mi vida, si yo mañana amanezco sin ganas de trabajar o quiero irle a ver a mi hijo a una obra del Colegio digo: mañana NN no me ponga pacientes, quiero irle a ver a mi hijo al Colegio y el horario lo manejo yo y soy dueño de mi propio horario, tiempo y disposición. En ese sentido para mí es muy importante sobre todo la parte familiar poder manejar mi tiempo.”02H3 0022

“En la consulta privada la principal ventaja es el manejo del tiempo sí, sí, sí. Yo a partir del nacimiento de NN, que es mi tercer hijo, a partir del nacimiento de él incluso dejé de trabajar en las tardes, me dedico en las tardes a mis hijos, vengo solamente el miércoles es el único día que vengo en la tarde y trabajo sábados para compensar.”02M1 0047

Estos discursos coincidentes de profesionales mujeres del ámbito privado, hacen énfasis en que, para surgir se requiere gran esfuerzo individual, porque en el campo privado existe más competencia; además, que la presencia de un hijo afecta de manera diferente a un hombre que a una mujer en cuanto se refiere a la conciliación de los tiempos.

“En el privado uno se forja y en eso depende de su forma, de su relación médico paciente para surgir y surgir sola porque si dependiera de otras cosas, o de los otros compañeros es bastante difícil. En el mundo privado muchas veces hacen grupos y en su grupo, en su núcleo, es cerrado y es muy difícil tratar de romper e incursionar.” (02M2 0024)

“...Incluso en el trabajo privado hay diferencias por ejemplo yo y mi socio, él tiene su esposa que se dedica a sus hijos y entonces él, aquí, trabaja tiempo completo. Yo por tener mi hijo solamente trabajo medio tiempo, no quiero dejarle por hacer plata, soy madre soltera y para mí es más importante disfrutar de la crianza de mi hijo, yo lo tuve a los cuarenta después de esforzarme y levantar esta empresa de radiología, ahora dejo todo para criar a mi hijo, hago docencia, solamente una vez a la semana.” (02M2 0039)

Estos discursos divergentes de profesionales mujeres del ámbito privado aportan con un comentario diferente al disponer de tiempo que les permite dar mejor seguimiento a los pacientes y realizar un trabajo personalizado, y hacen hincapié en la importancia de la tecnología, y disponibilidad y agilidad en los resultados en el quehacer médico.

“La principal ventaja es tener un tiempo casi indefinido con las pacientes, además logro un seguimiento personal porque les digo, me llama al celular aunque sea domingo me llama, me van a informar por teléfono. No exponerme al estrés, el trabajar con una carga grande de pacientes para mí es mucho estrés, en una institución pública realmente a mí me iba a dar un infarto por tener que responder a las demandas de las exigencias que tienen.” (02M3 7002)

“En mi especialidad infectología, contar con un buen laboratorio, que funciones bien las 24 horas del día los 7 días de la semana es indispensable, eso solamente tengo en el nivel privado, por eso estoy aquí, además porque trabajo con mi padre y mi hermano que son médicos y con quien hacemos equipo.”02M30050

Estos discursos coincidentes de posgradistas describen las ventajas en el ambiente privado, eficiencia y flexibilidad en el tiempo.

M. “el tiempo es más flexible, o sea no es riguroso como “sino cumple las 160 horas” y que la presión de la consulta, nosotras igual hacemos consulta externa, pero es mucho más flexible, a veces pasamos aquí todo el día, todos los días pero haciendo varias cosas, o sea no sólo estamos haciendo emergencia, viendo la investigación, hacemos la fundación, hacemos consulta gratis, hacemos obra social, entramos a quirófano, o sea hacemos muchas cosas.” P2GFG

M. “existe mayor eficiencia en los servicios por ejemplo usted en el hospital público un hemocultivo lo espera 8 días y tal vez si nosotras no pasábamos por aquí, ni sabíamos que un hemocultivo puede pitar en horas y a veces a las 24 horas ya está. Entonces eso por ejemplo en mi experiencia personal dos niños murieron porque no tuvieron esos resultados a tiempo” P2GFG

H. “En el sector privado puede ser el propio jefe de uno, ordenar su tiempo, poder organizar mejor mi tiempo, descansar cuando yo necesito descansar. En el sector público el horario es rígido 8 horas, yo creo que lo ideal sería 6 horas uno rediría más.” P2GFG

Esta posgradista mantiene un discurso divergente con los anteriormente expresados por los participantes involucrados en el sistema privado, es el mejor lugar para formarse, hace hincapié en la oportunidad de mejorar en su formación.

M. “En lo privado es la maravilla porque usted los exámenes son ahí, le ofrece la ventaja de que usted puede seguir educándose, Aquí en este Hospital, usted tiene alguien que este atrás suyo eso le permite seguir formándose o poder hacer investigación o cosas así que te motiven, si tienes esa opción porque los doctores si están en eso, o sea les gusta seguir actualizándose.” P2GFG

Otro discurso divergente expresado por un posgradista es que en el ámbito privado existe mejor trato, debido al nivel educativo de los pacientes.

H. “Respecto del trato de los pacientes si existe diferencia, en algunos hospitales privados las personas por lo general tienen educación superior, eso hace que sean más respetuosas y hasta para reclamarte te tratan mejor, sin gritos” P1GFR

Este discurso divergente de un posgradista relata que, mientras esta en formación existe explotación laboral.

H. “para nosotros ahora como posgradistas ninguna, somos mano de obra barata” P2GFG

Este último discurso describe una desventaja muy sentida por los profesionales en formación que trabajan en el ámbito privado.

4.6.5.2. Subcategoría desventajas de trabajar en el sistema privado

Los discursos tanto de profesionales como de posgradistas detallan las desventajas que perciben para elegir trabajar en el sistema privado. Los discursos coincidentes de los profesionales hombres del ámbito público, describen diferentes aspectos que viven al trabajar o intentar trabajar en el sistema privado. Los problemas descritos son: la inestabilidad de la consulta privada y lo competitivo que es este espacio laboral, lo difícil que resulta abrirse campo, si no se cuenta con los recursos económicos y sociales suficientes.

“Que es un mundo muy competitivo, que son argollas, que la gente es muy materialista y consumista, que existe más riesgo, que la gente está desesperada a ver quién le caiga, eso a mí me parece fatal, algunos compañeros que trabajan solamente en la privada están muy desesperados porque al tener consultorio deben pagar, arriendo, secretaria.” (01H2 0014)

“En el mundo privado tú tienes que invertir porque yo quise asociarme con otras gentes me dijeron no, mi subespecialidad demandaba una inversión de unos 400 mil dólares, me fui a trabajar fuera del país para tratar de recoger dinero e involucrarme pero me di cuenta que el riesgo de lanzarse solo en mi caso era muy grande hay que ser parte de un equipo para que te refieran pacientes”. (01H30025)

Los discursos coincidentes de las profesionales mujeres del ámbito público que buscan insertarse en el sistema privado, narran lo complejo que resulta, especialmente para las mujeres, introducirse en este campo laboral. Primero, porque la inversión de tiempo y dinero es alta, luego, porque los pacientes eligen en primer lugar un hombre; y tercero, es más fácil insertarse cuando hay mentoría.

“...lo que le he dicho la idiosincrasia de nuestra gente hace que prefieran pagar a médicos varones, si pueden escoger escogen un hombre, especialmente en la cirugía. Entonces para abrirse campo en el mundo privado hay que tener paciencia y dinero, porque un consultorio cuesta mantenerlo”. 01M1 0033

“...yo tengo claro que hacer clientela en la consulta privada es cuestión de tiempo, hay que invertir tiempo. Porque no es lo mismo para el que es hijo de un médico pueden hacer las prácticas con su propio mamá o papá y así y es más fácil porque se terminan relacionando en el mundo, más si es reconocido, que para los que somos primera generación”. 01M3 0038

Este discurso divergente de una profesional que trabaja en los dos ámbitos, público y privado, reconoce que es soltera y tiene tiempo para dedicarse a los dos campos de trabajo y que tuvo una preparación en Europa. Recupera la importancia que para ella tiene sentirse útil ayudando a los niños que necesitan atención de su especialidad en el ámbito público.

“En mi especialidad otorrino y con los años de trabajo que tengo, y con la inversión que he realizado primero para estudiar, hice mi postgrado en Europa, luego me endeude en este lugar, ahora no le veo desventajas al mundo privado porque a mí me va bien, tengo muchos pacientes. Yo soy soltera y trabajo en hospital público, mi consulta privada y soy docente. No quiero dejar el hospital público porque dejaría de sentir que hago el bien a quien más lo necesita, cuando pongo un implante coclear a un niño que sé que gracias a eso podrá oír me siento feliz, especialmente si ese niño no habría podido pagar en la privada, siento que estoy haciendo el trabajo que siempre quise”.01M3 0037

Este discurso divergente de un profesional hombre del ámbito público, narra la dificultad que enfrenta para, incorporar el criterio del paciente en la toma de decisión que para algunos médicos es amenazante, especialmente si perciben que existe una imposición determinada por la clase social.

“A mí no me gusta trabajar en el sistema privado por que la gente es un poco más prepotente, piensa que, porque paga puede maltratar o manipular al médico, es un poco más exigente, por ejemplo dicen tengo esto y hágame esto, quieren imponer su criterio eso a mí no me gusta porque por algo uno estudia y no porque la gente lee en el internet ya sabe lo que tiene o lo que hay que hacer, como la mayoría de la gente en el sector privado tiene mayor nivel de educación o son de clase alta creen que conocen, entonces quieren dar órdenes al médico. 01H3 0045

Este fragmento de discurso divergente de un profesional hombre del ámbito privado relata la importancia que para él tiene ser parte de un colectivo, de trascender fuera de su consultorio, sentir que está haciendo servicio a pesar de trabajar en un consultorio privado, para ser coherente con los mandatos católicos.

“Sabes que yo en realidad no hago medicina privada como tal, o sea medicina privada de sentarme en mi consultorio y atender pacientes solo, yo trabajo en equipo y apoyo a asociaciones de pacientes crónicos, trato de hacer algo que me haga sentir que estoy dando un servicio a la gente que necesita, porque de lo contrario sentiría que traicione a mi Lola⁵⁵, porque yo soy ex alumno del San Gabriel.” 02H1 0004

Este discurso divergente de un profesional hombre del ámbito privado hace referencia a que en el ámbito privado existe más exigencia en la dedicación del tiempo, más dedicación de tiempo si se quiere retener la clientela.

“Aquí en la consulta privada, uno no puede disponer de su tiempo, aunque puede no lo hace y no lo hace porque es atender contra uno mismo, finalmente si es que uno no tiene regularidad es un camino con altos y bajos, en mi caso, en mi experiencia ha sido gratificante, porque mi padre es un médico conocido y yo estoy aquí en su misma área, para él es un descanso pues se merece, entonces debo dedicarle el tiempo que los pacientes me demandan.” 02H1 0048

Este fragmento de discurso divergente de un profesional hombre del ámbito privado, decide escoger salir del país. Esta decisión puede tomar los médicos que no tienen contratos de devengación de becas o tienen condiciones económicas que les permita incursionar en otros países sin presión económica.

“Yo vengo de una familia con tradición de medicina, como resultado tenemos una clínica que la sacaron adelante mi abuelo y mi padre. Pero ahora las cosas no son fáciles, siento que estoy entrando en el campo profesional en un momento de conflicto, antes fue más fácil para mi padre porque lo público era muy deficiente, ahora lo público ha mejorado y la gente prefiere ir a lo público. Por otro lado en mi especialidad cuidado intensivo es muy preocupante el riesgo de un juicio de mala práctica, en lo privado este más expuesto. Entonces yo me voy Argentina quiero hacer una subespecialidad y si puedo me quedo a trabajar.” 02H2 0008

⁵⁵ Forma cariñosa para referirse a la virgen Dolorosa que es la patrona del Colegio San Gabriel.

Este discurso divergente de un profesional hombre del ámbito privado, expresa su necesidad de ser parte de un equipo con el cual trabajar investigación, el espacio privado no le brinda esta oportunidad.

“yo opte por lo privado porque me encuentro más a gusto en este espacio de trabajo, lo que extraño es hacer investigación aquí en la consulta privada no estoy haciendo nada de investigación”.02H3 0022

Estos discursos coincidentes de profesionales mujeres del ámbito privado, describen que se requiere tener condiciones económicas solventes porque de lo contrario no es posible hacer servicio social y de cómo la mujer debe esforzarse más para conseguir respeto profesional.

“Yo soy una mujer soltera, que no tiene que mantener a su familia y que no tiene necesidad de mayores ingresos económicos, que tenga que luchar, y, luchar por eso me he podido dar el lujo de trabajar en un área privada toda la vida, y a nivel de una fundación en cuidado paliativo un área bastante social, que económicamente no es rentable, pero si estaría en otra condición no podría estar en este nivel, habría escogido otra especialidad que sea rentable o estaría trabajando en el sistema público.” 02M1 0043

“Lamentablemente hay un machismo terrible, que en realidad a una mujer le intentan hacer a un lado, le minimizan, piensan que por ser mujer no tienen las capacidades necesarias hasta cuando uno lo demuestra. Hay que ser mucho más dedicadas para lograr un espacio.” 02M2 0024

Estos discursos coincidentes de posgradistas, relatan que en el sistema privado, existe sobre demanda de trabajo administrativo, de pedidos de exámenes por la preocupación de documentar las decisiones, avizora lo complejo de abrirse campo en la consulta privada por trabajo propio. Lograr clientela es un proceso largo.

M. “La desventaja del privado es que ahora la mayoría de estudios son normales, yo creo que muchos exámenes se hacen para estar seguro o para documentar por el temor de los juicios de mala práctica, pero para mí como radióloga es aburrido porque no veo cosas interesantes y encima de eso los pacientes quieren que se les haga ese momento, entonces es todo el trabajo de hacer la prueba y los resultados negativos. P1GFR

H. “... cualquier cosa es negligencia médica realmente tienen un muy mal concepto del médico y piensan que el médico quiso hacer mal y no es así, pero a nivel privado este es un gran problema las demandas le llegan. Entonces uno debe documentar todo, hacer firmar consentimientos informados de todo, en verdad en la consulta privada se llenan más papeles, Uno debe estar con abogado al lado, eso no me gusta, me pone angustiada.” P2GFE

H. “El que es difícil abrirse campo, demora bastante hasta hacer clientela, yo lo digo porque mi padre es ginecólogo y cuando éramos pequeños, sí que sufrimos, vivíamos del sueldo de mi mami que es profesora porque mi papi no tenía muchas pacientes, el entro en una Fundación y después poco a poco logro clientela, así que es realmente duro.”P1GFG

Estos discursos divergentes de posgradistas expresa su disgusto por el trato que le dan los pacientes de clase social alta y la desventaja de trabajar en el ámbito privado como residente en formación.

M: "a mí lo que me molesta es que por su condición social, ellos piensan que nosotros tenemos una obligación ante ellos, nosotros estamos haciendo, nuestra labor como posgradistas, por la actitud que ellos tiene parece que creen que somos sus empleados, es lo que se ve en los hospitales privados, yo estoy de acuerdo con explicar los procedimientos, lo que no me gusta es la prepotencia, con que nos tratan la gente que tiene dinero." P2GF3E

M: "Una gran desventaja es el trato que tenemos como posgradistas, usted le va revisar y le dicen "no, es que mi tratante es tal doctor, quiero que me revise él" entonces usted se ve desplazada disminuida, y veces te gritan y le dicen estoy pagando por algo, en realidad una tiene que tragarse, a veces pienso porque estudie esta carrera, me siento desanimada." P2GFG

Los discursos presentados corresponden a los profesionales y posgradistas que tiene opción de trabajar en el ámbito privado o que están trabajando en los dos ámbitos laborales. A continuación se presenta los discursos de los profesionales y posgradista que trabajan en el ámbito público, muchos de ellos como única opción.

4.6.5.3. Subcategoría ventajas del sistema público

Los discursos coincidentes de los profesionales sobre las ventajas de trabajar en el ámbito público expresan satisfacción espiritual, solidaridad con las personas más necesitadas y posicionamiento político.

"Bueno en el sistema público es la satisfacción espiritual que uno puede tener, yo no estoy de acuerdo con comercializar la medicina, puedo entender que estarán en su derecho pero yo quiero mantenerme alejado de la práctica privada y dedicarme exclusivamente a lo público como lo que es, un servicio a los demás y no dejarme absorber por el trabajo." 01H1 0034

"La principal ventaja que yo le miro es el hecho de servir a quien más necesita, es que en mi especialidad si la persona requiere una cirugía y no tiene posibilidad de hacerla simplemente corre riesgo su vida, entonces trabajar en el sector público es realmente gratificante porque se siente que con tus manos logras que independiente de si tiene o no dinero la persona recupere la salud, eso para mí es gratificante." 01H1 0034

"...me gusta atender a la gente que necesita de verdad. Entonces si a mí me ponen a trabajar en un consultorio digamos así súper de élite y en un hospital público, prefiero el público y a la gente de acá, por servir a la gente, por ayudar. Para eso yo me hice médico, no para hacer dinero de la medicina." 01M2 0031

Los discursos coincidentes de los profesionales del ámbito público son la estabilidad y el sueldo fijo.

"En el sistema público actualmente tiene unos sueldos yo diría adecuados, aunque no sé si realmente compensa lo que uno ha estudiado y así pero en todo caso sirve para vivir, si es solamente una persona, si tienen una familia digamos no lo sé." 02M30050

"Yo elegí quedarme en el sistema público porque con las dificultades económicas que tenemos ahora aquí en el país y a pesar de que el sueldo del público no es de lo mejor tampoco es malo, por otro lado en mi caso el trabajo aquí es temporal hasta que mi hijo salga y este en la universidad estaré aquí en los público y luego si ya renunciaré." 01M1 0033

Otro argumento coincidente que expresaron varios profesionales es, la “casuística”, es decir la variedad de patología que es posible observar.

“También me gusta el sector público porque se ve muchas patologías más que en el sector privado. Se ve de todo, inicialmente se ve de todo y obviamente yo prácticamente me he formado en hospitales públicos y de hecho me gusta seguir trabajando en hospital público, me siento más cómodo.”01H3 0045

Estos profesionales que trabajan en el ámbito público coinciden en considerar como ventaja el estilo de trabajo en el cual se siguen protocolos, se realiza un manejo integral, seguimiento que permite realizar investigación.

“Ventaja, en la pública trabajamos quizá de una manera más profesional si cabe el término, en la privada no tanto porque todo se debe al dinero, ejemplo: hasta tomar la presión cuesta y si yo quiero ir más allá con el paciente trabas, aquí es diferente, aquí yo puedo intervenir, aquí yo le puedo llamar si necesito todos los días al paciente, quizá esa es la gran diferencia.”01M2 0018

“Indiscutiblemente en lo público el trabajo es más integral, se da seguimiento a los pacientes, en el privado los pacientes se pierden, usted no les puede hacer el seguimiento y eso es una traba, hay casos muy bonitos para estudiarlos, para hacerle seguimiento que en la pública lo logramos porque el paciente como no paga nada vuelve y le llaman en un mes regresa, le llaman en 2 meses, regresa. Eso permite hacer investigación.”01M2 0018

Un discurso coincidente de las profesionales mujeres del ámbito público es que, consideran que para las mujeres hay ventajas, porque pueden hacer carrera basadas en sus méritos de trabajo y académicos.

“En el mundo público tanto en el Ministerio como en el Seguro Social uno se hace su propio camino porque ahí el paciente no escoge su médico. Ahí es el que le toque, si es que a mí me toca operarle y es una persona que no quiere: tiene que aceptar porque no tiene alternativa. Entonces de acuerdo a como te vaya te vas labrando un prestigio. Las mujeres en el mundo público tenemos más chance.”01M3 0023

“cuando uno llega, llega con ganas de hacer las cosas, entonces es muy interesante, porque puedes hacer trabajos, preparar conferencias, hacer investigaciones. Incluso ahora yo creo que el sueldo es pasable. Aunque no te compensa todo el esfuerzo, la carga de trabajo que haces.” 01M3 0037

Este discurso divergente de una profesional que trabaja en el ámbito público expresa que la mujer no tiene límites, en su carrera profesional al estar inmersa en el ámbito público.

“Ahora no hay límite, porque ahora hay mujeres que son jefas de servicio o sea ya no es como antes, en donde solo los viejos podían ser jefes. Ahora hay paso en ese sentido, se ha dado paso al desarrollo de las mujeres. Hay mujeres que son mejores profesoras, creo que las mujeres somos más dedicadas y si podemos hacer la profesión, al menos siendo solteras tenemos grandes posibilidades.”01M3 0023

Los discursos coincidentes de profesionales hombres recupera la importancia de la interacción profesional, el poder competir en el conocimiento, de trabajar más apegados a protocolos.

“... tomar decisiones más ajustadas, Se siguen los protocolos o sea tengo la libertad, de decirle al paciente que no le puedo dar antibióticos porque no necesita y que pena si se molesta, o sea no voy hacer eso, veo que en los privados por ese tema del tipo de relación que se estableces con los pacientes, se trata de generar una imagen frente al paciente, en realidad no siempre se hace lo correcto, sino lo conveniente.” 02H1 0049

“Siempre me gustó la vida hospitalaria y yo el hospital, lo que extraño mucho es la ausencia, ese día a día, la discusión de casos, eso es lo interesante, pelear, entre comillas, pelear con los colegas sobre algunos casos y obviamente las destrezas que tu adquieres en un hospital. No, no es lo mismo lo que tú ves día en el día en un hospital.” 02H2 0027

Los discursos coincidentes de profesionales hombres y mujeres es que los hospitales públicos son mejores escenarios para la formación médica.

“El mundo público es importantísimo en el ambiente de escuela, uno tiene como médico la oportunidad de tener diferentes casos difíciles y casos que sólo hay un medio hospitalario y eso es escuela, realmente ahí uno se forma, crea su carácter, aprende a tratar una gripe con la exigencia que se trata un cáncer en los dos extremos, la experiencia hospitalaria por eso es que me costó a mi dejarla porque decía voy a dejar de lo que aprendo día a día.” 02M2 0039

“Al sector público la ventaja que yo le veo es cuando uno está en periodo de formación, la práctica que uno tiene porque ahí adquiere toda la destreza, las habilidades, ahí uno se entrena, todo, no hay mayor restricción como es en la práctica privada, eso para mí fue una gran ventaja, yo podía hacer prácticamente todo. Hacer docencia no es rentable pero te deja una gran satisfacción.” 02H3 0040

Los discursos coincidentes de los posgradistas con los profesionales, recalcan las ventajas que los hospitales públicos, les brindan para hacer sus prácticas y formarse como médicos.

H. “Una ventaja en la formación en el público, es que la mayoría de veces nosotros pasamos en centro obstétrico, nos enteramos de todo, estamos ahí de manera permanente eso nos permite aumentar nuestra experiencia y manejar todos los casos, la casuística es muy buena y como estamos entre bastantes compañeros nos ayudamos mutuamente.” P2GFG

M. “La ventaja la parte académica, es más rica la calidad de pacientes que hay, ahí uno ve todo tipo de patologías, se encuentra con retos más frecuentemente y aprende más. Ahí es en donde siempre tratan de ser actuales y se ponen estrictos con la parte de actuar hasta el punto de poco pelearse entre servicios y todo eso. Uno aprende mucho más que en la privada.” P2GFG

Los posgradistas expresan un discurso coincidente en considerar como ventaja contar con sueldo fijo.

H. “Yo prefiero lo público porque en la parte privada tengo que pagar secretaria, tengo que pagar consultorio, tengo que pagar todo y todo hay que pagar y todo llega. Entonces a veces está bien, a veces está mal, entonces digo prefiero tener mi mensualidad, sé que recibo tanto y con eso nos arreglamos.” P1GFG

Los posgradistas expresan un discurso coincidente al considerar que el trabajo en el ámbito público les permite cumplir el sueño por el cual optaron por estudiar medicina y agrega un componente de clase al decir que se siente comfortable trabajando con gente de su clase social.

H. "En lo público yo me siento comfortable, porque las personas que atiendo son de mi clase, digamos que son gente humilde, esperan más de nosotros y a veces nosotros no vemos ese punto, su trato no es con la prepotencia de los hospitales privados en los que te dicen "usted me va ayudar?" P1GFMF

M. "Yo soy médico para ayudar a la gente, en el sector público hay mucha gente que no tiene esa ayuda. Ahorita estoy en Tulcán, hay mucha migración colombiana hacia el lado de nosotros porque actualmente no se les cobra, no hay ningún tipo de rubro, entonces yo si he visto casos de mujeres que viene con cáncer de mama avanzadísimo pero obviamente porque en Colombia les cuesta unos 20, 30, 40 millones de pesos el tratamiento y acá es completamente gratuito." P2GFG

Estos discursos divergentes de los posgradistas señalan la importancia de mantener conexiones profesionales, establecer redes con las cuales crecer académicamente.

M. "...en el ámbito público uno continúa viendo muchas cosas y tienen compañeros y siempre va seguir actualizándose. Creo que lo público siempre va seguir avanzando, avanzando, viendo muchas otras cosas más." P1GFG

M. "Yo creo que para iniciar si optaría por el sistema público porque debemos tomar en cuenta que es muy necesario establecer redes, que otros profesionales te conozcan para que te refieran los pacientes, igual vamos a seguir aprendiendo, que nosotros en el posgrado no vamos a ver todo y necesitamos seguir aprendiendo y adquiriendo destrezas y eso lo vamos a poder hacer con los médicos que tienen más experiencia que nosotros" P2GFG

El último fragmento de discurso nos muestra que los posgradistas consideran trabajar en el ámbito público aunque sea temporalmente, mientras afianzan su carrera profesional.

4.6.5.4. Subcategoría desventajas de trabajar en el sistema público

Los discursos coincidentes de profesionales presentan una queja reiterada sobre el salario bajo, la inestabilidad, que en algunos casos les obliga a realizar largas jornadas para mejorar sus ingresos con la consulta privada. El horario de 8 horas diarias es considerado excesivo.

"...es el sueldo que no alcanza, entonces para mi trabajar 8 horas es mucho, me bloquea completamente, yo creo que el horario ideal es 6 horas tengo compañeros que tienen su consultorio, yo veo compañeros así mismo que salen de la casa 5 de la mañana. Hoy en día usted va a los consultorios privados, desde las 5 de la mañana están todos los médicos pasando visita, para poder ingresar al hospital público a las 7 de la mañana, 7:30 de la mañana, esa es la realidad" 01H2 0014

"Los bajos salarios, la inestabilidad, la gente entra por dos años y no les renuevan el contrato, no se hacen los concursos para darles estabilidad. No hay incentivos para la gente se quede, para investigar, no se hace escuela, es decir no se busca atraer agente que tenga más

conocimiento para lograr avanzar en la resolución de los problemas. Muchas iniciativas se truncan, haces proyectos que no logran continuidad.”01H3 0025

Un discurso coincidente de los profesionales es el maltrato tanto de los pacientes como de los jefes y de la estructura administrativa.

“Sí, en el sector público también existe maltrato, o sea ha cambiado mucho la gente, antes había mucho respeto por el médico. Antes el médico era una persona que se lo respetaba en todos los sentidos. Ahora no, la gente es un poco más altanera también en el sector público.” 01H3 0045

“Bueno en el ámbito público podría dar la impresión de que maltratan [en qué sentido] por ejemplo lo que yo estoy viviendo, hoy vine a trabajar, no he tenido tiempo ni de comer y no he tenido tiempo ni para ir al baño, estado con un paciente tras otro y los pacientes insultándome afuera, yo me demoro en las consultas, converso si encuentro duelos, trato el duelo para mí sería un maltrato no tratar un duelo que le diagnóstico.” 01M1 0011

“En el sector público como el hospital militar existe maltrato a los médicos, te doy un ejemplo tú estás saliendo y el guardia del hospital te diga: “doctor abra la maleta a ver que se lleva”, o sea, ¡por Dios! Bueno no, no, no, no te dice eso ¿no? pero sí: “doctor tengo que revisar su maleta” O sea qué me voy a llevar las gasas, las torundas las, las...pero ¡perdóneme! 02H2 0027

Estos discursos divergentes de profesionales hombres y mujeres, señalan algo no mencionado por los demás entrevistados y que hace referencia al sentido de pertenecía y a la calidad del trabajo público, el sentido de ser tratado como burócrata y no como profesional de la medicina.

“yo salí del ámbito público, porque percibo que ahora no existe liderazgo, me refiero a que los jefes de servicio sean gente prestigiosa, reconocida, que uno como tratante de ese servicio sienta orgullo de pertenecer a ese equipo, para mí que a los servicios les falta alma, me da la impresión de que no existe escuela, existe mucha mediocridad y quemiimportismo, la gente hace lo que tiene que hacer y se va”.02H1 0004

“yo creo que lo que desanima el trabajar en el sector público es la falta de reconocimiento del esfuerzo. Finalmente el médico es como que un empleado más, un obrero más, no es por denigrar a ningún otro: pero si hemos tenido nuestra preparación, formación, sacrificio, pienso que debe ser reconocido, el trato al médico es como si fuera un burócrata creo que no es justo, al menos yo no lo acepto, por eso renuncie al sector público”.02H3 0040

“En el sistema público yo tengo la idea de que se les trata como técnicos de la medicina, obreros de la medicina y en definitiva van a vender su fuerza de trabajo, pero su fuerza de trabajo no es solamente el conocimiento sino es ese desgaste emocional- psíquico porque una se involucra con cada una de las personas que es algo que en la factura no se puede poner, que a la vez que le enriquece también le contraen las coronarias”.02M3 7002

Los discursos de los posgradistas coinciden con los de los profesionales, en las quejas por la demanda administrativa y la carga de trabajo.

M. “Lo malo en el sistema público es que le obliguen a ver a los pacientes en quince minutos, que te controlen con un registrador electrónico la hora a la que llegas estoy de acuerdo, porque somos ecuatorianos atrasados, a mí me complica y por eso nunca iré al sistema

público es que a mí no me gusta que me impongan las cosas y peor que me estén obligando a que yo haga las cosas como ellos piensan.” P2GFE

M: “la papelería es demasiado en el primer nivel ahí sí que hay que llenar formulario de pascualito, el programa de esto, el programa de este otro pero pienso se llena casi veinte formularios al mes, eso a mí me mata por eso yo no iré al sistema público.” P1GFMF

Otra debilidad percibida por los posgradista coincidente con los profesionales es la inestabilidad laboral.

M. “otro problema importante es la seguridad, la estabilidad laboral antes había mayor estabilidad en el Ministerio, ahora con tantos cambios que nombramiento provisional, que ahora los concursos, que ahora no, que ahora sale esto, que ahora es Distrito, que ahora viene el otro. Creo que esto genera incertidumbre. En el mundo privado es difícil abrirse campo pero siendo de uno el consultorio no le pueden mandar sacando, hay que esforzarse más, pero finalmente es más seguro.” P1GFMF

Este fragmento de discurso expresa una situación de desventaja, desde las relaciones de poder, coincidente con los profesionales, el cual es el maltrato hacia y desde los pacientes.

H. “La desventaja del sector público es que nos exige mucho, molestan bastante, y no nos dan las garantías que nosotros necesitamos, la forma en que nos tratan los pacientes, es terrible, o sea es un paciente maltratado porque espera en las colas y cuando llega al servicio, imagínese una paciente que llegue llena la vejiga se descompensan, somos muy pocos para atender tantos y cuando se colman nosotros somos los agredidos.” P1GFR

Estos discursos divergentes de los posgradistas hablan de la injerencia legal en la práctica médica y el temor que esto causa.

H. “ahora somos enemigos entre el paciente y el médico, ambos estamos a la defensiva porque primero son maltratos, segundo no se puede estar pasando a pelear con el paciente porque en seguida viene las quejas, viene el ministerio laboral y el peor enemigo que se tiene es prácticamente talento humano porque empieza hacer una investigación, no digo una investigación para resolver el problema sino para sancionar, esa es la vida pública.” P1GFG

M. “Ahora que se implementó lo del código, ahora las demandas han aumentado, se ven reportajes de que cogen por ejemplo un caso de una doctora que había fallecido una paciente, parece que le dio una embolia de líquido amniótico, había quedado en la sala de cesaría, entonces sin que se le haga un juicio se le llevó presa. Eso a mí me da pánico por eso yo hago firmar consentimiento para todo, hasta para poner una ampolla de un antiinflamatorio.” P2GFE

Estos discursos divergentes de los posgradistas, relatan el maltrato que sufren por parte de las autoridades del MSP, como no darles alimentación y desconfiar de su rol como profesional, a tal punto que deben firmar por insumos, documentos tipo actas de entrega – recepción.

M: “Sí, uff, es intolerable, no tenemos comida, hasta ahora no he desayunado, salí del quirófano, o sea comí ayer a las 9 de la noche la última vez. Por eso estoy mal genio, 2:47 tomo una coca cola y eso nos pasa a la mayoría o ¿no?” P1GF3G

M: “yo no sé quién define aquí qué medicamentos, entran o salen por ejemplo ahora, no se puede gastar un guante, usted tiene que firmar, sellar por un guante. A mí me parece tan, fuera de lógica, porque no voy a usar nunca un guante para jugar o para ensuciar, sino para lo que yo necesito y aquí ahora tenemos que firmar en una hoja sellar, poner mi número de cédula. Eso a mí me frustra.” P1GF3G

Un discurso divergente de los posgradistas es que no tienen condiciones académicas adecuadas para su formación, existe descontento por cómo se está llevando su formación académica.

M. “Los mejores tutores de hospital público ya no están renunciaron por las exigencias y los malos tratos, tuvieron que salir de ahí, ellos nos enseñaron a querer a los pacientes y verles a ellos, yo veía que ellos lo hacían más por el amor que tenían a sus niños y el cariño que tenían a su servicio porque de ahí el sueldo que ellos ganaban en el mes del hospital público en la privada lo hacían en una semana pero era el amor.”P2GFP

M. “el hecho de que a veces hay problemas con lo que uno sabe, uno discute o uno tiende a dar como opción y como es jefe de un servicio lastimosamente no puede hacerlo porque eso ya está establecido desde hace muchos años ahí y no se puede modificar ese tipo de tratamiento que usted sugiere o ve que es el mejor para el paciente, obviamente respaldado científicamente, la experiencia también cuenta pero no es determinante.” P1GF3G

Estos discursos divergentes de los posgradista relatan que comprenden las razones por las que los pacientes son agresivos con ellos y se quejan de la ineficiencia del sistema.

M. “En lo público tiene que esperar mucho, la gente tiene que sufrir mucho más, o sea en realidad a veces el gobierno querrá implementar un sistema tan eficiente como el privado, pero ahora la diferencia es muy grande todavía, necesita mucho dinero para hacer eso, entonces ver a la mamá que está sufriendo, que usted le pueden ayudar, que le pueden mejorar la vida de su bebé, y no es posible porque falta muchas cosas es muy duro.”P2GFP

M: “...no había donde sentarse, una niña que iba sana sin infección sólo requería el oxígeno le toco sentarse en la mamá, al lado de un niño que estaba vomite y vomite y al otro lado un niño que tosía en la cara. La doctora que nos recibió nos dijo “ahí siéntese, tiene que esperar a que haya la cama” la cama estaba en una sala de 4x4, llena de niños con neumonía. La mamá les pedía una mascarilla para ponerse ella porque estaba un poco agripada “que no hay”, yo casi salgo llorando de ahí, terrible, terrible.”P2GFP

4.7. Discusión

La discusión de los resultados del componente cualitativo, están organizados en cuatro momentos: en primer lugar se hace referencia a la conceptualización que los participantes tienen sobre los términos sexo, género y feminización. En segundo lugar se discute las razones por las que los participantes tomaron la decisión de estudiar medicina. En tercer lugar se argumentan los sesgos de género presentes en la elección de la especialidad y finalmente se analizan el balance que realizan los participantes del estudio, respecto de las ventajas y desventajas que ofrece el ámbito público y el privado, para ejercer la profesión.

4.7.1. Percepciones sobre conceptos de género, sexo y feminización

Los términos sexo y género, así como el concepto de feminización se construyen en un contexto histórico determinado. Los profesionales entrevistados tuvieron entre 35 y 45 años y al analizar sus discursos, la mayoría no diferencian el término sexo y género, en muy pocos fragmentos de discurso señalaron que, el concepto género incluye la diversidad de identidad sexual. Este hecho puede explicarse porque durante su formación profesional en la facultad de medicina, durante la década de los años noventa para la mayoría, en el Ecuador el discurso dominante fue patriarcal y no incluía discusiones de género.

En contraposición a lo descrito en el párrafo anterior, los posgradistas, en su mayoría, sí diferencian los términos sexo y género, introducen al concepto género como el rol social que los hombres y las mujeres viven en la sociedad. Este grupo profesional, formado como médicos ya en el siglo XXI, han recibido influencias del feminismo, especialmente de los grupos “*Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender*” (GLBT) que han sido muy activos en su lucha para reivindicar los derechos a la identidad sexual distinta, de manera particular en la última década. Por otro lado, en los últimos 10 años los medios de comunicación manejan de manera más abierta el tema y, además en el ámbito jurídico en Ecuador se han dado grandes pasos para incluir conceptos y construcciones sociales distintas a las tradicionales, la Constitución del 2008 reconoce la unión libre del mismo sexo con iguales derechos al matrimonio heterosexual. (125)

El tema género no se incluye de manera explícita en el currículo de las facultades de medicina ecuatorianas; sin embargo, el currículo oculto, que está influenciado por el momento histórico y la ideología dominante posiblemente cambió desde que en el año 1998, época en que una anterior Constitución a la actual dejó de penalizar la identidad sexual distinta, en Ecuador los grupos GLBT y los grupos de mujeres adquirieron notoriedad en el ámbito nacional, los medios de comunicación se abrieron al tema y los servicios de salud se orientaron hacia los derechos sexuales y reproductivos, (126) lo que sin duda configuró el currículo oculto y que influyó en la formación de los médicos posgradistas.

Si bien esta investigación no se propone realizar un análisis semántico de los términos, en esta primera categoría es pertinente señalar que el término género en castellano puede prestarse a confusión. Género es un concepto gramatical, un término taxonómico que es útil para clasificar una especie, o una clase a la que alguien o algo pertenece, por eso a las mujeres en su conjunto se denomina género femenino y a los hombres género masculino.

Otra connotación del término, se refiere a la manera de hacer o de ejecutar algo por ejemplo un género musical. También se usa en el ámbito comercial para referirse a un tipo determinado de mercancía en especial tejidos. En castellano el género no se refiere solamente a personas también a objetos, estos pueden ser femeninos o masculinos.(92)

En inglés "*gender*" se utiliza solamente para diferenciar los sexos de los seres vivos, los objetos no tienen *gender*. Las académicas feministas cambian el sentido de *gender* para referirse a un concepto cultural y así diferenciarlo de lo biológico. El término género en el contexto académico, aportado por el feminismo, parecen no ser conocido, reflexionado y/o comprendido por los profesionales entrevistados y mantienen el uso tradicional del término.(127)

Respecto a la expresión feminización, tanto los profesionales como los posgradistas, coinciden en su apreciación, de que ha mejorado el acceso de la mujer a la educación, que existe un mayor número de mujeres estudiando medicina, incluso, en ocasiones llegan a ser mayoría en espacios tradicionalmente ocupados por hombres, como son los quirófanos, excepcionalmente existen mujeres, jefas de servicio; sin embargo, la presencia de más mujeres no ha significado un cambio en los servicios, ni en la práctica profesional.

Una explicación para que espacios en donde inclusive existe un número mayoritario de mujeres ejerciendo la medicina no se considere feminizado es que su presencia no incide en la cultura organizacional de los servicios, es decir su opinión, su problemática específica no cuenta a la hora de normatizar el quehacer de la práctica médica. Un estudio realizado por Castro en México en el año 2014 reportó maltrato durante la formación y en el ejercicio profesional de las médicas y encontró que el mayor número de mujeres médicas no cambió esta condición. (128)

En esta investigación se encontró que las mujeres profesionales aun siendo jefas de servicio, ejercen su liderazgo de manera rígida y autocrática. El estudio realizado por María Pozzio en el Distrito Federal de México, 2014, halló que el mayor número de mujeres estudiando y ejerciendo medicina no necesariamente feminiza la profesión. Coincide con esta investigación en que las mujeres cuando adquieren posiciones de liderazgo o en especialidades como la obstetricia pueden ser más autoritarias y menos comprensivas que los hombres.(129)

La feminización no ocurre de manera automática, el mayor número de mujeres no feminiza un campo profesional. La feminización es un proceso que va más allá de un hecho cuantitativo, requiere cambios cualitativos que no dependen solamente de las mujeres, sino

de los hombres y mujeres. La construcción de lo femenino no le pertenece exclusivamente a las mujeres, ni es un hecho mecánico, debe ser historiado y toma tiempo.

Una vez que se conoce lo que los profesionales y posgradistas piensan sobre los términos, sexo, género y feminización, se analizó cuáles fueron las razones por las que las y los entrevistados tomaron la decisión de estudiar medicina.

4.7.2. Percepciones sobre conceptos de formación de la profesión médica

Profesionales y posgradistas coincidieron en recordar que entre las razones para estudiar medicina estuvieron: la búsqueda de servir, un modelo a seguir por ser sus padres médicos o tener un pariente cercano con esta profesión, decisión propia y creer que era una profesión rentable. Algunos entrevistados señalaron dos o más de estas razones simultáneamente.

La vocación de servicio es coherente con la historia de la medicina, que surge desde una propuesta de asistencia en la cual tiene un rol protagónico la mujer, especialmente religiosas que realizaban el servicio a los más necesitados. La enfermedad es vista como un castigo divino que debe ser tratado de manera compasiva, espiritual y médica, es a finales del siglo XIX que la medicina incorpora el conocimiento científico y se desarrolla como una profesión cuyas decisiones deben estar basadas en pruebas. (21,23)

En un estudio realizado en Antofagasta, Argentina en el año 2010, que analizaron las razones que tuvieron los estudiantes de medicina para elegir esta carrera y cuál fue el modelo de médico que tenían como referente en su formación, se encontró que los jóvenes ingresan a estudiar medicina entre otras por una vocación de servir a la gente más necesitada(130,131), lo que coinciden con esta investigación.

La decisión de estudiar medicina, movidos por la vocación de servir, puede estar influenciada por la postura de la iglesia católica, que promueve en los jóvenes conservar un imaginario social en el que la medicina es una profesión equiparada con el sacerdocio o una vocación religiosa.(132)Sin embargo, desde la visión humanista, también se puede explicar por el hecho de que los jóvenes mantienen valores altruistas, comprometidos con el cambio social, en el que dedicar la vida al servicio de los demás es parte de su manera de proponer un mundo distinto y posible.(133)

En el capítulo uno se hizo referencia a la situación de la profesión médica en el mundo, en la cual se demuestra que los países con menor desarrollo son los que contribuyen con el mayor número de médicos a nivel global, esta realidad sumada a la impronta altruista y de

servicio que caracteriza la formación médica ecuatoriana, se refleja en la valoración de médicos ecuatorianos en otras regiones, como Chile, como lo mostró el estudio cualitativo “Migración profesional y desigualdad social. El caso de los médicos ecuatorianos en Chile” realizado en el año 2007. Los médicos ecuatorianos se insertaron en el primer nivel de atención en los sitios en que los médicos chilenos que optaban para trabajar y eran considerados, muy dedicados y cordiales con los pacientes.(30)

La influencia de familiares directos que son médicos fue otro de los determinantes señalado por los entrevistados, para elegir la carrera de medicina. Un dato que vale la pena destacar es que de los 77 participantes, el 49% son hijos de padres profesionales y de estos el 36% son hijos de médicos que reconocen en el ejercicio profesional de estos un modelo a seguir.

Los padres médicos despiertan en sus hijos un interés por vivir una vida de entrega a los pacientes y la carrera les resulta conocida. En Ecuador la tendencia es formar empresas familiares que ofrecen servicios médicos, no se encontraron estudios que confirmen esta apreciación, sin embargo los discursos reflejan una propuesta de trabajo conjunto entre padres e hijos.

Un estudio realizado en España en el 2009 por Escobar Ramadan encontró que los hijos de los médicos buscan estudiar especialidades que no estén relacionados con atención primaria y que tengan que ver con las especialidades de los padres o con otro tipo de especialidad que mantenga mayor prestigio profesional.(134)

Algunos profesionales como posgradistas, coinciden en señalar que, escogieron la carrera de medicina por elección propia, incluso en ocasiones con oposición de los padres, quienes les advertían sobre lo complejo que es la carrera y la poca disponibilidad de tiempo para hacer otras actividades. En este discurso ya se nota una primera diferencia que visualiza el enfoque de género, pues “carreras como enfermería o docencia eran más apropiadas para las mujeres”.

Los jóvenes en Ecuador toman la decisión de estudiar medicina por cuenta propia a la edad de dieciocho años, esto podría explicar porque, una vez cursados los estudios de medicina, algunos posgradistas manifiestan arrepentimiento por la decisión tomada.

Finalmente, otra razón que profesionales y posgradistas dan para estudiar medicina es el hecho de que fueron aconsejados o creyeron que la profesión médica era rentable. En Ecuador la medicina privada tiene gran presencia en el sistema de salud y capta al 53% de los médicos.

El negocio de la medicina es muy diverso, los médicos generales que no logran hacer una especialidad abren consultorios de primer nivel, en zonas marginales de las grandes ciudades o en zonas rurales, buscando brindar atención especialmente en los sitios en donde el sistema público está saturado o en horarios en los que el sistema público está cerrado, el costo de la consulta es accesible a gente de estratos bajos.

Los médicos especialistas, por su parte, se sitúan en consultorios ubicados en edificios, clínicas y hospitales privados de aspecto ostentoso, de fachadas y entornos bien ornamentados y en forma de grandes corporaciones, captan los pacientes que pueden pagar los servicios, ya sea por tener una condición económica solvente, porque han adquirido un seguro médico privado o porque, a pesar de condiciones económicas limitadas, con grandes esfuerzos optan por este sistema ya sea basado en su decisión propia o porque es la que oferta los servicios requeridos para sus dolencias.(16)

Los jóvenes que elegían la profesión médica por razones económicas buscan insertarse en el sistema privado para probar suerte, por un lado, pero por otro, este aspecto muestra una segunda diferencia importante entre hombres y mujeres. El “éxito”, en términos de recompensa personal y económica que se construye en la consulta privada depende mucho de la elección que los pacientes hagan del médico/a, de acuerdo a los resultados de esta investigación, claramente se expresa que los pacientes eligen a un hombre cuando se trata de procedimientos complejos, y para las mujeres es más difícil lograr abrirse campo, excepto en los casos en que son hijas de médicos o están por muchos años en la carrera.(42, 135,136)

Los hijos e hijas de médicos que tienen un capital, social, cultural y económico que facilita y asegura un espacio de trabajo en el sistema privado, al igual que las mujeres para quienes la carrera médica les confiere estatus profesional estudiarán medicina; sin embargo, los y las jóvenes que piensen que la medicina es una profesión rentable muy probablemente sopesaran su decisión a favor de carreras más cortas, con menos inversión de tiempo y dinero que les permita conciliar su vida personal con su vida familiar.

4.7.3. Percepciones sobre conceptos que circunscriben la elección de la especialidad médica

En esta categoría se desglosaron tres subcategorías, la una referente a la afinidad por determinada área de la medicina, la segunda, la oportunidad que se presenta debido al contexto específico como la oferta de posgrados en el país y disponibilidad de recursos económicos y la tercera la motivación y maternidad que es determinante en la elección de la

especialidad.

La construcción del oficio de médico no culmina con la obtención del título de médico general, la aspiración de los médicos y médicas es hacer una especialidad y luego una subespecialidad, la meta final es lograr diferenciarse de sus colegas a tal punto que resulte competitivo en su trabajo y pueda ser elegido por los pacientes o logre un puesto en el sistema público, que hasta antes de la reforma jurídica de regulación de tiempos laborales, confería al médico prestigio y del cual se derivaban los contactos para su ejercicio privado.

En el año 2.010 la Secretaria Nacional de Educación Superior Ciencia y Tecnología (SENESCYT) abrió un programa de becas para formar profesionales en todas las áreas, en especial en especialidades médicas. Esta oportunidad permitió que médicos/as, con dominio de idiomas, logren un cupo en universidades extranjeras, los prerrequisitos para obtener estas becas, fueron que tengan capacidad de presentar una garantía económica superior al monto de la beca, que obligaba a los beneficiarios a retornar al país. Este requisito selecciona el grupo de beneficiarios, favoreciendo a los y las médicas que pertenecen a familias que cuentan con capital económico. Al otorgar estas becas no se firmaron contratos devengación, como ocurre con las becas de los posgrados nacionales a los que acceden médicos y médicas que no cuentan con capital económico.

En el país no existen estudios que permitan cuantificar exactamente cuántos médicos y médicas acceden a estudios de posgrado. En los últimos ocho años, debido al cambio en las normativas para presentar y aprobar posgrados, así como al cambio en la organización gubernamental en la que, el componente de capacitación de las especialidades médicas que estaba a cargo del MSP pasó a la SENEYCYT, se produjo un desfase importante en la creación y desarrollo de los posgrados. El dato con el que se cuenta es que en el 2.013 están matriculados a nivel nacional en estudios de posgrado 2.327 profesionales, con un IPG de 1.4, dato tomado de Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador (SNIESE) 2.013.(137)

Con estos antecedentes es posible analizar los discursos de los profesionales y posgradistas respecto de las razones por las cuales eligieron la especialidad. Se organizó la información en dos subcategorías, la primera elección de la especialidad por vocación y la segunda por oportunidad. En los discursos expresados tanto por hombres como por mujeres las condiciones de género, en especial la maternidad, es determinante a la hora de elegir la especialidad.

Otro de los factores que inciden en la elección de la especialidad es la disponibilidad de recursos económicos, sociales y culturales; es decir, para hacer la especialidad no solamente se requiere obtener un cupo en el posgrado, sino que debe contar con los recursos económicos que les permitan garantizar la manutención en el país o en el extranjero.

Las mujeres médicas solteras sin hijos están en las mismas condiciones que un hombre para hacer la especialidad. Si la mujer médica tiene hijos o está casada con la expectativa de tener hijos toma la decisión de hacer la especialidad en función de la factibilidad para conciliar la vida profesional con la vida familiar.

Los y las médicas que eligen la especialidad por vocación, tienen un prerrequisito común, que es el capital económico, social y cultural que les permite acceder a cursos de especialidad que duran entre tres a cuatro años, en el exterior, ya sea con recursos propios o con becas SENEKYT, o de forma autofinanciada en el país.

Los y las profesionales que no cuentan con este prerrequisito deben aprovechar la oportunidad que se les presente, algunos logran becas o crédito del estado⁵⁶ que les permite salir al exterior para hacer su especialidad o subespecialidad, otros deben firmar convenios con el Ministerio de Salud, de devengación de las becas nacionales, que les obligan a seis años de trabajo en la institución, en el lugar que esta institución les asigne.

Si es mujer con hijos busca la oportunidad de un posgrado en el país, los casos de mujeres que salen al exterior para realizar el posgrado teniendo hijos son raros y generalmente se presenta en mujeres casadas con médicos que cuentan con gran capital económico. Los discursos dan cuenta clara de la nula influencia de la paternidad en la toma de decisión de la elección de la especialidad.

La maternidad es determinante en la elección de la especialidad, si la mujer médica tiene hijos elige un posgrado por la oportunidad que éste le brinde para conciliar la vida profesional con la vida familiar, la elección por vocación es puesta de lado, ya que considera que la maternidad es su responsabilidad. En términos de Bourdieu ha incorporado la maternidad como habitus.(91)

⁵⁶El Ecuador mantiene desde los años 70 el Instituto Ecuatoriano de Crédito y estudiantil (IECE) y en 2009, la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología SENEKYT, estableció un programa de becas a los mejores estudiantes del país, para realizar formación de postgrado en el exterior en diferentes especialidades médicas.

Los discursos de los y las médicos/as participantes reflejan una representación social de las especialidades que claramente está sesgada por el género. Se considera que existen especialidades que son convenientes para las mujeres y otras que no lo son. La traumatología o las especialidades quirúrgicas, o el cuidado crítico de los pacientes se consideran campo de hombres y la medicina familiar, pediatría, dermatología, campo de mujeres. Las razones expresadas por los participantes es que las especialidades más exigentes físicamente y las que requieren salir en la noche, no conviene a las mujeres.

Esto discursos contrastan con los encontrados en otros estudios como los realizados en el Reino Unido en el 2.010 que demuestran que las mujeres eligen la especialidad en función del manejo de los horarios de trabajo y el contacto directo con los pacientes. Los hombres eligen la especialidad en función del manejo tecnológico y la inclinación vocacional que tengan por un área de la medicina. (71)

Las médicas entrevistadas que eligieron especialidades, consideradas adecuadas para los hombres, creen que pueden desarrollar ese campo profesional en muy buenas condiciones siempre y cuando permanezcan solteras. Este hecho refleja que las mujeres viven, en términos de Bourdieu, violencia simbólica; la soltería es el costo que pagan por acceder a especialidades consideradas campo profesional de hombres.(138)

Tanto los hombres como las mujeres entrevistados, en sus discursos afirman que la crianza de los hijos es un asunto de las mujeres, las mujeres consideran que la principal misión de una médica que a la vez es madre es la crianza de los hijos, el pensamiento patriarcal, es denominador común entre los médicos .(91)

Según un estudio realizado por Pilar Arrizabalaga, en Barcelona, 2.014, existen desigualdades de género en la inserción profesional, porque las mujeres no acceden a trabajos de mayor jerarquía debido a privilegiar el cuidado de sus hijos, a esta situación se le denomina “tuberías con fugas”.(114)

Respecto a los discursos de los posgradista para elegir la especialidad se encontró muy poca variabilidad entre los grupos de universidades públicas y los de universidades privadas. En el momento del trabajo de campo de este estudio, los posgradistas de los dos tipos de universidad tenían las mismas relaciones contractuales con sus estudiantes; es decir, en su mayoría estaban estudiando becados por el MSP y habían firmado contratos de devengación que definían su futuro para los próximos seis años y pocos están bajo la condición de autofinanciamiento o financiados por empresas sanitarias de índole privado.

La relación del estado con las universidades, públicas y privadas, en el campo de la formación de especialidades médicas, posiblemente sea el único espacio que no es objeto de distinción por la condición de universidad privada. La normativa del CES señala que solamente las universidades tipo A y B⁵⁷ pueden realizar posgrados en medicina sin importar si son públicas o privadas.

Algunos profesionales que realizaron la especialidad y subespecialidad con becas del estado, al momento de realizar este estudio se encontraban trabajando en el sector privado, ya que ellos no estuvieron obligados a firmar contratos de devengación, solamente debían volver al país. Esta desigualdad de obligaciones ha determinado que en muchos casos el estado este financiando la formación de los médicos que trabajan en el sector privado.

Las mujeres posgradistas que han firmado contratos de devengación con el MSP y están pensando tener hijos, deciden posponer la maternidad, para el tiempo de devengación, en el cual tienen derechos laborales, como permiso por maternidad y lactancia, durante la formación de postgrado no cuentan con estos beneficios.

En este estudio, las desigualdades por género son evidentes, primero porque la maternidad es determinante a la hora de decidir qué especialidad tomar y también es determinante la condición social, económica y cultural de las y los médicos. Puede decirse que en el caso de Ecuador las primeras que “fugan por las tuberías”, son la médicas pobres, con hijos o casadas que no tienen conexiones con redes del mundo médico.

Las mujeres solteras hijas de médicos o con situación económica solvente a pesar de poder elegir cualquier especialidad incluso las asignadas a los hombres, escogen especialidades propias de las mujeres como la dermatología o la pediatría para poder conciliar la vida profesional con la vida familiar.

Tantos hombres como mujeres que no tienen recursos para elegir la especialidad de su vocación, toman la opción de realizar la especialidad que tienen oportunidad, lo importante es avanzar en su oficio como médico. En estas circunstancias las médicas eligen especialidades que les permita organizar la vida personal con la vida familiar, es decir la maternidad incide en la decisión.

⁵⁷El Concejo de Educación Superior CES en el año 2010, realizó un proceso de acreditación de las universidades usando varios indicadores que les permitió clasificar a las universidades en tipo A,B,C,D y E, siendo las Tipo A las que lograron mejor nivel académico.

El momento de elección de la especialidad es crucial en la vida profesional. En Ecuador este momento está matizado por diferentes factores. Al momento de hacer esta investigación la oferta nacional de posgrados es escasa y está limitada a especialidades básicas, la mayoría de subespecialidades deben hacerse en el exterior. La decisión de hacer estudios de subespecialidad se da cuando sus etapas de ciclo de vida han avanzado a los treinta y más años. Se hace evidente la desigualdad, pues las mujeres que se casaron y tienen hijos difícilmente podrán salir a estudiar fuera del país.

Por otro lado la condición económica es determinante, si se es hombre con dinero tiene la oportunidad de hacer la especialidad y subespecialidad de su vocación o interés, si es mujer pobre las posibilidades son siempre restringidas, debe hacer el posgrado que tenga oportunidad.

En Ecuador, en la formación del oficio de ser médico que incluye la decisión de la especialidad y subespecialidad están presentes condiciones estructurales que tienen que ver con la situación económica de los y las profesionales, con la organización de la oferta académica nacional y con condiciones de género, la mujer médica formada en una cultura patriarcal, considera que existen especialidades aptas para hombres y otras aptas para mujeres, esta consideración la hacen en función de la posibilidad de conciliar su vida personal con su vida profesional. La maternidad es determinante en la toma de decisión, las mujeres médicas consideran que es su responsabilidad la crianza de los hijos, este factor sin duda determina otro tipo de desigualdad.

4.7.4. Percepciones sobre conceptos de práctica profesional médica

Los discursos recogidos respecto a las experiencias y vivencias de la práctica profesional de las y los médicos especialistas se analizaron buscando las desigualdades de género presentes en el trabajo cotidiano, la información fue organizada en tres subcategorías, los aspectos administrativos en el ejercicio profesional, la conciliación entre la vida personal y profesional y la percepción de control y seguridad a través de las acciones de monitoreo de actividades domésticas.

La práctica profesional en los servicios de salud públicos tanto para los médicos como para las médicas se realiza en horarios estrictos, normas de contratación laboral rígidas, la única alternativa es ocho horas al día. Acceder a permisos para realizar subespecialidades es complejo porque muy pocos médicos tienen nombramientos definitivos, la mayor parte de las/los profesionales mantiene contratos ocasionales o nombramiento provisionales.

Los discursos de las mujeres cirujanas que trabajan en el ámbito público expresan discriminación franca, al comentar las dificultades que han vivido, para lograr que se les asigne un horario de cirugía en los quirófanos que están dominados por hombres. Sin embargo reconocen la ventaja que para ellas significa contar con normas que no permiten al paciente escoger su cirujano.

El acceso de la mujer al sistema privado es difícil, especialmente si no tienen condiciones económicas que le permita ser socia de las clínicas o pertenecer a un grupo familiar reconocido en el ámbito médico; es decir, para que las mujeres puedan acceder al sistema privado deben contar con capital económico, social y cultural. De lo contrario deben conformarse con ser "*empleadas mal pagadas del sistema privado*".

Los estudios realizados por Teresa Torns en España hablan de segregación vertical y segregación horizontal, entendiéndose a la primera por la dificultad que las mujeres viven para acceder a sitios de poder y responsabilidad como ser tratantes, jefas de servicio o puestos directivos y segregación horizontal a las diferentes desigualdades que se presentan en las relaciones contractuales de las mujeres.(120)

Aunque aparentemente, tanto los hombres como las mujeres, viven los mismos problemas administrativos, como horarios rígidos y contratos laborales ocasionales que solamente permiten dos años de estabilidad laboral, las mujeres viven segregación horizontal, porque ellas enfrentan mayores trabas para poder ejercer la profesión, como dificultades para que se les asigne quirófanos, y doble carga laboral al estar trabajando en la profesión y a la vez ser responsables del monitoreo de las actividades domésticas de su casa.

Durante su práctica profesional, el problema más importante que las mujeres describen, es el conflicto que viven o vivirían al intentar desarrollar su profesión y organizar y ser responsable de la crianza de los hijos y el cuidado del hogar.

Las mujeres que permanecen solteras sienten que están en igualdad de condiciones para desarrollar la carrera, en esta investigación el 63% de las mujeres entrevistadas fueron solteras, este hecho contrasta con lo encontrado en un estudio realizado en Suiza (2.010) en el que se evalúa las condiciones laborales de los médicos, el 88,2% de las médicas mantienen relaciones familiares con parejas estables.(139)

Otra de las desigualdades que viven las mujeres médicas es que debido al pensamiento

patriarcal de los y las pacientes, existen especialidades que corresponden a los hombres, como la cirugía en todas sus ramas, la traumatología, el cuidado crítico, si las mujeres incursionan en estas áreas sufren discriminación y los pacientes no les escogen para pagarles honorarios en el ámbito privado o buscan segundas opiniones de médicos hombres en el ámbito público.

En el sector público administrativamente los pacientes no pueden escoger el cirujano, esto les da ventaja a las mujeres cirujanas que independiente del criterio del paciente pueden realizar la cirugía; sin embargo, si se presentan problemas enfrentan mayor temor a las demandas. No se conocen estudios en Ecuador que justifiquen este temor.

En el ámbito privado la situación de discriminación es tan drástica que una de las cirujanas entrevistadas relata que por muchos años en la consulta privada fue ella quien opero los casos complicados y a los pacientes se les informaba que era su esposo cirujano, quien lo hacía, hasta que decidió divorciarse porque decidió “dejar de ser ayudante”. Actualmente es jefa de docencia del servicio de cirugía en un hospital público; sin embargo, no ha logrado desarrollar su consulta privada. Este discurso refleja la ruta que marca a la mujer la falta de capital económico, social cultural, la fuga de tuberías y los conceptos cotidianos sobre lo femenino y lo masculino que estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social. (55)

También las mujeres médicas relatan el hecho de que otros miembros del equipo de salud, como enfermeras, discriminan a las médicas cirujanas, emergenciólogas. Estas manifestaciones de discriminación se dan al no obedecer las órdenes de las médicas y preferir atender los pedidos de los médicos. Estas dificultades no viven las doctoras de pediatría, medicina interna o medicina familiar. Esto refleja que existen, especialidades en las que las mujeres son aceptadas y especialidades en las que no son aceptadas.

La discriminación vertical; es decir, la posibilidad de que una mujer sea jefe del servicio de cirugía, está presente en Ecuador, debido a que los servicios hospitalarios, a pesar del mayor número de mujeres ejerciendo medicina, se organizan en forma patriarcal.

Las médicas en formación relatan situaciones de discriminación realizado por parte de los pacientes que provocan dificultades para establecer la relación médico paciente y ejercer la profesión; acciones cotidianas como que un paciente hombre pide a un médico de guardia de primer año de residencia que evalúe la receta que le dio la médica residente del tercer año, o que en pleno momento crítico el paciente o sus familiares solicitan que sea un médico

hombre quién coloque un tubo torácico en un paciente que está en emergencia, dan cuenta de otros tipos de desigualdades que están presentes en el trabajo cotidiano de las médicas.

Otra forma muy cultural de discrimen que viven las médicas jóvenes es que los pacientes hombres y mujeres les tratan de “señorita”, “licenciada” o “mijita” que es una forma cariñosa para decir hija pequeña, a pesar de tener un rótulo que le identifica como médica. Las profesionales deben empezar la consulta aclarando al paciente que ella es la médica, y que está a cargo de la consulta. Esto dificulta la relación médico paciente y determina un mayor desgaste durante el trabajo.

Otro de los aspectos indagados fue el monitoreo de las actividades domésticas y los discursos al respecto son coherentes con los anteriores, las mujeres realizan su guardia y su trabajo con un teléfono celular en su mano para poder mantenerse en contacto con los hijos, la persona que está en ese momento cuidándoles y el esposo. Se da lo que Teresa Torns denomina como la doble presencia, son médicas que están y no están en los servicios, plantear a estas mujeres médicas que se involucren en docencia o en investigación significaría una tercera o cuarta carga laboral.(116)

4.7.5. Percepciones sobre ventajas y desventajas para trabajar en el sistema público o en el sistema privado

Otra de las categorías de estudio fue las ventajas y desventajas que las y los médicos perciben el momento de elegir el ámbito laboral. En Ecuador en términos cuantitativos, según datos del INEC, en el 2014, el número de médicos que trabajan en el ámbito privado es mayor que en el público.

El ejercicio profesional en el ámbito público, se hace mediante contratos ocasionales, que actualmente duran dos años, si el médico o la médica aplican un concurso de merecimientos y oposición y gana pasa a tener un nombramiento que le garantiza estabilidad laboral. Entre estos dos contratos existe una tercera figura que es el nombramiento provisional que puede durar muchos años, con inestabilidad laboral y goce de menos derechos que le confiere el nombramiento. La remuneración ha sido escalonada de acuerdo a los perfiles de funciones y se divide a los profesionales en categorías de servidores, las categorías van de SP7 a SP15, un médico especialista es un servidor público 12 y percibe un salario igual si es hombre o si es mujer.(17)

El sistema público, para un grupo de médicos y médicas, brinda la ventaja de la estabilidad

de un sueldo fijo, aunque muchos plantean que es un salario bajo, que no cubre las necesidades y aspiraciones de un médico/a al contrastarle con un horario rígido de trabajo (ocho horas/día), dificulta desarrollar la práctica privada, obligando a los médicos que lo intentan a cumplir largas jornadas laborales.

El ámbito público permite que algunos médicos y médicas sientan que están cumpliendo el sueño de su juventud, que era servir a las personas más necesitadas, ejercer la profesión de manera ética, es decir siguiendo protocolos, haciendo los procedimientos necesarios que le permiten hacer docencia e investigar. Sin embargo estos mismos reconocen que el ámbito público tiene grandes limitaciones, como son: saturación de pacientes, sobre demanda que obliga a brindar consultas de 15 minutos, exceso de carga de trabajo administrativo que consideran no es coherente con su oficio, pero que corresponde a la gestión pública que busca control.

La médica que no tiene un capital social ni económico que le permita insertarse en el ámbito privado en los espacios reconocidos como ideales para las mujeres, debe “resignarse a trabajar en el sistema público”, tiene la sensación de convertirse en burócrata, con gran carga de trabajo administrativo.

Los discursos de hombres y mujeres médicas/os relatan que en el ámbito público “dejan de ser profesional de la medicina” porque no es elegido por el paciente (lo que dan mucha importancia), luego debe trabajar bajo reglas específicas como 15 minutos por cada paciente, mantiene una cadena de mando estricta, es decir, no puede tomar decisiones de manera autónoma, excepto que sea jefe de servicio.

El médico en su formación académica recibe el mensaje de ser el mejor profesional, para lo cual debe seguir formándose, realizar estudios cada vez más especializados, reunir méritos que le permitan el reconocimiento ante sus colegas y por parte de los pacientes. El sistema público no permite que los pacientes elijan a su médico, “por lo tanto da lo mismo ser un médico estudioso o ser un médico mediocre” y sobre todo el salario es el mismo.

El médico continuamente recibe la imagen de referentes que le acarrearán la búsqueda de la excelencia y el trato respetuoso con sus pacientes, pero la organización del sistema le pone en contacto con pacientes descontentos por largas horas de espera, que se relacionan con agresividad, que llega a producir maltrato.

En México (2014) se realizó un estudio que describe el maltrato que viven las médicas y los

médicos residentes en servicios de salud sexual y reproductiva, señalando que debido a la formación y organización de los servicios, los médicos han convertido en un habitus el maltrato, tanto el que infligen a las pacientes como el que sufren ellos mismos al ser parte de una jerarquía; de manera particular las médicas que se ubican en el escalón más bajo en esa cadena de mando.(140)

El ámbito público si bien es cierto les ofrece la posibilidad de servir a las personas más necesitadas, al no reconocer su esfuerzo y organizar su estructura de gestión de manera rígida y con gran sobredemanda, produce una relación médico paciente indiferenciada, cargada de frustración e irrespeto. El sistema público “no reconoce su esfuerzo y le trata como un servidor público” (oficinista que cumple disposiciones), que debe cumplir con el perfil asignado y las funciones definidas.

Para las médicas que eligen especialidades reservadas para hombres como la cirugía, la traumatología y el cuidado crítico, la organización del sistema público les ayuda a desarrollar su carrera. En los discursos de las médicas se reportó el agradecimiento de los pacientes por cirugías exitosas realizadas por ellas en el hospital público, lo que genera sentimientos de valía, éxito, satisfacción; pero inmediatamente suponen que estos pacientes no erigirían a esa misma cirujana en la consulta privada.

El sistema privado es un campo complejo, establecer una “consulta con clientela” requiere tiempo y dedicación; es necesario contar con capital social, cultural y económico para instalar un consultorio en un lugar conocido y con prestigio, contar con una red social con capacidad de pago para que utilicen sus servicios y le recomienden, idealmente debe ser un subespecialista para que se convierta en médico/a elegible y a la larga le dará buenos réditos económicos.

En el ámbito privado los y las profesionales re enmarcaron que son “dueños de su tiempo” y por tanto, de su vida; aunque al final de la jornada trabajen más número de horas, sienten el “privilegio de organizar su tiempo”, es decir trabajar con flexibilidad de horario. Esto les brinda un sentido de autonomía muy apreciado, especialmente por las médicas.

Un estudio realizado en los países bajos reporta que tanto hombres como mujeres prefieren la jornada laboral de medio tiempo, dependiendo de la etapa del ciclo vital en que se encuentran, las mujeres, particularmente, durante la etapa de crianza de los hijos prefieren trabajar medio tiempo.(139)

El trato del paciente hacia las y los médicos es mejor en el sistema privado, aunque en ocasiones las médicos/as jóvenes sienten que las pacientes abusan de su rol, o perciben prepotencia. Los médicos que ejercen como especialistas en el ámbito privado no tienen problemas de maltrato pues los pacientes esperan con paciencia a ser atendidos por los médicos que ellos mismo han elegido.

La sensación de logro en su rol como médico/a esta definida por tener una consulta llena de pacientes, esto estimula al médico a seguir preparándose para mantener un nivel de competencia que le haga elegible. Las desventajas que perciben los profesionales entrevistados en el ámbito privado es que es un campo cerrado, al que no tienen acceso todos los profesionales. El capital social y cultural abre la puerta para la inserción en los círculos de prestigio.

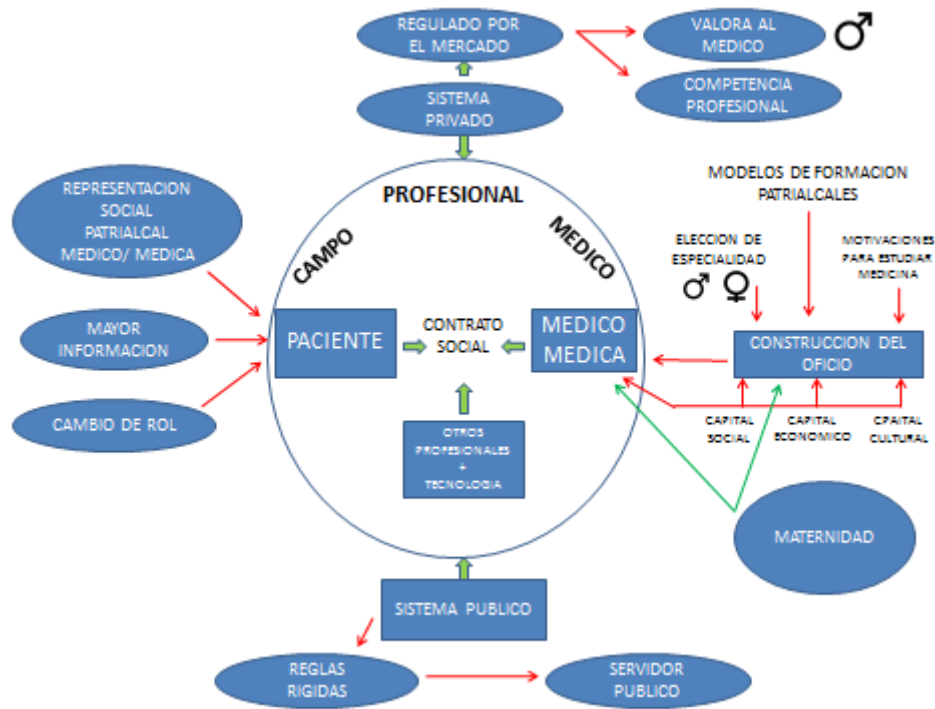
Las mujeres médicas tienen mucha más segregación horizontal y vertical pues incluso para el ingreso en calidad de tratantes deben contar con fuertes mentorías, de lo contrario, al conocer de antemano que en ciertas especialidades los pacientes no les van a elegir, tienen restricciones para ingresar.

Los profesionales recalcan la importancia que para ellos tiene el que los pacientes del ámbito privado manejan mayores niveles de educación lo que conllevan una relación médico-paciente más fluida porque “comprenden los procedimientos que se les va a realizar” y la calidad del trato es mejor.

Los médicos y las médicas formados en el sueño de ejercer una profesión independiente, autónoma, competitiva, que les permita servir con dedicación y reconocimiento de su labor, otorgándoles respeto y seguridad económica, se encuentran con una realidad distinta, son pocos los médicos y médicas que logran este propósito y lo hacen principalmente en el ámbito privado.

En el siguiente gráfico se resume los diferentes elementos que están presentes en la construcción del oficio de ser médico, los momentos de toma de decisión como son elegir la especialidad y elegir el ámbito de inserción laboral, así como los factores que están presentes en la construcción del campo profesional médico, que se realiza dentro de un contrato social que cambia de acuerdo al momento histórico y a cada contexto.

Gráfico 4. 1. El oficio de ser médico



Elaborado por: Rita Bedoya

CAPÍTULO CINCO

5. Discusión general

5.1. Discusión

La pregunta general que se planteó en esta investigación fue ¿Cómo interacciona la feminización de la profesión médica y la inserción laboral pública en Ecuador, desde la visión de los profesionales de la salud y los posgradistas del ámbito sanitario público y privado? La respuesta a esta pregunta fue elaborada desde el enfoque cuantitativo y cualitativo.

Las preguntas para el estudio cuantitativo buscaron encontrar un perfil de la feminización de la profesión médica en estudiantes de pregrado de universidades públicas y privadas, así como en los profesionales médicos inmersos en el sistema sanitario público ecuatoriano y relacionarlo con el crecimiento de puestos de trabajo y la tasa de puestos vacantes.

El estudio cuantitativo analizó dos bases de datos. Una correspondiente a los médicos y médicas que están insertos en el sistema de salud del MSP; y dentro de esta, se analizó cómo se comportan los puestos vacantes; y la otra, correspondiente a los estudiantes que ingresan y egresan de las 22 facultades de medicina de Ecuador.

Se encontró que el IPG en los funcionarios/as del MSP en la franja de edad de 25 a 30 años de edad, en el año 2.008 y en el 2.012 fue 2,36(IC_{95%} 1,89-3,03) y 1,41(IC_{95%} 1,29-1,54), respectivamente. Se analizó esta franja etaria por ser los profesionales de esta edad los que con más frecuencia se insertan al trabajo en el sistema público. Este dato refleja que aunque el valor absoluto del número de mujeres es mayor tanto en el 2.008 como en el 2.012, el IPG es menor en el año 2.012 respecto al 2.008; es decir la razón hombre/mujer mostró una disminución de la presencia de la mujer.

En este mismo entorno, respecto a los puestos que quedan vacantes, se apreció que en el año 2.008 la proporción de los mismos fue 1,8% y en el 2.012 fue 11,0%; es decir, del 2.008 al 2.012 aumentó 6.1 veces el número de puestos que no se llenan. El incremento de puestos en el mismo periodo fue de 31,1% (de 8.192 puestos en el 2.008 se incrementó a 10.740 en el año 2.012)

Por otro lado el IPG de los/las estudiantes de medicina muestra que, si bien ingresan a estudiar la carrera más mujeres que hombres (IPG 1,37 en la universidad pública y 1,42 en la universidad privada), al culminar la carrera se registraron menos mujeres en la universidad pública y en la universidad privada definitivamente se gradúan más hombres que mujeres (el IPG al egreso en universidades públicas fue 1,02 y en las universidades privadas 0,63).

Como se indicó en el capítulo uno, la tendencia en América Latina y a nivel mundial es que más mujeres ingresan a estudiar medicina y que las mujeres se gradúen en menor número al que ingresan.(68,141,142) Esta evolución es contraria al ánimo del gobierno ecuatoriano que promueve la equidad de género,(143) por un lado, y por otro, a este fenómeno se denomina el “efecto tijeras” y sus consecuencias corto plazo son, las desigualdades presentes en el acceso real de la mujer a la educación superior, no se reportan estudios que den cuenta de la ruta educativa que siguen las mujeres que abandonan la carrera de medicina. En esta investigación se encontró que este efecto está presente en las estudiantes de las universidades públicas y privadas, si bien ingresan más mujeres a estudiar medicina, el número de mujeres que se gradúa es menor.(144)

El componente cuantitativo mostró que si bien más mujeres que hombres ingresan a la carrera de Medicina, la presencia femenina en el ejercicio profesional en el sector público, en la franja de edad estudiada ha disminuido; sin embargo, ha crecido la oferta de trabajo la misma que no ha sido cubierta. Al analizar el IPG de los puestos vacantes se podría proponer que principalmente las mujeres jóvenes no se interesan en insertarse en el MSP. En la región andina, en los últimos quince años han crecido en términos globales los sistemas sanitarios. En Ecuador, Venezuela y Bolivia, se propone un fortalecimiento de la atención primaria de salud y la universalización de los servicios, hecho que genera mayor demanda de profesionales de la salud.(145)

En América Latina los modelos de salud comparten propuestas que buscan fortalecer el primer nivel de atención, mediante la formación de médicos especialistas en medicina familiar y a su vez ampliar la infraestructura de los niveles dos y tres para lograr una atención integral, integrada y universal.(146) Los servicios públicos conviven con sistemas privados de salud heredados de las décadas anteriores en las que el denominador común fueron múltiples sistemas de salud con preminencia de los sistemas privados. Los médicos formados como profesionales liberales no parecen tener interés para insertarse en el sistema público.

Frente a esta realidad los gobiernos en específico de Venezuela, Ecuador y Bolivia han buscado la colaboración de profesionales cubanos que en base a acuerdos interpaíses prestan servicios en los lugares que el sistema de salud les necesita, en el caso de Ecuador en las provincias alejadas de las grandes ciudades, junto a este mecanismo, los profesionales cubanos y de otros países como Venezuela, Honduras y España, debido a la dolarización de los sueldos, migran a Ecuador para trabajar por cuenta propia o para insertarse en el sistema público.(29) No se cuenta con estudios con enfoque de género que dé cuenta del número de profesionales extranjeros que están insertos en el sistema público ecuatoriano.

Esta realidad dio paso a la aplicación del enfoque cualitativo para responder cuatro preguntas: ¿Cómo definen los profesionales y los posgradistas los términos, sexo, género y feminización?, ¿Qué caracteriza al discurso de las y los posgradistas y de los y las profesionales especialistas respecto de los sesgos de género que se presentan al elegir la carrera de medicina y la especialidad médica?, ¿Qué caracteriza al discurso de las y los posgradistas y de los profesionales especialistas respecto de su rol de género y la práctica profesional? y ¿Cuál es el discurso de las profesionales respecto a las ventajas y desventajas de cada sistema para ejercer la profesión médica y como esto se relaciona con el género?

Estas preguntas guiaron la propuesta de una explicación que permitiera entender qué pasa con el fenómeno de la feminización en la formación médica ecuatoriana, así como en el entorno laboral médico y cómo se entienden las ventajas y desventajas al trabajar en el sistema sanitario público, en una sociedad eminentemente de tipo occidental, con el antecedente de una importante influencia de la corriente neoliberal; y, que en los últimos ocho años ha sido escenario de cambios en el ámbito jurídico y en el modelo de desarrollo.(58)

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2.009-2.013 y la extensión hasta el año 2.017 recoge el modelo de desarrollo social y económico de Ecuador y surgió como respuesta *“a la necesidad de garantizar los derechos de las personas frente a poderes públicos o privados que en la época contemporánea se han vuelto homogeneizadores y que responden a una lógica liberal-burguesa de poder”*.(143)

Este *“nuevo pacto social ecuatoriano”*, como se lo denomina, está estructurado en cinco ejes: “la instauración de un Estado constitucional de derechos y justicia; una profunda transformación institucional; la configuración de un sistema económico social y solidario; la

estructuración de una organización territorial que procura eliminar las asimetrías locales; y, la recuperación de la noción de soberanía popular, económica, territorial, alimentaria, energética, y en las relaciones internacionales.(147)

En este marco, y a través del enfoque de género se construyeron cinco categorías de análisis: percepciones sobre conceptos de género, sexo y feminización; percepciones sobre conceptos y razones para elegir la profesión médica; percepciones sobre conceptos que circunscriben la elección de la especialidad médica; percepciones sobre dificultades y facilidades que marcan la práctica profesional médica; y, percepciones sobre ventajas y desventajas para trabajar en el sistema público o en el sistema privado. Cada una de estas categorías fue desglosada en subcategorías.

Las percepciones sobre los términos sexo, género y feminización fue distinta entre los profesionales y los posgradistas, los primeros no tienen, prácticamente, ninguna claridad conceptual respecto a estas expresiones, mientras que los posgradistas muestran alguna aproximación. La palabra "género" se utiliza comúnmente para forzar un poco más la atención hacia las mujeres, atención a las relaciones de poder, a la sexualidad y a las relaciones entre mujeres, hombres y personas transgénero.

La incompreensión de estas palabras forma parte de las inequidades en salud relacionadas con el género, las mismas que afectan a una amplia gama de aspectos, desde lo biológico, social, laboral, judicial, así como al campo educativo. La incorporación de los conceptos de género y feminización para la salud pública son fundamentales, su claridad ayudaría a que la acción política sea incluyente, a mejorar la relación entre el equipo de salud, el individuo y la comunidad. El conocimiento y debate de los términos, sexo, género feminización por parte de los profesionales de la salud, debe darse en la academia, que idealmente debería incluir de manera explícita en sus currículos.(148)

El estigma y los comportamientos homogenizadores sobre las formas de entender la vida desde la perspectiva de género, en términos de recursos humanos en salud, desconocen la identidad individual y social. La inclusión del género dentro del currículo de formación de los médicos es cuestionada por no considerarse un aspecto clínico relevante, los detractores de estas propuestas, consideran que el género es un aspecto filosófico y político que no debe incluirse en la formación médica. Esta ausencia sin duda tiene repercusiones en las relaciones que se establecen en el campo profesional médico; así como a la hora de plantear normativas.(149–151)

El término feminización en el grupo de profesionales fue equiparado a mayor número de mujeres trabajando en el sistema de salud, sin que expliciten su significado o implicación; mientras que los posgradistas sí reconocieron que el mayor número de mujeres no determina cambios en el ejercicio del poder al interior de los servicios de salud.(150) La feminización no ocurre de manera automática, el mayor número de mujeres no feminiza un campo profesional. La construcción de lo femenino no le pertenece exclusivamente a las mujeres, ni es un hecho mecánico, debe ser historiado, toma tiempo e incluye a hombres y mujeres.

La segunda pregunta cualitativa que hizo referencia a percepciones sobre conceptos y razones para elegir la profesión médica tuvo respuestas similares entre los profesionales y los posgradistas. En Ecuador se toma la decisión de estudiar medicina a la edad de 18 años, época de la vida en la que predomina el idealismo y las utopías, la influencia ideológica de los padres y la religión mantiene un gran peso, esto puede explicar el que la vocación de servicio y el ejemplo que sus padres o familiares médicos fue una de las expresiones más repetidas entre los participantes del estudio.

El grupo de médicos que tomaron la decisión de estudiar medicina por cuenta propia, al igual que los que consideraron que la profesión sería rentable, al momento de la entrevista cuestionaron su decisión por considerar que no estaban logrando sus propósitos. Los jóvenes que por influencia de los padres médicos buscaban organizar un negocio familiar en el ámbito de los servicios de salud se sintieron seguros de la decisión tomada. En este momento en Ecuador existe gran demanda para estudiar la profesión médica, pero por lo comentados expuestos, a futuro, los jóvenes pensarán antes de decidir estudiar medicina.

Según lo expresado por los participantes en el estudio respecto a las percepciones y a las razones para decidir estudiar medicina no se encontraron desigualdades de género; es decir, hombres y mujeres acceden a la profesión por las mismas razones y no se observa discursos que relaten discriminación para el ingreso a la facultad.

En la construcción del oficio de ser médico una de las decisiones más importantes es precisamente la elección de la especialidad, misma que está fuertemente determinada por el género. En las percepciones de los y las participantes de la investigación, se evidencia que, existen especialidades adecuadas para mujeres y especialidades adecuadas para hombres. Aunque reconocen que tienen las mismas capacidades intelectuales, re-enmarcan que las condiciones sociales dificultan que las mujeres ejerzan determinadas especialidades, por ejemplo la quirúrgicas y las de cuidado crítico, circunstancias descritas en otras regiones

como Pakistán, Estados Unidos, Buenos Aires, países tan diversos coinciden en el hecho de que las mujeres escogen la especialidad que les permita organizar el tiempo para la vida personal y familiar, sin importar el nivel de remuneración y el prestigio que la especialidad tenga. (152–154)

En este estudio se encontraron como razones de esta segregación, el trato que los pacientes dan a las médicas, de manera reiterada se recogieron discursos que relatan que los pacientes se niegan a pagar a las médicas mujeres honorarios por servicios quirúrgicos, esto restringe el trabajo profesional de las médicas en el ámbito quirúrgico; sin embargo este aspecto cambia al considerar el sector de trabajo, ya que en el público los pacientes no escogen a los médicos.

Un estudio realizado en el 2014 que realiza una revisión de la literatura de las investigaciones realizadas sobre género y cirugía, describe que en general en el mundo el campo quirúrgico es “campo de hombres”, los modelos de profesoras cirujanas que puedan ser mentoras son escasos, las mujeres cirujanas sufren discriminación e incluso en algunos lugares acoso. En Ecuador para que las mujeres puedan realizar especialidades quirúrgicas requieren contar con modelos y mentorías de mujeres cirujanas en las diferentes áreas de la medicina que deberían ser incluidas en la docencia. (155)

En la elección de la especialidad, están presentes condiciones estructurales y sociales. Si él o la médica tiene capital social, cultural y económico la posibilidad de escoger una especialidad es amplia. Sin embargo a pesar de contar con estos capitales, la condición de ser mujer, influye de manera directa en la elección. Si es mujer casada con hijos, y no tiene recursos económicos la posibilidad de hacer la especialidad se restringe, si es mujer soltera con recursos está a la par de los hombres y finalmente si son hombres o mujeres que no tienen recursos económicos deben escoger la especialidad que tengan oportunidad en el país, y someterse a relaciones contractuales que, a decir de los participantes, restringen su desarrollo profesional.

La inequidad está presente en la elección de la especialidad el momento en que tanto hombres como mujeres que tienen capital económico, acceden a becas otorgadas por el gobierno para realizar la especialidad y subespecialidad en el exterior, con la sola condición de firmar las garantías bancarias que garanticen su retorno al país, estos profesionales no firman becas de devengación que les obligue a trabajar en el sector público; y a su regreso se involucran en el sector privado, que paradójicamente se ve fortalecido gracias a financiamiento gubernamental.

Para analizar la categoría percepciones sobre la problemática en el ejercicio profesional es importante reconocer que el médico/a especialista, ejerce su profesión dentro de un contrato social que ha cambiado; por una parte el/la paciente, quién llega con una representación social de él/ella médico/a. A decir de los participantes, los pacientes creen que los mejores médicos son hombres especialmente en los campos de la cirugía, emergencia, cuidado crítico, traumatología.

En la actualidad el paciente maneja mayor información y ha cambiado su rol al tener que consentir los exámenes que se le deben realizar y la terapéutica final que va a recibir. Este paciente si es de un nivel de educación alto como el que habitualmente accede al sistema privado, va a buscar un médico que cumpla sus expectativas; es decir, que corresponda a lo que él cree es el rol de un médico/a, si no encuentra esto, entra en conflicto y especialmente la médica deberá ganarse su confianza, para proseguir con el encuentro terapéutico.

La confianza que es la base de la relación entre el/la médico y el paciente, para que esta se produzca, se juegan muchos factores, en primer lugar la creencia que el paciente tiene de lo que un hombre o una mujer pueden ejercer de manera más apropiada y en segundo lugar la preparación que el/la médico ostente.

En el sistema privado que se ha ido construyendo en Ecuador, vigente al momento, existen indicadores que le brindan información al paciente sobre quién es su médico/a, es decir, sobre la "calidad" del médico/a. En primer lugar el sitio en el que tiene el consultorio idealmente debe estar en un lugar que tenga prestigio, debe tener una secretaria, exhibir los títulos que abalzan la formación del médico/a, siempre serán más valorados los títulos obtenidos en el exterior. Debe estar organizado de tal forma que el tiempo de espera, sea corto y, si debe esperar, el ambiente debe ser cómodo⁵⁸.

Idealmente debe estar adscrito y trabajar en un hospital que tenga una infraestructura hotelera de suntuosidad, debe tener prestigio y contar con profesionales amables y dispuestos a lograr que su estancia sea placentera.

El/la paciente en el sistema público, a más de tener un imaginario del médico/a, con una representación más rígida y patriarcal, conoce sus derechos, por lo tanto llega al encuentro terapéutico consciente de que debe brindársele una atención rápida y de calidad.

⁵⁸ Esta información se recogió en el diario de campo que la investigadora escribió mientras esperaba a ser atendida por los entrevistados, en las salas de espera de los consultorios privados.

Al encontrarse el paciente con una mujer en el rol de médico, lo primero que hace es descalificarla, tratándole de "señorita" o "mijita", expresiones despectivas en la sociedad ecuatoriana y hace diferentes intentos para lograr que, sea un hombre médico quien le atienda. Debido a que las normas institucionales no permiten que los pacientes en el sistema público escojan su médico debe conformarse, o entra en conflicto con lo cual, se dificulta la relación, produciendo desgaste en los dos, muchas de las veces con conflicto explícito, que se manifiesta con reclamos y agravios.

Según los discursos de los participantes, si el encuentro médico se complica la médica tendrá mayores posibilidades de ser demandada por mala práctica médica; varios estudios realizados en diferentes partes del mundo como China, Estados Unidos y Europa muestran que las mujeres desarrollan mayores habilidades comunicacionales en las relaciones médico paciente, logran relacionarse especialmente con otras mujeres de manera muy satisfactoria,(156) establecen con facilidad relaciones empáticas y cuando eligen la especialidad toman en cuenta las especialidades en las que hay mayor oportunidad para relacionarse con la gente. Sin embargo en este estudio por el discrimin que sufren las médicas por parte de los pacientes; estas, deben empezar la relación aclarando que están capacitadas para atenderles.(157–159)

Los médicos/as tienen una historia, en la que su capital social, cultural y económico, en todo momento va a estar presente en su trabajo profesional. El médico/a vive un proceso de construcción de su oficio que ha sido marcado en diferentes momentos, el primero cuando eligió estudiar medicina, luego en su elección de la especialidad, en la cual se juegan factores que van más allá de la inclinación por cierta área clínica, están presentes los modelos con los cuales se formó, las experiencias que vivió durante el último año de carrera y la vida hospitalaria, conoce como responden los pacientes y cuáles son sus sesgos de género.

La maternidad es un determinante que afecta de manera exclusiva a las médicas, en esta investigación fue evidente que los médicos hombres no cambian la elección de la especialidad por la paternidad, ni deciden el ámbito de trabajo a partir de esta circunstancia. En términos de Bourdieu se diría que las médicas viven violencia simbólica al asumir que es su única y exclusiva responsabilidad la crianza de los hijos.(91)

El conflicto constante que viven las médicas es cómo lograr avanzar en su desarrollo profesional y a la vez realizar la "correcta" crianza de los hijos y mantener sus tareas

domésticas. En esta situación las posibilidades de involucrarse en la docencia o jefaturas de servicio se complican para las mujeres que tienen familia, especialmente en la etapa de crianza y serán retos que se propongan las mujeres solteras.

Esta situación re enmarca, en primer lugar, en la visión patriarcal presente en la construcción de la familia, la médica considera que es su responsabilidad exclusiva la crianza de los hijos y el cuidado del hogar, aunque está presente en la guardia, mantiene un control de las actividades domésticas constante a través de todo tipo de sistema de comunicación. La médica para salir a trabajar deja a sus hijos bajo el cuidado de su madre, sus hermanas u otra mujer, pero se reserva la responsabilidad de supervisar el cuidado. En términos de Bourdieu, nuevamente, se diría que la maternidad es un *habitus* que está presente en la mujer médica.

Esta disyuntiva que viven las médicas participantes en este estudio es compartida por médicas de diferentes partes del mundo occidental; varios estudios entre ellos uno realizado en Suiza 2.010, proponen ofrecer contratación a tiempo parcial para las mujeres médicas mientras están en etapa de crianza de sus hijos, mejorar la infraestructura de guarderías y organizar el currículo de los posgrados para que las médicas puedan completar sus estudios en mayor tiempo.(139)

Otro estudio realizado en Holanda 2.011, considera que la jornada de tiempo parcial para las médicas perjudica su desarrollo profesional y les sitúa en desventaja económica, propone organizar y planificar el tiempo como familia; ya que, la crianza de los hijos es responsabilidad de la familia, manteniendo la contratación laboral tiempo completo y flexibilizando los horarios de trabajo.(160)

Teresa Torns hace énfasis en que las políticas de conciliación, proponen destinar tiempo mediante permisos de maternidad para que las mujeres sean liberadas momentáneamente en sus trabajos y puedan cuidar de sus hijos; esta visión de las políticas de conciliación profundizan en la asignación del rol, de cuidado de los hijos de manera exclusiva por las mujeres. Torns propone avanzar, buscando crear políticas de tiempo, que aporten en organizar la vida cotidiana y de familia de manera más igualitaria.(120,161–163)

En Ecuador ante la necesidad de aumentar el número de profesionales de la salud en las diferentes especialidades, el Ministerio de Relaciones Laborales como estrategia gerencial emitió un acuerdo ministerial que obliga a todos los profesionales de la salud a trabajar ocho horas diarias, sin otra posibilidad de tiempo contractual, esto sin duda acrecentó los

conflictos que las médicas viven en su intento por conciliar su vida profesional, con su vida familiar.(62)

Las mujeres que optan por especialidades consideradas campo de hombres sufre una sanción social que es la soltería, viven violencia simbólica que no es reconocida por ellas, aunque siente que es injusto que los hombres puedan ejercer esa especialidad y tener una familia, consideran que la soltería les permite competir en igualdad de condiciones con los hombres.

La última categoría analizada fue las percepciones que los/las médicos/as tienen sobre las ventajas y desventajas de trabajar en el ámbito público y en el ámbito privado. De manera reiterada se capturaron discursos coincidentes que restringen el espacio laboral en el sistema privado para las mujeres quedando lugar solamente para las que tienen capital social, económico y cultural. Es decir para las hijas de médicos/cas o para médicas que escogieron especialidades consideradas adecuadas para las mujeres como son la dermatología y la pediatría.

A pesar de todos los conflictos que las médicas viven en el sistema público, ellas reconocen que este es, el espacio laboral que más oportunidades les ofrece porque los pacientes no pueden elegir su médico, esto facilita especialmente a las mujeres cirujanas y anestesistas.

Los modelos de formación estuvieron orientados a formar médicos que trabajen en la consulta privada, mantiene modelos de médicos que re enmarcan su orgullo de ser elegidos, tener una lista de pacientes en espera muy grande, que confirma su nivel de prestigio. Por otro lado la promoción comercial de las empresas médicas bombardea de información con imágenes de médicos y médicas que logran prestigio en función de ser elegidos en la consulta privada.

La imagen de servidor público no está presente en la formación, un compromiso político que esté relacionado con una medicina social es raro en los discursos recogidos en esta investigación, los médicos que trabajan en el sector público ven como ventaja, la estabilidad, la posibilidad de crecimiento en la docencia, en algunos casos en investigación. La principal desventaja que observan fue la organización del servicio, con gran carga administrativa y el maltrato que sufren por parte de los pacientes y las autoridades administrativas.

Por tanto los médicos del nivel público son modelos en crisis, muchos de ellos descontentos, a tal punto que renunciaron a trabajar en el ámbito público y otros están en proceso de

inserción, viviendo el conflicto de haber sido formados para competir en el campo profesional privado y estar trabajando en calidad de servidores públicos.

El estado ecuatoriano es quien define las reglas de contratación laboral, las mismas que esperan que los médicos se inserten al trabajo en el ámbito público en calidad de servidores públicos, que deben cumplir con su rol para lograr el tan anhelado derecho a la salud escrito en la Constitución del Ecuador. Los médicos por su parte son formados en su oficio dentro de un paradigma diferente que propone formar profesionales liberales, capaces de ejercer su profesión en un ambiente de competencia regulada por el mercado. Estas dos visiones entran en conflicto. Los médicos que trabajan en el ámbito público perciben que no están ejerciendo la profesión con todas las cualidades para los que se formaron, sino que están ejerciendo una ocupación que les ha convertido en "burócratas".

Finalmente en este contrato social interviene un tercer actor que son los otros profesionales y la tecnología médica. En esta investigación se encuentra que las médicas de especialidades como la cirugía, emergencia, cuidado crítico, enfrentan la discriminación de profesionales como las enfermeras que no quieren acatar las órdenes de las doctoras, pero están muy dispuestas a ayudar a los doctores.

Llama la atención que en especialidades como medicina de familia, medicina interna, pediatría no se da este tipo de conflictos. Sin duda esto refleja que también las enfermeras mantienen una representación patriarcal de los campos de especialización, considerando que esas especialidades son exclusivas para los hombres.

Para algunos de los profesionales que participaron en la investigación los salarios bajos, obligan al médico a complementar su salario extendiendo su jornada en la consulta privada, por ello consideran que la jornada ideal en el sector público es seis horas diarias; al hacer un balance del esfuerzo y la inversión realizada, obtienen un saldo negativo, que a futuro determinará que menos jóvenes se interesen por esta profesión, como ya sucede en países europeos y en Norteamérica.(164)

Resulta importante anotar que los médicos hombres no están pendientes de las llamadas telefónicas para monitorear las actividades domésticas porque consideran que es responsabilidad de la mujer el cuidado del hogar, ellos solamente llaman cuando los hijos o su esposa están enfermos, coherentes con su rol de médico.

Estos hechos se podrían explicar porque hombres y mujeres médicos mantienen conceptos patriarcales respecto de los roles en la familia. A pesar de haber logrado una profesión, una

especialidad, trabajar en su área, mantener independencia económica, los roles no han cambiado. Un dato que corrobora esta explicación lo expone el INEC del 2010 que reporta que los hombres con educación de postgrado en Ecuador asignan menos de la mitad que las mujeres de horas de trabajo doméstico por semana.(165)

A manera de construcción de una posible explicación que refleje la característica de la inserción laboral en el sistema sanitario público ecuatoriano, se podría plantear que las diversas expresiones que han entregado hombres y mujeres sobre la construcción del oficio de ser médico, está fuertemente influenciado por sesgos de género, es un camino lleno de inequidades y está determinado por la búsqueda del “mejor espacio” para su realización profesional. Este “mejor espacio”, claramente es percibido que resulta de un proceso de construcción social, económica, cultural, inmerso en un estado. Estado ecuatoriano que, hoy por hoy, si bien decreta equidad, solidaridad, simetría y una economía justa y distributiva, en términos de recursos humanos en salud, muestran que aún hay un largo camino por recorrer.

5.2. Implicaciones del estudio

5.2.1. Para la formación

En el currículo de las facultades de medicina de manera explícita se debe incluir enfoque de género y política pública que estudie los determinantes sociales de la salud y enfermedad y los derechos de los pacientes, para que los hombres y mujeres en formación cuestionen sus creencias y roles desde el inicio de la carrera.

El Concejo de Educación Superior CES debe incluir en la reglamentación de la evaluación de la carrera el criterio de paridad en la inserción de mujeres docentes, para mejorar el modelaje en la formación de los y las médicos/as.

Se requiere contar con modelos más cercanos a la realidad laboral que van a enfrentar, para esto los servicios de salud públicos deben establecer convenios con las universidades, para que cada vez más mujeres médicas de este ámbito, se incorporen en la investigación y docencia.

Es importante rediseñar los posgrados de manera modular para que sea posible el que las médicas estudiantes, no tengan necesidad de posponer la maternidad y si optan por tener hijos puedan extender su tiempo de formación.

Mantener y ampliar la formación de posgrado con las mismas reglas para las becas en el exterior y en el país. Los mejores posgradistas formados en el país deben tener incentivos para realizar la subespecialidad en el exterior, con apoyo del estado sin esperar que se cumpla el tiempo de devengación. Disminuir el tiempo de devengación a tres años para que puedan realizar la subespecialidad y completar su formación.

5.2.2. Para la gestión

Implementar la carrera sanitaria para que los y las médicos/as que trabajan en el ámbito público se adhiera institucionalmente y logren desarrollar su profesión de manera completa logrando hacer la subespecialidad, y ejerciendo docencia e investigación.

Debe garantizarse la estabilidad laboral, agilizando los concursos de merecimiento para que los y las médicos/as, tengan estabilidad y mejores condiciones laborales. Desarrollar un sistema de incentivo económico para reconocer el esfuerzo y el aporte por ejemplo a las personas que realizan investigación o desarrollan proyectos especiales.

Las condiciones laborales deben ser revisadas, especialmente en lo que tienen que ver con los horarios de trabajo, un horario satisfactorio para las y los entrevistados/as es seis horas diarias.

Mejorar las condiciones estructurales que garanticen el cuidado de los hijos en condiciones dignas como: guarderías de alta calidad y centros de extracción de leche en los diferentes servicios de salud.

El problema de discriminación que sufren las médicas por parte de los pacientes requiere de un fuerte trabajo institucional para la construcción de imagen, que cambie la representación social de la doctora y posicionarla como capaz de ejercer cualquier especialidad.

5.2.3. Para la política pública

Iniciar un debate sobre las políticas de tiempo que incluya posibilidades creativas para que se garantice la crianza de los hijos de manera compartida entre hombres y mujeres, como bancos de tiempo, programación flexible de horarios a partir de propuestas familiares, etc.

para con esos elementos cambiar la política de contratación laboral de los médicos y las médicas.

Incorporar la visión de género más allá del reclamo por espacios de equidad, para grupos con identidades sexuales diferentes, para aportar en el desarrollo de hombres y mujeres profesionales de la salud que puedan vivir bien, de acuerdo a los principios declarados en la constitución del Ecuador.

5.2.4. Limitaciones del estudio

La fase cuantitativa del estudio tuvo limitaciones, tales como, solamente se realizó el análisis de las bases del MSP y no las de otras instituciones que forman parte del sistema público en el país, además, no se pudo contar con información histórica que permitiera demostrar los cambios en la inserción de la mujer en la formación médica, por lo que las conclusiones podrían variar.

En la fase cualitativa la conformación de los grupos focales que se planteó con posgradistas de universidades públicas y privadas, el momento de la investigación, no demostró variabilidad, puesto que en su mayoría estaba conformado por estudiantes becados por el MSP, por lo tanto pertenecían a la misma condición económica.

Las entrevistas a los profesionales se realizaron en los tres niveles de atención, sin embargo no se encontró variabilidad entre los niveles de atención, lo que si demostró variabilidad fue el ámbito público y el ámbito privado.

Finalmente es importante anotar que la investigadora es médica de familia en ejercicio, esta condición le permitió contar con informantes claves que apoyaron para conseguir las entrevistas, que tratándose de médicos son complejas de realizar, los médicos del ámbito privado mantiene agendas muy apretadas de tiempo y los del ámbito público requieren de trámites burocráticos engorrosos para liberarles del trabajo y disponer tiempo para la investigación. La investigadora tiene formación en género, por tanto la lectura y análisis de los discursos está influenciada por esta perspectiva.

CAPÍTULO SEIS

Conclusiones

1. El IPG en los funcionarios/as del MSP en la franja de edad de 25 a 30 años, en el año 2.008 fue 2,36(IC_{95%} 1,89-3,03) y en el 2.012 fue 1,41(IC_{95%} 1,29-1,54). Por otro lado se apreció que en el año 2.008 la proporción de los puestos que quedan vacantes fue 1,8% y en el 2.012 fue 11,0%; es decir, del 2.008 al 2.012 aumentó 6.1 veces el número de puestos que no se llenan.
2. La presencia femenina en el ejercicio profesional en el sector público, en la franja de edad estudiada ha disminuido; sin embargo, ha crecido la oferta de trabajo la misma que no ha sido cubierta. Al analizar el IPG de los puestos vacantes se podría proponer que principalmente las mujeres jóvenes no se interesan en insertarse en el MSP.
3. El IPG de los/las estudiantes de medicina muestra que, si bien ingresan a estudiar la carrera más mujeres que hombres (IPG 1,37 en la universidad pública y 1,42 en la universidad privada), al culminar la carrera se registraron menos mujeres (el IPG al egreso en universidades públicas fue 1,02 y en las universidades privadas 0,63).
4. Las percepciones sobre los términos sexo, género y feminización fueron distintas entre los profesionales y los posgradistas, los primeros no tienen, prácticamente, ninguna claridad conceptual respecto a estas expresiones, mientras que los posgradistas muestran claridad conceptual de estos términos.
5. La decisión de estudiar medicina en Ecuador se toma a la edad de 18 años, época de la vida en la que predomina el idealismo y las utopías, la influencia ideológica de los padres y la religión mantienen un gran peso en esta decisión; los participantes hicieron referencia a la vocación de servicio, ejemplo de sus padres o familiares médicos, consejo de los padres que consideraban a la medicina como profesión rentable.
6. La elección de la especialidad, está fuertemente determinada por el género. En las percepciones de los y las participantes de la investigación, se evidencia que, existen especialidades adecuadas para mujeres y especialidades adecuadas para hombres.

7. En la elección de la especialidad, están presentes condiciones estructurales y sociales. Si él o la médica tiene capital social, cultural y económico la posibilidad de escoger una especialidad es amplia. Sin embargo a pesar de contar con estos capitales, la condición de ser mujer, influye de manera directa en la elección.
8. El contrato social del médico ha cambiado. Los pacientes en el sistema público, llegan al encuentro terapéutico conscientes de que se les debe brindar una atención rápida y de calidad. Al no poder elegir su médico y encontrarse con una mujer médica, entran en conflicto, lo primero que hacen es descalificarla, esto dificulta la relación, produciendo desgaste en los dos, muchas de las veces con conflicto explícito, que se manifiesta con reclamos y agravios.
9. El conflicto constante que viven las médicas es; cómo conciliar la vida profesional con la vida personal y familiar. En esta situación las posibilidades de involucrarse en la docencia o jefaturas de servicio se complican para las mujeres que tienen familia, es claro que existe una segregación horizontal y vertical.
10. Las mujeres que optan por especialidades consideradas campo de hombres sufre una sanción social que es la soltería, viven violencia simbólica que no es reconocida por ellas, aunque siente que es injusto que los hombres puedan ejercer esa especialidad y tener una familia, consideran que la soltería les permite competir en igualdad de condiciones.
11. El sistema privado de salud restringen el espacio laboral para las mujeres quedando lugar solamente para las que tienen capital social, económico y cultural. A pesar de todos los conflictos que las médicas viven en el sistema público, ellas reconocen que este es, el espacio laboral que más oportunidades les ofrece porque los pacientes no pueden elegir su médico, esto brinda ventaja especialmente a las mujeres cirujanas y anestesistas.
12. Existe un conflicto ideológico entre el modelo de formación de la profesión médica y el Modelo de Salud Integral; el primero esta orientado a formar médicos que trabajen en el sector privado y el segundo requiere contar con un médico que tenga compromiso político y sea capaz de trabajar en equipo.
13. Los médicos que trabajan en el sector público ven como ventaja, la estabilidad y la posibilidad de crecimiento en la docencia. La principal desventaja que observan es la

carga administrativa y el maltrato que sufren por parte de los pacientes y las autoridades administrativas.

14. Los médicos que trabajan en el sector privado reconocen que pueden desarrollar su profesión en forma plena, de acuerdo al modelo de formación, sin embargo el acceso real a este sector esta restringido para los profesionales que no cuenta con capital social, económico y cultural.

Bibliografía

1. Shapiro J, Nixon LL, Wear SE, Doukas DJ. Medical professionalism: what the study of literature can contribute to the conversation. *Philos Ethics Humanit Med*. 2015; 10(1):10.
2. Torres León JM. La transformación de la ética médica. *Sanid Mil*. Junio de 2011; 67(2):131-4.
3. Jovell AJ. La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. *Monogr Prof Médica Los Retos Milen*. 2004;(7):23-31.
4. Jodelet D. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cult Represent Soc* [Internet]. 2008 [citado 3 de junio de 2015]; 3(5). Recuperado a partir de: <http://www.culturayrs.org.mx/revista/num5/Jodelet.html>
5. Ramírez SLP. La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual. *CPU-E Rev. Investig Educ*. 2012;(7):33-51.
6. Jovell AJ, Navarro MD, Alternativas F. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social [Internet]. *Fundación Alternativas Ecuador*; 2006 [citado 23 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.falternativas.org/content/download/5739/164461/version/3/file/1d1b_18-10-06_Doc98.pdf
7. Jovell AJ, Navarro MD, Alternativas F. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social [Internet]. *Fundación Alternativas Ecuador*; 2006 [citado 23 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.falternativas.org/content/download/5739/164461/version/3/file/1d1b_18-10-06_Doc98.pdf
8. Bassan ND, D'Ottavio AE. Reflexiones sobre cambios curriculares médicos. *Rev. Educ En Cienc Salud* [Internet]. 2010 [citado 25 de mayo de 2015]; 7(1). Recuperado a partir de: <http://www.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol712010/esq71.htm>
9. Bourdieu P, Passeron J-C. *Reproduction in education, society and culture* [Internet]. Sage; 1990 [citado 27 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=vI0n9_wrrbUC&oi=fnd&pg=PR7&dq=+Pierre+Bourdieu+y+Jean-Claude+Passeron&ots=yAljIG4Jlo&sig=ItYmOjm3Gt2wU0V2qTYS5yLzy4M
10. Bourdieu P. *Capital cultural, escuela y espacio social* [Internet]. Siglo xxi; 1997 [citado 2 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=tEibEz6HkwkC&oi=fnd&pg=PA11&dq=capital+social+Bourdieu&ots=seljB-AdHZ&sig=CxgKdCOigFn8ScVMGe6IZ-tWiXE
11. Bourdieu P. *Los tres estados del capital cultura*. 1987 [citado 2 de junio de 2015]; Recuperado a partir de: <http://apuntes.cejvg.com.ar/sites/default/files/Los%20tres%20estados%20del%20capital%20cultural-BOURDIEU.pdf>
12. Freidenberg F. *Ecuador 2013: las claves del éxito de la revolución ciudadana*. 2013 [citado 27 de julio de 2015]; Recuperado a partir de: http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1093&context=flavia_freidenberg

13. León I. Ecuador: la tierra, el Sumak Kawsay y las mujeres. Sumak Kawsay Buen Vivir Cambios Civilizatorios Quito FEDAEPS. 2010; 143-54.
14. Gallegos RR. Tercera ola de transformación de la educación superior en Ecuador: hacia la constitucionalización de la sociedad del buen vivir. En: Crisis del capitalismo neoliberal, poder constituyente y democracia real [Internet]. Traficantes de Sueños; 2013 [citado 23 de mayo de 2015]. p. 197-236. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4417884>
15. Gallegos RR. TERCERA OLA DE TRANSFORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN ECUADOR. [Citado 23 de mayo de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.educacionsuperior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/08/Tercera-ola-de-transformaci%C3%B3n-de-la-educaci%C3%B3n-superior-en-Ecuador3.pdf>
16. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública México. Enero de 2011; 53:s177-87.
17. Ministerio de salud Pública del Ecuador. Reglamento para viabilizar el establecimiento de jornadas especiales en unidades operativas de la red pública integral de salud RPIS. 2012.
18. Salud LO. Ley Orgánica de la Salud [Internet]. Ecuador; 2010 [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.activate.ec/estadisticas/docs/normas/Leyes-de-la-Salud.docx>
19. Bedoya Vaca R del C, Martín Mateo M, Romero Sandoval N. Índice de Paridad por Género y sus implicaciones en la inserción laboral pública en Ecuador. Rev. Cuba Salud Pública. 2014; 40(3):345-52.
20. Archenti N, Tula MI. Cambios normativos y equidad de género. De las cuotas a la paridad en américa latina: los casos de Bolivia y Ecuador. América Lat. Hoy. 2014; 66:47-68.
21. Foucault M. Historia de la medicalización. Educ Med Salud. 1977; 11(1):3-25.
22. Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. Gac Sanit. 2004; 18:189-94.
23. Estrella Eduardo crespo Antonio. Historia de la enseñanza médica en Quito. Ministerio de Salud Pública. Quito: CREAM EDITORES; 2009. 266 p.
24. Bernardini-Zambrini D, Barengo N, Bardach A, Hanna M, Núñez JM. ¿Migrar o no migrar? ¿Qué pasará con nuestra próxima generación de médicos? Estudio sobre causas y motivos en estudiantes avanzados de medicina en 11 universidades de España. Aten Primaria. 2011; 43(5):222-6.
25. Velasco SÁ. Aproximaciones históricas, sociales y políticas a la migración laboral, calificada y no calificada, dentro del nuevo mapa migratorio latinoamericano. 2013 [citado 25 de mayo de 2015]; Recuperado a partir de: http://www.migracion-ue-alc.eu/documents/conf_y_eventos/2013/Taller%20Guatemala/Aproximaciones_historicas_%20sociales_y_politicas.pdf
26. Requena EJHG. Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del Área Andina. [Citado 24 de mayo de 2015]; Recuperado a partir de:

- http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/imp_financ_emigra_med%26enferm_andina.pdf
27. Ripoll EM. La migración cualificada de los profesionales de la salud en Portugal y España: una aproximación general. *OBETS Rev. Cienc Soc.* 2010;(5):243-68.
 28. GARCÍA NR. COSTO ECONÓMICO DE LA MIGRACIÓN CALIFICADA EN HONDURAS. [Citado 1 de junio de 2015]; Recuperado a partir de: <http://iies-unah.org/congresoCEAT/paper/39.pdf>
 29. Marimón Torres N, Martínez Cruz E. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. *Rev. Cuba Salud Pública.* 2010; 36(3):254-62.
 30. Bedoya R. Migración profesional y desigualdad social. El caso de los médicos ecuatorianos en Chile. Tesis realizada previa a la obtención del título de Maestría en Género y Desarrollo. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); 2008.
 31. del Ecuador AC, CONSTITUCIONAL T. Constitución de la República del Ecuador. Extraído El [Internet]. 2008 [citado 21 de agosto de 2013]; 21. Recuperado a partir de: <http://02a045b.netsolhost.com/legislacion/normativa/leyes/constitucion2008.pdf>
 32. Mapa del Sitio [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Citado 1 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/mapa-del-sitio/>
 33. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Acuerdo ministerial plan retorno profesional. 2012.
 34. Anuario de Recursos y Actividades de Salud [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/anuario-de-recursos-y-actividades-de-salud/>
 35. Winyard G, others. The future of female doctors. *BMJ [Internet]*. 2009 [citado 1 de junio de 2015]; 338. Recuperado a partir de: <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b2223.full>
 36. Alonso G. EL CENSO 2010: DATOS PRELIMINARES, ALGUNAS OBSERVACIONES TAMBIÉN PRELIMINARES. *NOTA Editor ENTREVISTAS.* 2011; 4(7):67.
 37. Agenda ACTI.pdf - Google Drive [Internet]. [Citado 29 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <https://docs.google.com/file/d/0B4Q2mC318MXbLXdtMOJqMkNoSJA/edit?pli=1>
 38. Pérez Magín IM, Pers Infante M, Alonso Pupo N, Ferrero Rodríguez LM. Satisfacción de los actores del proceso enseñanza aprendizaje en la asignatura Morfofisiología II. *Educ Médica Super.* 2012; 26(1):15-26.
 39. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica [Internet]. Siglo XXI; 1980 [citado 25 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=8k2ef8FjNXAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=foucault&ots=vgyR85xC3h&sig=QX6y3GGagXPjSA7JUypCsUS7y7w>
 40. Soler-Durall C. Reflexiones sobre el hospital: su función en la formación de médicos. *Educ Med.* 2010; 13:71-5.
 41. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión [Internet]. Siglo xxi; 1983 [citado 2 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:

- https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ys43HNrv8jEC&oi=fnd&pg=PA11&dq=Michel+Foucault&ots=VJ7mgKw2aR&sig=E_8BLsztX5Ygzg6cRwRrlqk2p34
42. Berríos G. Sobre la medicina basada en la evidencia [Internet]. 2011 [citado 25 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.asmi.es/arc/doc/medicinaEvidencia.pdf>
 43. Tajer CD. Haciendo posible el debate sobre la medicina basada en evidencias. *Rev. Argent Cardiol.* 2010; 78(5):459-66.
 44. Huicho L. La medicina basada en evidencias como un nuevo paradigma de la enseñanza y la práctica de la medicina. En: *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2014 [citado 25 de mayo de 2015]. p. 118-27. Recuperado a partir de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/4701>
 45. Serrano OR, Montiel ID. El profesionalismo en la medicina actual. *Rev. Fac Med UNAM* [Internet]. 2010 [citado 29 de mayo de 2015]; 53(1). Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2010/un101g.pdf>
 46. Sendín JJR. Definición de 'Profesión médica', 'Profesional médico/a' y 'Profesionalismo médico'. *Educ Médica.* 2010; 13(2):63-6.
 47. López-Roldán P, Alcaide Lozano V. El capital social y las redes personales en el estudio de las trayectorias laborales. En: *Redes: revista hispana para el análisis de redes sociales* [Internet]. 2011 [citado 25 de mayo de 2015]. p. 0051-80. Recuperado a partir de: <http://ddd.uab.cat/record/76040/>
 48. Bourdieu P. Los usos sociales de la ciencia [Internet]. *Nueva Visión Buenos Aires*; 2000 [citado 2 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=sibe01.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=033298>
 49. Gérvas J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. *Visión profesional desde la medicina general.* *El Méd.* 2005; 940:11-4.
 50. Gérvas J, Pérez Fernández M. Protección de los pacientes contra los excesos y daños de las actividades preventivas. *Tratado Med Fam E Comunidade SBMFC Sao Paulo* [Internet]. 2012 [citado 23 de mayo de 2015]; Recuperado a partir de: <http://xa.yimg.com/kq/groups/22882378/748851775/name/Protecci%C3%B3n+de+los+pacientes+contra+excesos+y+da%C3%B1os+de+actos+de+la+prevenci%C3%B3n.pdf>
 51. Macías Llanes ME. Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. *Humanidades Médicas.* 2011; 11(1):18-44.
 52. Bourdieu P, Ortiz R. O campo científico. *Pierre Bourdieu Sociol São Paulo Ática.* 1983; 122-55.
 53. Dubar C. 3. La crise des identités professionnelles. *Lien Soc.* 2010; 4:95-128.
 54. Esteban NA. La categoría de género en la obra de Joan Scott. 2006; 223-32.
 55. Conway J, Bourque S, Scott J. El concepto de género. *El Género Constr Cult Difer Sex.* 1996; 21-33.

56. Pozzio M. Análisis de género y estudios sobre profesiones: propuestas y desafíos de un diálogo posible-y alentador. *Sudamérica Rev. Cienc Soc.* 2012; 1(1):99-129.
57. ANUARIO PRESUPUESTARIO 2008 – 2013. GESTIÓN 2013 - Informe_gestion2013.pdf [Internet]. [Citado 29 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/cood_planificacion/Informe_gestion2013.pdf
58. UNIVERSITARIA GELE. JUSTICIA DISTRIBUTIVA EN LA UNIVERSIDAD ECUATORIANA,-. La Universidad. : 27.
59. Ayora AG, Carrasco C, Iglesias V, Mazzei M. Expectativa de emigrar de internos de medicina de la Universidad de Cuenca. *Rev. Fac Cienc Médicas* [Internet]. 2013 [citado 23 de mayo de 2015]; 31(2). Recuperado a partir de: <http://www.ucuenca.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/46>
60. Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. [Citado 19 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
61. resolución rpc-s0-017-no.115-2012 - Buscar con Google [Internet]. [Citado 28 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=resoluci%C3%B3n+rpc-s0-017-no.115-2012+
62. ministerio de Relaciones Laborales acuerdo ministerial 0033 jornada laboral de 8 horas - Buscar con Google [Internet]. [Citado 28 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=ministerio+de+Relaciones+Laborales+acuerdo+ministerial+0033+jornada+laboral+de+8+horas+
63. el Ministerio de Salud Pública del Ecuador expide un acuerdo ministerial 1849 10 de septiembre 2012 - Buscar con Google [Internet]. [Citado 28 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=el+Ministerio+de+Salud+P%C3%BAblica+del+Ecuador+expide+un+acuerdo+ministerial+1849+10+de+septiembre+2012
64. da Silva MRF. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud: cursos GRAAL 5. Univ. Autónoma de Barcelona; 2006. 136 p.
65. Scott J. Género: una categoría útil de análisis histórica. *Educ E Real.* 1989; 16(2):19.
66. manual_mais_2013.pdf [Internet]. [Citado 16 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub_gobernanza_salud/manual_mais_2013.pdf
67. Larrañaga M, Ruiz YJ. El Desarrollo Humano Local: aportes desde la equidad de género. *Cuad Trab Hegoa* [Internet]. 2011 [citado 16 de junio de 2015] ;(56). Recuperado a partir de: <http://www.ehu.eus/ojs/index.php/hegoa/article/view/10427>
68. Charvet ÉS, de Cultura M. Feminización estudiantil y masculinización docente en la universidad ecuatoriana. *La universidad.* 2010; 125:10-5.
69. Ramírez R, Minteguiada A. Transformaciones en la Educación Superior Ecuatoriana: Antecedentes y perspectivas futuras como consecuencias de la nueva constitución política. *Educ Super Soc.* 2010; 15(1):129-54.

70. Charvet ÉS, de Cultura M. FEMINIZACIÓN ESTUDIANTIL Y MASCULINIZACIÓN DOCENTE EN LA UNIVERSIDAD ECUATORIANA1. La Universidad. 2010; 125.
71. Kilminster S, Downes J, Gough B, Murdoch-Eaton D, Roberts T. Women in medicine- is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Med Educ*. 2007; 41(1):39-49.
72. Scheffer MC, Cassenote F, Jones A. A feminização da medicina no Brasil. *Rev. Bioét Impr* [Internet]. 2013 [citado 16 de junio de 2015]; Recuperado a partir de: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/817/905
73. DEL TRABAJO SGDR. Constitución de la República del Ecuador. 2008 [citado 17 de junio de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.prosigma.com.ec/pdf/nlegal/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>
74. Gudynas E. Buen Vivir: Germinando alternativas al desarrollo. *América Lat En Mov*. 2011; 462:1-20.
75. Pozo AA. Pobreza, desigualdad y cohesión social: más allá de los Objetivos del Milenio. *Pensam Iberoam*. 2007; 107-31.
76. Casado M. Sobre la persistencia del desequilibrio entre mujeres y hombres en el mundo de la ciencia. *Rev. Bioét Derecho* [Internet]. 2011 [citado 27 de junio de 2015] ;(21). Recuperado a partir de: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/7737>
77. Suárez-Ortega M. Trayectorias y carrera profesional del personal docente e investigador desde un enfoque de género: Estudio de un caso. En: Congreso Virtual sobre Tecnología, Educación y Sociedad [Internet]. 2014 [citado 27 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: http://cenid.org.mx/ctes_2015/memorias/index.php/ctes/article/viewFile/113/112
78. de la Lengua Española DS, Mundo E. Diccionarios en línea. 2012 [citado 1 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4740/29480_201009.pdf
79. Sendín JJR. Definición de 'Profesión médica', 'Profesional médico/a' y 'Profesionalismo médico'. *Educ Médica*. 2010; 13(2):63-6.
80. Plataforma NO gracias - [Internet]. *nogracias.eu*. [citado 10 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.nogracias.eu/>
81. Irigoyen J. La reestructuración de la profesión médica. *Política Soc*. 2011; 48(2):277-93.
82. Leach DC. Transcendent professionalism: Keeping promises and living the questions. *Acad Med*. 2014; 89(5):699-701.
83. file.html [Internet]. [Citado 13 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www2.ucsg.edu.ec/transparencia-de-la-informacion/acreditacion-medicina/informe-autoevaluacion/390--169/file.html>
84. NUEVOREGLAMENTORURALES_30_OCT_2014.pdf [Internet]. [Citado 1 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/Plazas_Rurales/NUEVOREGLAMENTORURALES_30_OCT_2014.pdf

85. Junquera LM, Gallego L, Santamarta TR. La medicina como servicio: el humanismo médico en la formación de nuestros residentes. *Rev. Esp Cir Oral Maxilofac.* 2015; 37(1):59-61.
86. León Román VE, others. Estudio descriptivo sobre la estrategia promocional de medicamentos de la industria farmacéutica hacia los médicos del sector público y privado en Quito durante el periodo de agosto 2010 a agosto 2011. 2011 [citado 1 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/1200>
87. *UsoTiempo.pdf* [Internet]. [Citado 1 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.inec.gob.ec/variosdos/UsoTiempo.pdf>
88. Cagnolati BE, Femenías ML. Simone de Beauvoir [Internet]. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP); 2010 [citado 2 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/26600>
89. Preciado B. Biopolítica del género. Fecha Consulta Marzo [Internet]. 2013 [citado 1 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <https://xa.yimg.com/kq/groups/22308693/1528060981/name/Beatriz+Preciado+-+Biopol%C3%ADtica+del+g%C3%A9nero.doc>
90. Scott J. Género: una categoría útil de análisis histórica. 2012 [citado 23 de junio de 2015]; Recuperado a partir de: http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1210/scott_gender2.pdf?sequence=1
91. Bourdieu P, Jordá J. La dominación masculina [Internet]. Anagrama Barcelona; 2000 [citado 20 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.reduii.org/cii/sites/default/files/field/doc/Bondui%20Pierre%20%20la%20dominacion-masculina.pdf>
92. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco.* 2000; 7(18):0.
93. WALLACH SCOTT J. Feminist Reverberations. *CS.* 2012;(10):339-69.
94. Mora HB. La propiedad privada, la monogamia, el patriarcado, la esclavitud y el carácter de producción. *Nómadas Rev. Crítica Cienc Soc Juríd.* 2010; 25(1):93-110.
95. De Beauvoir S, Dayan J, Ribowska M, Sartre J-P. Simone de Beauvoir [Internet]. GMF Productions; 1978 [citado 2 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: http://hitchhikersgui.de/Simone_de_Beauvoir
96. García CV. 1. Breve historia del feminismo. 2011 [citado 1 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: http://www.peterlang.com/exportdatas/exportfiles/onix/intro/9783631589229_leseprobe01.pdf
97. Bordo S. El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. *Rev. Estud Género Ventana.* 2015; 2(14):7-82.
98. Butler J. Fundamentos contingentes: el feminismo y la cuestión del « postmodernismo ». *Rev. Estud Género Ventana.* 2015; 2(13):7-41.

99. Bidaseca K, Laba VV. Feminismos y poscolonialidad: descolonizando el feminismo desde y en América Latina [Internet]. Ediciones Godot; 2011 [citado 1 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.pucsp.br/neils/downloads/17-karina-bidaseca.pdf>
100. Butler J, Scott JW. Feminists theorize the political [Internet]. Routledge; 2013 [citado 1 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=9EjFBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=Judith+Butler&ots=5kDzi2JNIU&sig=QXJEUlo8w3pxvtcXJmy1PQJk_JQ
101. Butler J. Regulaciones de género. Rev. Estud Género Ventana. 2015; 3(23):7-36.
102. Coba L, Herrera G. Nuevas voces feministas en América Latina: ¿continuidades, rupturas, resistencias? (Dossier). 2013 [citado 1 de junio de 2015]; Recuperado a partir de: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/4714>
103. Sánchez Borja E. Contribución del feminismo al reconocimiento de los derechos de las mujeres en Bolivia, 2006-2010. 2013 [citado 1 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/4024>
104. Lugones M, others. Hacia un feminismo descolonial. Rev. Manzana Discordia. 2011; 6(2):105-17.
105. Gómez de la Torre V, López Ángel M. Decisiones cotidianas... 2011 [citado 1 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/524>
106. Gómez V. Incidencia en el legislativo. Aborto en caso de violación. Experiencia Ecuador. 2014 [citado 1 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/640>
107. Houtart F. Los movimientos sociales y la construcción de un nuevo sujeto histórico. Boron J Amadeo González Comps Teoría Marx Hoy Probl Perspect. 2006; 435-44.
108. Leandri RG, González R. Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886 [Internet]. Editorial CSIC-CSIC Press; 1999 [citado 1 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=28JdJXjPM9MC&oi=fnd&pg=PR15&dq=Gonz%C3%A1lez+Leandri&ots=q42oJVBJG9&sig=YLfV2vqFaGv-lgrDRVpPL15NwTE>
109. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad | Pastor Gosálbez | Cuadernos de Relaciones Laborales [Internet]. [Citado 9 de junio de 2013]. Recuperado a partir de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/40210>
110. Delgado Sánchez A, Saletti Cuesta L, López-Fernández LA, Luna J de D, Mateo Rodríguez I. Logro profesional alcanzado y percibido de médicas y médicos de familia. 2010 [citado 1 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/22347>
111. Casado Mejía RM, Botello Hermosa A. Representatividad de las mujeres en las sociedades científicas del ámbito de la salud en España en 2014. 2015 [citado 1 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/26466>
112. Gramsci A, Vega AG. La formación de los intelectuales [Internet]. Grijalbo; 1967 [citado 1 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: http://abogadonotariopr.com/images/SP/la_formacion.pdf

113. Valle Flores Á. Profesión, ocupación y trabajo: Eliot Freidson y la conformación del campo. *Perfiles Educ.* 2010; 32(128):150-2.
114. Arrizabalaga P, Abellana R, Viñas O, Merino A, Ascaso C. Desigualdades de género en la carrera profesional ¿aún existen barreras a los médicos mujeres en el siglo XXI? *Gac Sanit.* 2014; 28(5):363-8.
115. Vergara OR. Currículo y género en la educación Curriculum and gender in education. *Rev. Latinoam Educ Inclusiva.* : 17.
116. Carrasquer P, Torns T, others. La doble presencia [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona, 2010 [citado 23 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://ddd.uab.cat/record/63858/>
117. Carrasco C, Borderías C, Torns T. El trabajo de cuidados. *Hist Teoría* [Internet]. 2011 [citado 14 de mayo de 2015]; Recuperado a partir de: http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Economia_critica/El-trabajo-de-cuidados_introduccion.pdf
118. Saletti Cuesta L. Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. 2008 [citado 1 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/14802>
119. Franchi A, Atrio J, Maffia D, Kochen S. Inserción de las mujeres en el sector científico-tecnológico en la Argentina (1984-2006). *Arbor.* 2008; 184(733):827-34.
120. Torns T, Borràs V, Carrasquer P. La conciliación de la vida laboral y familiar ¿un horizonte posible? *Sociol Trab Rev. Cuatrimest Empl Trab Soc.* 2004;(50):111-37.
121. Amorós C. Espacio público, espacio privado y definiciones ideológicas de «lo masculino» y «lo femenino». *Fem Igual Difer.* 1994; 193-214.
122. Kalinsky B. « Ser mujer» en trabajos fronterizos: las marcas de género. *Rev Estud GÉNERO VENTANA.* 2015; 3(24):229-57.
123. Charmaz K. Constructing grounded theory [Internet]. Sage; 2014 [citado 31 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=v_GGAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Charmaz&ots=YVUyLaDEm4&sig=I6VefuuVKEqQrRIm9YJqWOiR-o
124. Requena AT, Planes VC, Miras RMS. Teoría fundamentada« grounded theory»: La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional [Internet]. CIS; 2005 [citado 2 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=yxtGMuCSDe4C&oi=fnd&pg=PA1&dq=teoria+fundamentada&ots=3N-dM8W-nR&sig=oNzsQ3MmMIFIAmvZIYv8MjUOW7U>
125. Guayasamin F. Marco Legal sobre Diversidad Sexual en Ecuador: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ECUADOR [Internet]. Marco Legal sobre Diversidad Sexual en Ecuador. 2010 [citado 10 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://paiscanelalegal.blogspot.com/2010/09/derechos-sexuales-y-reproductivos-en.html>
126. Ordóñez FS. Locas 'y 'fuertes': Cuerpos precarios en el Guayaquil del siglo XXI. *Íconos-Rev. Cienc Soc.* 2013;(39):97-110.

127. De Barbieri T. Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. Laura Guzmán Stein Gilda Pacheco O compiladoras *Estud Básicos Derechos Hum.* 1996; 4:49-83.
128. Castro R. Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colect.* 2014; 10(3):339-51.
129. Pozzio M. «The fact that there are more women doesn't guarantee anything»: The feminization of obstetrics and gynecology and the experiences of female medical professionals in Mexico. *Salud Colect.* Diciembre de 2014; 10(3):325-37.
130. Orellana Peña C, Rojas Urzúa M, Silva Zepeda M. Influencia del modelo e imagen del médico durante la formación de pregrado en un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad de Antofagasta. *Acta Bioethica.* 2010; 16(2):198-206.
131. Perales A, Mendoza A, Sánchez E. Vocación médica: necesidad de su estudio científico. En: *Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. UNMSM. Facultad de Medicina; 2013 [citado 7 de julio de 2015]. p. 133-8. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000200009*
132. Cardozo de Angulo RA, Poveda JM, Romano E, Ortunio M, Guevara Rivas H. Motivación para estudiar medicina en dos universidades públicas desde una visión integral. [Citado 20 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/36094>
133. Perales A, Sánchez E, Mendoza A, Huamaní C. Vocación médica en estudiantes de medicina de una universidad peruana. En: *Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. UNMSM. Facultad de Medicina; 2014 [citado 20 de agosto de 2015]. p. 37-42. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000100007*
134. Escobar Rabadán F, López-Torres Hidalgo J. ¿Qué determina la elección de una Especialidad en Medicina? *Rev. Clínica Med Fam.* Octubre de 2008; 2(5):216-25.
135. Angora Mazuecos F. Público/privado versus derecho/negocio en materia de salud. *Rev. Clínica Med Fam.* 2011; 4(3):219-22.
136. Pérez MJC, Bobo MT, Arias AR. Medicalización de la vida. "Etiquetas de enfermedad: todo un negocio.» *Aten Primaria.* 2013; 45(8):434-8.
137. SNIESE - Buscar con Google [Internet]. [Citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <https://www.google.com.ec/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=SNIESE>
138. Bourdieu P, Tomaz F. O poder simbólico. 1989 [citado 2 de junio de 2015]; Recuperado a partir de: http://sociologiac.net/biblio/Bourdieu_SobrePoderSimbolico.pdf
139. Buddeberg-Fischer B, Stamm M. The medical profession and young physicians' lifestyles in flux: challenges for specialty training and health care delivery systems. *Swiss Med Wkly.* 2010; 140:w13134.
140. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev. Mex Sociol.* 2014; 76(2):167-97.
141. Andrada MJ, Esper DA, Leticia C. ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS EN LA MATRICULACIÓN, FINANCIAMIENTO Y FINALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE NIVEL SUPERIOR EN AMÉRICA

- LATINA. Prax Investig ReDIE [Internet]. 2011 [citado 6 de agosto de 2013]; 3(4). Recuperado a partir de: <http://redie.mx/librosyrevistas/revistas/praxisinv04.pdf#page=28>
142. Rama C. Claudio Rama, La tendencia a la masificación de la cobertura de la educación superior en América Latina. *Rev. Iberoam Educ.* 2009;(50):173-95.
143. Plan Nacional para el Buen Vivir - Un Cambio de Paradigma [Internet]. [Citado 31 de julio de 2013]. Recuperado a partir de: <http://plan.senplades.gob.ec/web/guest/un-cambio-de-paradigma>
144. ARGENTINA ME, DE REGISTROS RF, DE PROFESIONALES DLS. SALA DE SITUACIÓN. [Citado 21 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.leyex.info/magazines/sapuargentinavol5n1920145.pdf>
145. Alcántara Moreno G. Integración regional, cooperación internacional y políticas de salud en Venezuela (1999-2009). *Rev. Electrónica Portales Médicos Com* [Internet]. [Citado 21 de agosto de 2015]; 6(1). Recuperado a partir de: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/36472>
146. Gomes-Temporão J, Faria M. Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública.* 2014; 31(4):740-6.
147. Plan Nacional para el Buen Vivir - El buen vivir en la constitución [Internet]. [Citado 31 de julio de 2013]. Recuperado a partir de: <http://plan.senplades.gob.ec/3.3-el-buen-vivir-en-la-constitucion-del-ecuador>
148. Landers S, Gruskin S. Gender, Sex, and Sexuality—Same, Different, or Equal? *Am J Public Health.* 2010; 100(3):397.
149. Risberg G, Johansson EE, Hamberg K. ‘Important... but of low status’: male education leaders’ views on gender in medicine. *Med Educ.* 2011; 45(6):613-24.
150. Bleakley A. Gender Matters in Medical Education. En: *Patient-Centred Medicine in Transition* [Internet]. Springer; 2014 [citado 20 de agosto de 2015]. p. 111-26. Recuperado a partir de: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-02487-5_9
151. Verdonk P, Benschop Y, de Haes H, Mans L, Lagro-Janssen T. ‘Should you turn this into a complete gender matter? ‘Gender mainstreaming in medical education. *Gend Educ.* 2009; 21(6):703-19.
152. Hashmi NR, Daud S, Manzoor I, Maqsood S, Aizaz S, Siddiqui D, et al. Factors affecting medical specialty preferences and associated gender differences in fourth year MBBS students. *J Postgrad Med Inst Peshawar-Pak* [Internet]. 2011 [citado 21 de agosto de 2015]; 24(2). Recuperado a partir de: <http://jpmi.org.pk/index.php/jpmi/article/download/1225/1133>
153. Chang JC, Odrobina MR, McIntyre-Seltman K. The effect of student gender on the obstetrics and gynecology clerkship experience. *J Womens Health.* 2010; 19(1):87-92.
154. Borracci RA, Poveda-Camargo RL, Pittaluga RD, Arribalzaga EB, Ferraina P. Preferencias de los estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires en la elección de la especialidad. *Educ Médica.* 2012; 15(3):155-60.

155. Burgos CM, Josephson A. Gender differences in the learning and teaching of surgery: a literature review. *Int J Med Educ.* 2014; 5:110.
156. Pitkin Derose K, Hays RD, McCaffrey DF, Baker DW. Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? *J Gen Intern Med.* 2001; 16(4):218-26.
157. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Educ Prim Care.* 2011; 22(5):297-303.
158. Siu JY. Communicating under medical patriarchy: gendered doctor-patient communication between female patients with overactive bladder and male urologists in Hong Kong. *BMC Womens Health.* 2015; 15(1):44.
159. Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, Nordgren S. Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference. *Med Teach.* 2010; 32(4):e191-8.
160. Pas B, Peters P, Doorewaard H, Eisinga R, Lagro-Janssen T. Feminisation of the medical profession: a strategic HRM dilemma? The effects of family-friendly HR practices on female doctors' contracted working hours. *Hum Resour Manag J.* 2011; 21(3):285-302.
161. Torns T. Del porqué la conciliación de la vida laboral y familiar no acaba de ser una buena solución. En: *Observatorio Mujer, Trabajo y Sociedad* [Internet]. 2011 [citado 16 de mayo de 2015]. p. 0026-40. Recuperado a partir de: http://ddd.uab.cat/pub/artpub/2011/129873/obs mujtra_a2011m3n5p26iSPA.pdf
162. Torns T. El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico metodológicas desde la perspectiva de género. *Empiria.* 2008;(15):53-73.
163. Torns T, Recio C. Las desigualdades de género en el mercado de trabajo. En: *Revista de economía crítica* [Internet]. 2012 [citado 16 de mayo de 2015]. p. 0178-202. Recuperado a partir de: <http://ddd.uab.cat/record/128248/>
164. Dayrit MM, Dolea C, Dreesch N. Abordando la crisis de los Recursos Humanos para la Salud: ¿Hasta dónde hemos llegado? ¿Qué podemos esperar lograr al 2015? *Rev. Perú Med Exp Salud Pública.* 2011; 28(2):327-36.
165. Larrea C, Landín R, Larrea AI, Wrborich W, Fraga R. Mapas de pobreza, consumo por habitante y desigualdad social en el Ecuador: 1995-2006. Metodología y resultados. Doc Trab N 13 Programa Dinámicas Territ Rural [Internet]. 2008 [citado 20 de abril de 2015]; Recuperado a partir de: <http://gisweb.ciat.cgiar.org/website/googleearth/POVERTY/ECU/DOCUMENTATION/Larrea,%20Carlos,%20%202008.%20Mapas%20de%20pobreza,%20consumo%20por%20habitante%20y%20desigualdad%20social%20en%20el%20Ecuador%201995-2006.pdf>

Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado y declaración del participante

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA, ESCOLA DE POSTGRAU
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, OBSTETRICIA I GINECOLOGÍA, MEDICINA PREVENTIVA I SALUT
PÚBLICA
RED DE INVESTIGACIÓN: GRUPOS DE INVESTIGACIÓN DE AMÉRICA Y ÁFRICA LATINAS – GRAAL

Forma de consentimiento informado para el estudio: "Feminización de la profesión médica en el Ecuador"

DECLARACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Deseamos invitarle a participar en un estudio de análisis de: LA FEMINIZACION DE LA PROFESION MÉDICA Y SUS IMPLICACIONES EN LA INSERCIÓN LABORAL PÚBLICA EN ECUADOR, con el interés de entender de qué manera afecta la mayor presencia de mujeres en las facultades de Medicina y el Ministerio de Salud Pública. El propósito de este documento de consentimiento es darle a conocer la información que necesite para ayudarlo a decidir en el caso que desee participar en el mismo. Por favor lea este documento. Puede hacer preguntas sobre el propósito del trabajo, lo que pediríamos de usted, los riesgos y los beneficios posibles, sus derechos como un participante voluntario y cualquier aspecto sobre el trabajo y sobre este documento. Cuando todas sus preguntas se hayan contestado, puede decidir si desea participar en este estudio; este proceso se llama "consentimiento informado".

PROPOSITO Y BENEFICIOS:

El presente trabajo busca comprender la interacción de la feminización de la profesión médica y la inserción laboral pública en Ecuador a partir de los discursos de los y las estudiantes de posgrado y de los integrantes del sistema sanitario público y privado ecuatoriano. Es posible que usted o sus compañeros se beneficien directamente al participar en la conversación grupal o personal al incluir en la normativa temas que logren una mejor organización del trabajo.

PROCEDIMIENTO:

Si eligen ustedes participar en este estudio, nos gustaría que contesten algunas preguntas sobre diferentes aspectos sobre las dificultades que se presentan en el proceso de formación o en el ejercicio profesional que estén determinadas por ser hombre o por ser mujer. Estas preguntas y diálogo tomarán más o menos una hora de su tiempo. Serán gravadas y luego transcritas para el análisis. No hay respuestas correctas o incorrectas, sus nombres se mantendrán anónimas, ya que cada persona tendrá un código. Por ejemplo, supongamos que hay una persona llamado Mario Flores, para todos los análisis esta persona tendrá un código, que podría ser: 10304. Para el trabajo grupal contamos con el trabajo del grupo de un médico familiar hombre y una médica familiar mujer de la Universidad Autónoma de Barcelona quienes están capacitados para este tipo de trabajo, y han dado muestras de responsabilidad y honestidad.

LOS RIESGOS O MOLESTIAS:

Algunas personas sienten que proveer información para un trabajo de análisis es violar su privacidad o entrometerse, otras personas sienten que será utilizada esa información en otros análisis distintos al mencionado explícitamente; y, otras personas pueden pensar que con esa información se puede poner en peligro su vida y trabajo.

CONCLUSION:

Los médicos y las médicas tienen la libertad de decidir si desean o no participar en este estudio. Si desean hacerlo, deben contestar todas las preguntas que el facilitador le hará en grupo o a nivel individual; si desean cambiar alguna respuesta lo pueden hacer antes de terminar con la reunión grupal o la entrevista. La información es confidencial. Las transcripciones de las entrevistas grupales e individuales serán archivadas en un sitio definido por la Universidad Autónoma de Barcelona. La información será presentada a la Universidad Autónoma de Barcelona y al Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Si los resultados de este estudio se publican o se presentan no usaremos el nombre de los participantes.

Aunque el equipo de trabajo va a tomar las precauciones para guardar la confidencialidad, no podemos garantizar que entre todos los participantes no vayan a comentar sus respuestas. Si tienen alguna pregunta o duda sobre este trabajo, por favor contáctenos, a cualquiera de los investigadores principales, cuyas direcciones se encuentran al inicio de este documento.

Firma del investigador

Nombre

Fecha

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA, ESCOLA DE POSTGRAU
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, OBSTETRICIA I GINECOLOGÍA, MEDICINA PREVENTIVA I SALUT
PÚBLICA
RED DE INVESTIGACIÓN: GRUPOS DE INVESTIGACIÓN DE AMÉRICA Y ÁFRICA LATINAS – GRAAL

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Se me ha explicado el estudio “LA FEMINIZACION DE LA PROFESION MÉDICA Y SUS IMPLICACIONES EN LA INSERCIÓN LABORAL PÚBLICA EN ECUADOR”. Tengo la oportunidad para hacer preguntas. Si tengo preguntas sobre mis derechos como participantes en el trabajo o preguntas después sobre el trabajo, puedo preguntar a uno de los investigadores apuntados arriba.

SI _____ NO _____ Deseo participar voluntariamente en este trabajo.

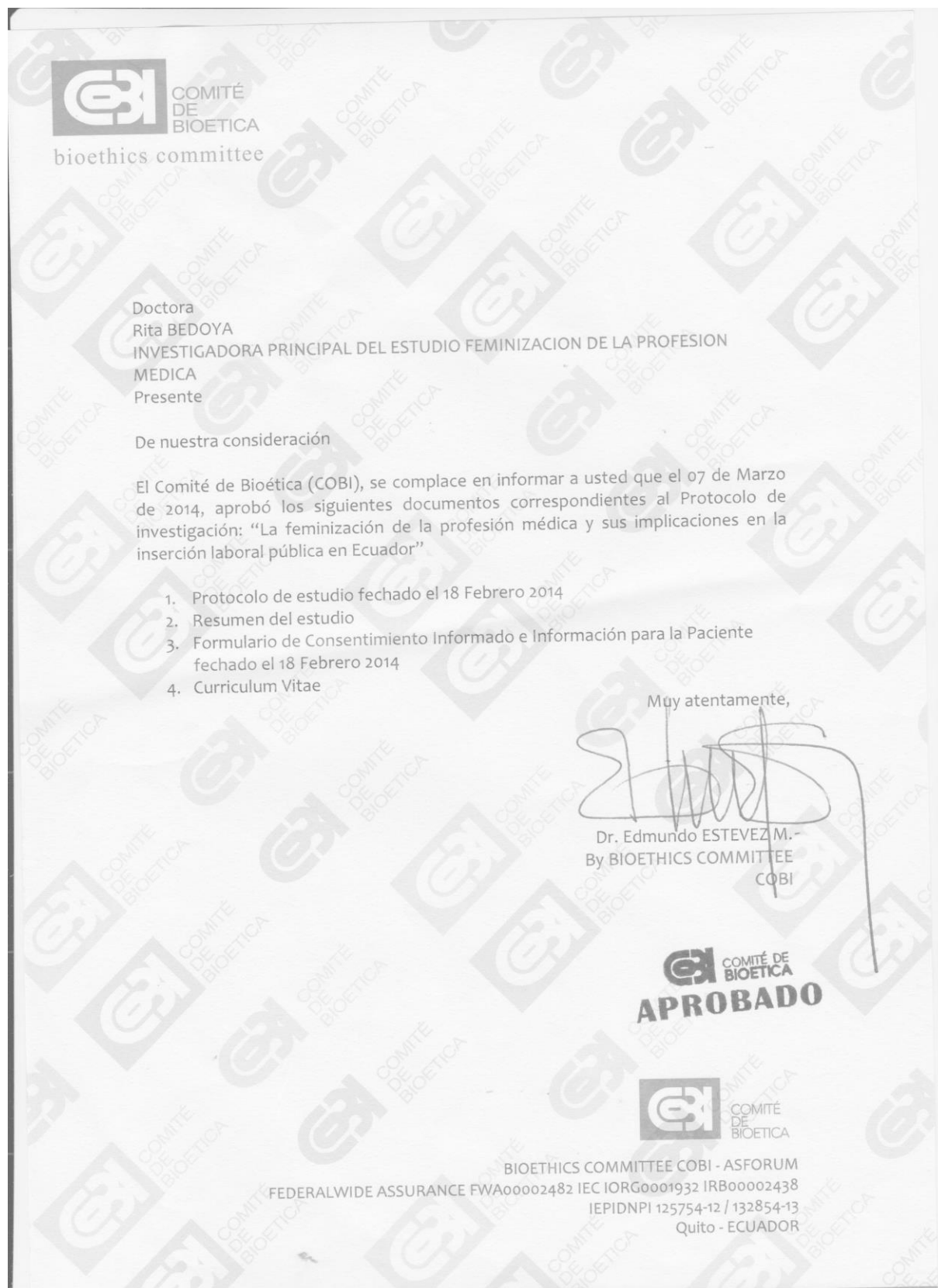
NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

Doy el permiso para que los investigadores puedan tomar fotos del trabajo.

SI _____ NO _____

Anexo 2 Carta de aprobación del Comité de Bioética



Anexo 3 Guía de entrevista

1. Definición de términos sexo, género y feminización
2. ¿Cuáles fueron las motivaciones para elegir la carrera de medicina? ¿Fueron decisiones propias o aconsejadas? ¿Por quién?
3. ¿Cuáles fueron las motivaciones para elegir la especialidad. Pensaron en el género el momento de elegir la especialidad? ¿Consideran que existen especialidades adecuadas para hombres y especialidades adecuadas para mujeres?
4. ¿Han vivido experiencias de discriminación por género durante su formación?
5. El ejercicio profesional. ¿Tienen algún tipo de problema que podría estar relacionado con el género? ¿Cuándo está trabajando realiza llamadas telefónicas a su casa para saber cómo están las cosas?
6. ¿Cuáles consideran que son las ventajas de trabajar en el sistema público de salud?
7. ¿Cuáles son las desventajas de trabajar en el sistema público de salud?
8. ¿Cuáles son las ventajas de trabajar en el sistema privado?
9. ¿Cuáles con las desventajas de trabajar en el sistema privado?
10. El uso del tiempo. ¿A qué hora empieza sus labores y como es su día normal?
11. ¿Logra mantener otro tipo de actividades, por ejemplo actividades sociales, políticas, deportivas, etc.?
12. ¿Cuál considera usted que debería ser el horario ideal de trabajo?

Anexo 4 Entrevista en profundidad profesional médico

Código 01M1 0029

R. Buenos días, primero gracias por el tiempo que me concede para realizar esta entrevista. Como le explique al hacer la cita, estoy interesada en entender de qué manera los hombres y las mujeres médicos toman las decisiones importantes a lo largo de la carrera profesional, en esta conversación seguiremos un esquema de entrevista. Espero que se sienta cómoda y podamos hablar con tranquilidad, como le dije la información se utilizará con fines exclusivos de la investigación, entonces empezaremos por firmar el consentimiento y grabaré la totalidad de la entrevista. Estamos de acuerdo?

I. ok, no se preocupe mi amiga me explicó de qué se trata

R. ¿La primera pregunta es para tratar de definir los términos, cuénteme que diferencia encuentra usted en las palabras sexo y género?

I: Para mí es lo mismo sexo hombre, mujer .Género masculino femenino, la verdad no le encuentro diferencia.

R. ¿Cree usted que en nuestro país la profesión médica esta feminizada?

I: No para nada, si existen más mujeres por ejemplo en este centro de salud, pero eso no cambia en nada la atención se sigue haciendo igual. Lo que pasa es que la situación de la mujer es compleja porque normalmente uno se da cuenta las otras profesiones normalmente las mujeres se gradúan y en seguida ya se casan, tienen hijos antes de los 30 porque eso realmente sucede pero la carrera de medicina es un poco más complicado porque usted más o menos a los veinte: bueno ahora los años de estudio de medicina son poco menores pero usted recién a los 26, 27 años está pensando ahora un posgrado. Entonces lo que usted quiere es culminar primero el posgrado, en este caso si le toca devengar la beca ir a devengar la beca. Entonces si se complica mucho la decisión de ser mamá. En general mis compañeras de promoción han esperado para tener sus hijos hasta los 33, 34 años.

R. ¿Ahora acordémonos de cuando usted era chica y optó por estudiar medicina, cuál era su ilusión, cuál era su sueño.

I. Bueno, yo desde niña tuve la ilusión de ser médica, me encantaba jugar a ser la doctora y crecí con esa ilusión, creo que además tengo vocación porque me siento feliz cuando puedo ser útil a alguna persona.

R. ¿Cuándo tuvo que elegir la especialidad reflexionó respecto a que especialidad era más conveniente por ser mujer?

I. No. Realmente yo no pensé en si me convenía o no la especialidad por cuestiones de género. A mí siempre me llamo la atención la especialidad de medicina familiar porque se ve de todo, a mí no me gusta la idea de trabajar solamente con una parte de la persona. Me gusta el enfoque con el cual se maneja el paciente, yo tenía opción de estudiar ginecología pero decidí estudiar medicina de familia y estoy feliz con esta decisión, Ahora que soy mama tengo conciencia de que es bueno tener un horario fijo en el día y no tener que hacer guardias o trabajar el fin de semana, pero el momento de elegir no pensé en esto.

R. ¿Cree usted que existen especialidades en las que ser hombre o ser mujer ayuda a un mejor ejercicio de la profesión?

I. Creo que tenemos las mismas capacidades para aprender, pero si la práctica de la medicina que exige guardias o trabajo en las noches como son las emergencias, el quirófano son difíciles de llevar cuando se tiene niños pequeños, por ejemplo yo no dejaría a mi bebe en las noches, no porque no tenga capacidad, sino porque siento que mi bebe me necesita en esta etapa de la vida y además no tendría corazón para dejarle.

R. ¿Que ha observado entre sus compañeras que eligieron especialidades quirúrgicas?

I. Bueno... yo creo, que hay especialidades que si encajan mejor con los hombres por ejemplo la traumatología, porque se requiere fuerza, por ejemplo yo con mi cuerpo creo que no podría reducir una cadera, además tendría que llegar al hospital el momento que el paciente me necesite y los accidentes generalmente son en la noche.

Además el ambiente entre los traumatólogos es hostil para las mujeres, también los pacientes confían más en un hombre para que les hagan una cirugía, yo veo que mis compañeras que escogieron alguna rama quirúrgica, se sienten frustradas porque los pacientes buscan hombres médicos para que les operen.

R. ¿En su experiencia como estudiante de posgrado ha vivido usted situaciones en la que por ser mujer su aprendizaje como médica ha sido afectado?

I. Le voy a contar. Cuando se estudia el posgrado con beca del ministerio hay que devengar la beca, entonces cuando termine la formación de médico de familia salí a devengar la beca en diferentes lugares del país primero en el Oriente y luego me fui a trabajar en Latacunga porque mi novio que ahora es mi esposo es ingeniero eléctrico consiguió trabajo en Ambato. Cuando fui al hospital de la Latacunga tuve bastante dificultad para insertarme en el sistema porque los médicos no aprecian a la especialidad de medicina de familia y no sabían en dónde ubicarme en el hospital. Fue una etapa difícil, no creo que se debía al hecho de ser mujer sino a que nos sabían cuáles eran las competencias y las fortalezas de un médico familiar. Creo que la gente ve con menosprecio la especialidad creen que no somos especialistas de nada.

R. ¿Pero en el trato hacia usted o sus compañeras, por ejemplo durante las guardias observó algún tipo de discriminación?

I. Bueno...lo típico que pasa es que los pacientes llegan y no le dicen a usted doctora, aunque le vean con el mandil y un tremendo rótulo que dice doctora fulana de tal, los pacientes le dicen licenciada, o mijita o señorita, pero a nuestros compañeros siempre les dicen doctor... eso es realmente molesto, yo mejor ya no les decía nada, porque era en vano, pasarse reclamando y estarles insistiendo en que no soy licenciada, que soy doctora.

R. Ahora en su rol aquí, como usted es médica de consulta externa. En el rol que tiene aquí, ¿ha tenido dificultades que podrían estar influenciadas por género?

I. No. Realmente aquí no hay dificultades, cada quien viene y trabaja en lo suyo, En el seguro está bien definido el perfil del médico de familia, entonces yo trabajo con mis pacientes y no tengo problemas, aunque no veo niños estoy haciendo atención de pacientes crónicos, los pacientes ya me conocen entonces no tengo problemas como otros médicos que sufren hasta maltrato, especialmente en emergencia o los que hacen triaje, ese sí que es un problema grave, creo que algunos pacientes mal entienden sus derechos, y creen que los médicos somos sus empleados, mis compañeros me han contado que les dicen yo pago tu sueldo, así que atiéndame rápido..... Por suerte yo veo un grupo conocido de pacientes, como la mayoría son personas viejitas, me tratan con cariño, aunque no sé si porque soy joven me siguen diciendo señorita, aunque algunos especialmente con los que he conversado mas ya saben que me gusta que me digan doctora....y no señorita.

R. Ahora vamos a conversar un poquito respecto de su tiempo, de su vida, como se organiza. ¿A qué hora usted inicia la jornada?

I. Yo me levanto temprano a las 5 y treinta de la mañana, para atender a mi bebe, dejarlo tomado su tetita, y vestido, además hago el desayuno, desayunamos con mi esposo, y salimos juntos el me pasa dejando en el dispensario, yo llego a las 8 de la mañana. Y me quedo aquí 8 horas, salgo a las cuatro y me voy corriendo a la casa a ver a mi bebe. Desde que llego me dedico al él todo el tiempo porque la señora que me ayuda se va a su casa, entonces gracias a su ayuda no tengo que hacer las cosas de la casa. Solamente atender y jugar con él bebe. Cuando llega mi esposo salimos a las compras o a llevar al bebe al médico o nos quedamos con él. Nuestra vida gira alrededor del bebe. Solamente cuando él bebe se duerme yo puedo estudiar un poquito si es que tengo algo pendiente.

R. ¿Cuándo usted está aquí a lo largo de las 8 horas, llama por teléfono a la casa?

I: Sí, llamo por lo menos una vez al día, para ver cómo está mi bebé, tengo la suerte de que le cuida una señora de confianza que cuida de mi suegra, ella quiere mucho a mi bebe y es muy eficiente en lo que hace, por eso estoy tranquila.

R. ¿Logra conservar usted algún grupo de amigas o asiste algún partido político, algo que socialicen en otro nivel, la iglesia?

I. Por ahora no, visitamos a la familia, me veo con algunas amigas que también tienen bebés pequeños, pero no ya no salimos en las noches porque no queremos arriesgar la salud del bebe.

R. ¿Qué ventajas le ve usted de trabajar en el sistema público?

I: A ver... fortalezas aquí en el IESS yo creo que sí, sí tengo bastante porque yo aquí trabajo en la unidad de crónicos metabólicos. Entonces aquí en el trabajo a diferencia de otras unidades del IESS, aquí en primer lugar nosotros como compañeros con los otros médicos especialistas creo que confluye mucho la cuestión del médico

familiar se apoyan en nosotros. Entonces es una fortaleza, trabajamos en equipo, lo que no sucede en otras unidades. Entonces por ejemplo si tengo algún paciente que yo no le pueda resolver que eso es bien raro: algún problema yo en seguida hablo con el endocrinólogo, con el diabetólogo. Entonces conversamos del caso del paciente y en seguida resolvemos el problema, esa es una de las fortalezas. Otra fortaleza es que aquí siempre estamos en capacitación permanente en el servicio de crónicos metabólicos. Entonces siempre estamos: tenemos docencia cada 15 días, siempre estamos presentando casos nuevos y estamos capacitándonos en diferentes temas, volviendo a recordar inclusive temas que de pronto ya nos hemos olvidado. Por otro lado está el sueldo seguro, uno puede programar los gastos y no estar en la incertidumbre, eso es bien importante.

R. ¿Qué otras ventajas mira, piensa quedarse aquí por muchos años?

I. bueno... para mi ahora es muy importante el horario fijo, como le dije programo mi vida en función del bebe. Estamos pensando en tener otro hijo, yo creo que el seguro es bien conveniente porque me dan permiso por maternidad y lactancia, no creo que en este momento exista una institución que le dé mayores beneficios. En el futuro no sé... a mí me gustaba la idea de investigar pero, mientras tenga que cuidar de mis hijos, que son mi prioridad.... no creo que tenga el tiempo para hacer nada más, o tal vez cuando ya estén grandes... no sé.

R. ¿Qué ventaja le ve al sistema privado?

I. El sistema privado tiene la ventaja de que puedes organizar tu agenda, por ejemplo si tiene una reunión de la escuela o lo que sea, simplemente no cita pacientes y va a la escuela. Además al venir los pacientes por cuenta propia no hay maltratos, porque ellos deciden buscarle a usted entonces se acomodan al horario que usted dispone.

R. ¿Qué desventajas ve en el sistema privado?

I. Que es muy difícil conseguir clientela, yo tengo un consultorio propio pero todavía no le abro, primero porque en seguida que salgo del seguro me voy a la casa a ver a mi niña. Mi plan en el futuro es abrir por lo menos unas dos horas para ir captando pacientes. Creo que será más fácil porque ya la gente me va conociendo en el seguro y si me preguntan si tengo consultorio privado. Pero no sé cuándo voy a abrirle porque como le dije también quisiera tener otro niño... realmente es difícil ser mamá y dar tiempo a la profesión, la medicina exige bastante tiempo para poder desarrollarla bien.

Antes yo trabajaba en ECUASANITAS y ahí no les reconocían maternidad y solamente les daban 5 días de permiso, eso me parece fatal dejar al bebe tan chiquito. En verdad cuando una es empleada de los consorcios privados le explotan y aunque las leyes están escritas, es difícil hacerlas cumplir porque le dicen si no le gusta se va... y si una tiene necesidad de trabajar se aguanta. Aquí en el seguro yo me siento respaldada porque aquí si se cumple con las leyes laborales.

R. ¿Qué desventaja le ve al sistema público?

I. Que los horarios son rígidos y 8 horas para mí es bastante, creo que si fuera menos tiempo podría ya abrir mi consultorio, también que en algunos lugares hay maltrato de los pacientes y a veces de las autoridades... no sé si se puede decir maltrato, pero el trabajo es bien duro hay que llenar un montón de papeles y hacer bastante gestión administrativa a más de atender en sí a los pacientes.

También que no hay incentivos, por ejemplo yo trabajo lo mejor posible, cumplo con mis pacientes y si veo gente que hace lo mínimo y no hay una diferencia, nadie te reconoce por ejemplo dándole permiso para ir a un congreso, si yo querría irme a un congreso tengo que tomar vacaciones, entonces yo por ahora cuando salgo de vacaciones tomo tiempo para estar con mi familia.

R. ¿Finalmente cual sería para usted la jornada ideal de trabajo?

I. Yo sí que creo que lo ideal sería seis horas, y hasta menos, cuatro, que uno podría elegir el horario, si por ejemplo trabaja 4 horas le pagan por cuatro horas y así, porque hay gente que solo quiere trabajar en lo público, a mí me gustaría como le he contado trabajar en mi consultorio y hacer las dos cosas es muy difícil más para mí que estoy en etapa de tener mis hijos, entonces creo que a las mujeres jóvenes si nos conviene trabajar en jornadas más cortas en el nivel público.

R. muchísimas gracias por su tiempo.

Anexo 5 Entrevista grupal

P1GFG

R. Buenas tardes. Ya hemos conversado sobre el mecanismo que seguiremos en esta reunión y ahora que todos han firmado su consentimiento, iniciaremos la entrevista que tiene una guía de preguntas con las cuales espero captar su percepción sobre las dificultades que viven en su trabajo cotidiano, como les dije el propósito es entender como toman sus decisiones y de qué manera estas pueden estar influenciadas por el género.

R. Entonces para empezar definiremos los términos. Mi primera pregunta es ¿Qué diferencia encuentran en las palabras sexo y género?

H. bueno sexo tiene que ver con xx y xy masculino femenino

M. género es un concepto relacionado a como estas en el mundo, con tu identidad, si te sientes hombre o mujer.

R. ¿Alguien más?

H. lo mismo que ya dijeron mis compañeros.

R. ¿Creen ustedes que en nuestro país la profesión médica esta feminizada?

M. Bueno... usted ve que en ginecología ahora las mujeres somos mayoría, pero nuestro director sigue siendo un hombre, aquí en el Hospital Isidro Ayora no hay jefas de servicio mujeres, las que hacemos el trabajo sucio somos ahora las mujeres porque en la mayoría somos las residentes las que trabajamos en el hospital, en nuestro posgrado el 60% somos mujeres.

R. ¿Ustedes piensan que hay especialidades más propensas para los hombres y especialidades más propensas para las mujeres?

H. hay que reconocer que la traumatología se presta más para los hombres por lo duro físicamente que son las cirugías.

M. yo creo que las mujeres si queremos podemos hacer lo que nos propongamos, yo conozco buenas traumatólogas.

M: el problema no está en la decisión que tengamos las médicas, sino en la respuesta de los pacientes por ahora los pacientes siguen creyendo, o teniendo confianza para la cirugía más en los hombres. Pero poco a poca esto va cambiando.

R. Ahora acordémonos de cuando ustedes eran chicos y optaron por estudiar medicina, ¿cuál era su ilusión, cuál era su sueño?

M: era un sueño propio....

H: mis papas son médicos pero No quería que me haga médico, “por Dios no te hagas médico” me decía, luego “no te hagas ginecólogo”

M: bueno siempre desde chiquita yo quise ser médica y creo que ginecóloga porque mi mami dice que yo jugaba a atenderles el parto a mis muñecas.

H. yo quise ser sacerdote y luego me convencí de que lo mejor era estudiar medicina si quería realmente ayudar a la gente, estuve tres años en el seminario antes de entrar en la facultad de medicina.

M: a mí me gusta siempre las ciencias naturales, era de la Cruz Roja en el colegio, yo siempre estaba dispuesta a ayudar a mi abuelita que le dolía todo, dice mi mamá que le hacía masajes desde chiquita.

M: creo que yo decidí ser médica por vocación, es difícil esta profesión si no se tiene vocación.

R: ¿Cuál es el sueño, cuál es el proyecto, cuáles son sus expectativas cuando acaben el posgrado?

H: no podemos soñar, ya decidimos entrar al posgrado en la Central financiados por el MSP por tanto tenemos la obligación de devengar, ósea que los que entramos en primer año, estamos 3 años en el posgrado, luego seis años devengando son nueve años, entonces ya pasamos la mayor parte de nuestra etapa de arranque en el MSP. Nuestra única opción es quedarnos.

R: Y digamos de su grupo, por ejemplo NN de su promoción ¿cuántos han optado por becas del ministerio? Y ¿cuántos han optado por otras especialidades sin becase?

M: En la Universidad Central no le dan la opción de ser autofinanciada, lo que eso permite es el posgrado de la Universidad Católica y otras universidades me supongo pero acá en la Central es la opción o entra usted a la beca del Seguro Social o las privadas dependiendo el posgrado que tenga o de ahí las becas del MSP.

M: yo me sueño trabajando en lo que nos gusta y ganando un sueldo digno por tanto sacrificio que hemos hecho personal y de toda nuestra familia

R: ¿Todos los que son de fuera tienen el sueño de regresar a su lugar?

M: Sí pero no hay esa posibilidad ahora porque nos toca devengar por aquí cerca o al menos los de Quito no van a Cuenca por ejemplo

R: Ya pero estoy hablando de aquí a 5 años, en 5 años ya acabaste de devengar. ¿El sueño es ir a Cuenca?

M: Yo me forme en la parte pública, yo vine acá para prepararme para seguir en la parte pública, me encanta el hospital

M: yo soy del Ministerio, entonces yo me forme ahí y yo siempre he venido dando algo más de lo que tengo.

M: No lo sé, no, yo no tengo un lugar así definido, yo creo que termino acá, voy hacer una sub y luego si hay una oportunidad de meterme a otra cosa me voy a meter en otra cosa donde sea.

R: ¿NN cuál es su plan?

M: Regresar a Cuenca y si hay la oportunidad de seguir estudiando o hacer una subespecialidad, seguiría.

R: Y ¿en XXX dónde va trabajar, si usted pudiera elegir y decir yo quiero irme ahí o ahí hacer?

M: gustaría trabajar en el mundo privado por que tiene sus ventajas, creo, o sea no depende de una institución, de los horarios o no mucho al menos y por ejemplo siempre tiene que estar con las normas de lo que le impone el Ministerio público.

R: ¿NNNN cuál es el plan?

H: En 5 años, no sé, estar en la consulta privada haciendo: me gusta a mí hacer cirugía de piso pélvico, cirugía ginecología oncológica para regresar hacer a Riobamba porque allá eso no hay y la gente necesita mucho de eso.

M: Si la verdad yo sí:: bueno también quisiera hacer una subespecialidad y realmente yo también me forme en la parte pública y si me gusta la parte pública, es más si quisiera regresar ahí donde el doctor será mi jefe, no mentira (risas) pero también sí, o sea yo me forme allá y realmente como en Latacunga, soy de allá y en Latacunga lo mejor sería ir implementando, si vamos con una subespecialidad digamos así, vamos ayudar a la gente de allá, obviamente allá no tenemos y no se me hace centralizar todo acá y todo acá, entonces si me gustaría la parte pública, yo también trabajaba en la parte privada y sí, sí se puede dar tiempo, o sea la verdad hay que pensar, o sea no se puede lanzar y decir ahorita si porque para mí es muchas veces complicado yo también me pongo a pensar ojala aquí me quede, aquí en Quito porque mi hija ya:: también ya mismo, que le digo cuando yo este saliendo de aquí ella le falta 1 año para ir a la universidad, quiere estudiar aquí mismo, entonces ya tenemos que ver todas esas cosas, esas posibilidades.

M: A mí me gusta la peri-neonatología pero aún voy a definir si sí el siguiente año pero en el ámbito de trabajar si es como ha mencionado mis compañeros si también me gustaría las dos partes, no solamente irme a lo público

H: Bueno coincido con Doris, con Leonel, nosotros como somos residentes asistenciales y estamos en el programa del gobierno, trabajamos algunos años como residentes en hospitales del Ministerio de Salud y nos gustaba lo que hacíamos, yo confieso que cuando entre a trabajar yo iba hacer residencia de cirugía y caí en ginecología por accidente y me termino gustando porque ahora estoy acá pues eh:: en lo que respecta, en cuanto, en que me veo en 5 años, yo aspiro trabajar en mi tierra eh:: tengo en mente cambiar muchas cosas que se está haciendo a nivel de provincias, muchas falencias que hay, cambiar ese pensamiento de que sólo Quito y Guayaquil son las ciudades que resuelvan, nosotros:: bueno mi idea es tratar de hacer un grupo de profesionales que hagamos las cosas bien y tratemos de resolver todo lo que nos compete en nuestra profesión en el mundo público. Y eso lo que dice acá Fernando sí hay muchas cosas, las trabas que está poniendo el ministerio, tanta burocracia, es los perfiles, todas esas cosas. Ahora son cosas que a veces uno no es tan fácil resistir pero en sí a mí siempre me ha gustado trabajar en hospitales públicos.

M: Mi caso es un poquito diferente, yo pertenezco a la fuerza aérea, entonces yo salgo de aquí y voy a la fuerza aérea donde me manden puede ser Guayaquil, Salinas, Taura, Latacunga, no sé. Ahora eh:: con la fuerza aérea yo tengo que devengar 6 años, o sea no me puedo salir después de terminar la especialidad, durante 6 años no me puedo salir de FAE y tengo que seguir trabajando ahí porque ellos me dan la beca. Entonces::: pero si me gustaría seguir una subespecialidad donde haya

R: ¿XXXX?

M: Yo en 5 años ya haber hecho mi subespecialidad y a mí me gustaría trabajar en el sector privado, no puedo ser mal agradecida, me estoy formando aquí en el sector público pero como dicen mis compañeros hay muchas falencias a nivel de la burocracia y lo administrativo, no puede ser posible que te dirijan personas que no tienen idea de lo que tú estás haciendo o de tu trabajo, o como decía Verónica "que te pelean por un guante", entonces no, no:: es en general, o sea desde el MSP que no estén enterados de las competencias que existe en cada hospital o cómo se rige cada hospital, entonces ya es generalizado porque es el problema que se vive todos los hospitales públicos, no es sólo aquí, nosotros rotamos por diferentes hospitales, tenemos compañeros en otros, va a escuchar quejas similares digamos sobre lo que es este trabajo, entonces yo si pienso que a futuro, espero a 5 años incluso ya querer formar una familia, entonces las exigencias y el estrés que se vive aquí en el ministerio no me gustaría para mí, quisiera ya una vida un poco más tranquila para cuando forme mi familia.

R. ¿Cuándo tuvieron que elegir la especialidad reflexionaron respecto a qué especialidad era más conveniente al ser hombre o por ser mujer?

H: Personalmente para mí el género no influyo, o sea fue algo que predominaba el ámbito que es tanto ámbito clínico como quirúrgico, es una de las especialidades que involucra las dos cosas, entonces lo mío:: mi decisión fue por eso.

M: Bueno, yo en mi caso mi papá es ginecólogo, yo crecí dentro de ese mundo, entonces quería conocer la ginecología.

M: Bueno, igual también como dice NN a mí también me gusta más o clínico que lo quirúrgico, entonces los dos involucran las dos cosas pero me gusta más lo clínico.

R: ¡Ya! ¿Usted NNN?

M: Eh::: Bueno, yo creo que las dos partes eh::: a mí me gusta porque es clínico y quirúrgico, entonces no sólo depende de un lugar para desarrollar, es una carrera en la que tiene un amplio espectro en lo que uno puede hacer y también porque si hay unas mujeres que prefieren ginecólogas mujeres, o sea no me veía yo como mujer por ejemplo traumatóloga, no, porque creo que es más para hombres.

M: Claro porque se necesita mucha fuerza y eso, por ejemplo traumatología a mí en lo personal me parece que es como más de hombres, me parecería muy raro ver una traumatóloga mujer.

R: ¿Quién comparte ese criterio?

M: Yo, si es muy::: es más fuerza y requiere mucho más tiempo en cada procedimiento que ingresan y dependen pacientes y pacientes, yo creo que el hombre tiene un poco más de fuerza que la mujer

M: a mí me parece que la mayoría de mujeres prefieren hacerse chequear con una mujer o la mamá o el papá que le lleva a la niña prefieren que sea una ginecóloga

M: Como han expresado mis compañeras parece ginecología es una de las áreas más completas, es clínica, quirúrgica, tiene ecografía, podemos desarrollarnos quirúrgicamente y algo que a mí me gustaba es la parte de neonatología de los bebitos pero pediatra no me gustaría ser pero la parte de neo y la ginecología me permitiría ser peri-neonatóloga, yo la veía a futuro ya como una subespecialidad.

H: Bueno, la verdad es que yo vi algunas cosas que había pasado en cuanto a la especialidad, yo ya vengo haciendo 11 años, ejerciendo la misma::: en el mismo servicio. Entonces decidí entrar porque hay una oportunidad más, habido un chance de que termine derecho, hay ciertas cosas que pasaron y no se dio. Entonces hubo esa oportunidad, presente la documentación y no hay nada más que decir que aprovechar.

M: Yo si pase por muchas etapas pero siempre me ha gustado el área quirúrgica, inicialmente yo cuando estaba en cuarto, quinto semestre me gustaba mucho neurocirugía y pensaba que esa iba a ser mi especialidad, después fue pasando el tiempo y uno va cambiando a medida que conoce y va ampliando sus conocimientos en las diferentes áreas pero siempre me ha gustado el área quirúrgica, luego quería seguir cirujano vascular, otorrino y termine siendo ginecóloga

R: ¿Alguno ha hecho una ruta de buscar distintos otros posgrados?

M: Yo me presente primero en medicina interna y buena no aprobé, entonces::: porque me gusta lo clínico, entonces ya después intente ginecología

R. ¿En su experiencia como estudiante de posgrado han vivido ustedes situaciones en la que ser hombre o ser mujer ha influenciado en el aprendizaje como médico?

M: En la rural yo hice la rural en un hospital, si he visto que decían que allá es como que la mujer es la enfermera, incluso había un compañero que era enfermero, que era compañero varón de la rural, era enfermero y claro pues yo estaba haciendo de médico de::: entonces entraban las personas y era "doctor buenas tarde, licenciada cómo le va" Bueno, son cosas que uno ya se ha ido acostumbrando pero si hay esa diferencia, más eso yo lo viví en la comunidad, allá, pero de ahí eso también de lo que la cesárea solamente eh::: le daban, en mi caso le daban oportunidad a los varones de hacer, no a las mujeres, no lo hacían pero ya

M: No, hay algunas que prefieren que les operen los varones porque tienen más seguridad, algunas pacientes, no todas, hay otras que si prefieren que una mujer le opere

R: ¿O sea todavía está presente eso en la ciudad también?

H: Sí

M: Hay algunas que solamente quieren que la valoren mujeres, que no le hagan tacto los varones

H: Sí, también hay desde el otro lado, si viene con la niña quiere que le vea una doctora, no un doctor.

M: respecto de su pregunta, o sea si hay, pero si te embarazas el que pierde eres tú porque eres el que va a faltar a clases, el que no va entrar a quirófano, entonces tú pierdes

M: Eso no implica que::: obviamente como dice María si está en el posgrado y está con lactancia y tiene clase, no, pero puede organizar el horario con un derecho que le da la norma

M: Si se da pero no todas las instituciones lo cumplen, por ejemplo tenemos una compañera que está en periodo de lactancia que en los turnos igual ella si tenía 2 hora para irse pues salía de aquí, podía entrar en otro hospital que hasta ahorita se está tratando de solucionar porque le habían manifestado que ella no puede salir de la guardia, no puede:::

M: tiene derecho de lactancia. Sí eso se le indico y se está tratando de comunicar con el coordinador pero ya le habían manifestado que de ellos no es el inconveniente que esté embarazada en el posgrado, que ellos no tienen culpa de que ella se haya embarazado, fueron palabras del coordinador de allá, entonces eso se está tratando de solucionar porque con esa ley, ella tiene el derecho de las 2 horas de lactancia

R. Ahora en su rol aquí, como médico residente de posgrado ¿han tenido dificultades influenciadas por género?

M: si analizamos el futuro si, es que hay que poner en balanza porque yo creo que si es una gran oportunidad que el MSP de la opción de tener una beca, o sea ser un especialista pero hay comentarios, yo no he confirmado eso pero el momento que una persona quiere hacer una subespecialidad que eso es una conveniencia incluso para el mismo país, para la misma persona, no le dan la oportunidad de ir hacer la subespecialidad, si bien es cierto devengar la beca en el país, entonces en el punto en el que usted sale de 30 años, sale del posgrado, tiene que ir a devengar, estamos hablando de 3 años en nuestro caso, el doble es de las siguientes promociones, si lo vemos por el ámbito de género como mujer también está dejando a un lado su vida personal, el hecho de ser mamá, el hecho de tener su familia, su hogar, también se va retrasando un poco, entonces mucho haría si usted quiere focalizar la parte de la subespecialidad como para crecimiento profesional, entonces la cuestión de tiempo si nos limita un poco, en esa cuestión si:: eso le digo es algo que se han manifestado personas que ya han egresado del posgrado de ginecología que no es factible para ellos poder hacer una subespecialidad y de ahí venir a devengar acá

R: Ah::: interesante, ese es un tema bien interesante porque la época de tener los hijos ahora entonces está alrededor de los 30 años para las mujeres, ¿es así?

M: Sí

M: Imagínese embarazada, tener que hacer guardias, clases, el mismo embarazo, habido compañeras de rangos mayores que están con la barriguisima y tiene que operar, o sea se complica bastante.

H: Supervisores que son considerados, hay otros que no son tan considerados que no les importa que estén embarazadas, haz tu trabajo y punto.

R. Ahora vamos a conversar un poquito respecto de su tiempo, de su vida, como se organizan. ¿A qué hora inician la jornada?

M: nuestro horario de trabajo es infinito

R: Bueno pero tienen turno cada cuarto día ¿y cuando no tienen?

H: A ver si le suman hace turno de 28 horas de lunes a viernes y de ahí sale usted a las 12 y va a clases, clases a veces dependiendo los días, de 3 de la tarde hasta 7 de la noche, fines de semana y feriados usted hace 24 horas

R: Entonces depende de si tiene fin de semana libre, ¿ya tienen libre?

M: Netamente así desde jueves, viernes y sábado es un fin de semana al mes, sábado y domingo dos fines de semana al mes.

H: Pero para los que viven cerca, para los que viven lejos es:: Ahí hay algo que anotar el hecho de que seamos estudiantes de posgrado y las funciones que desempeñemos qué clase tenemos. En definitiva el posgrado es de 24 horas de domingo a domingo porque también tenemos que cumplir programa de estudios y todo lo demás, o sea no se podría decir qué día o qué cosas hacemos, qué tiempo tenemos libre siempre estamos haciendo algo dentro del posgrado.

R. Cuando están aquí a lo largo de las 8 horas, ¿llama por teléfono a la casa?

M: Cuando hay días que son re complicados, ya a la hora que uno se quiere dar cuenta ya es 11 o 12 de la noche y no se pudo llamar y de ahí las veces 1, 2 veces máximo

R: ¿Cómo se siente cuando no logra hablar por teléfono?

M: Bueno, sí un poco triste por no poder saber cómo está o que la niña no hable conmigo si es un poquito triste pero ya no se puede hacer nada y bueno tranquila porque sé que está con el papá y con personas que le cuidan, por ese lado

R: ¿El papá le cuida?

M: El papá y mi suegra pero cuando llega el papá en la noche pues ya está con el papá

R: ¿NNN?

M: Eh::: yo le tuve que mandarle a mi hijo a Riobamba, yo soy divorciada, entonces tuve que mandarle con mis papás porque le traje los primeros meses de posgrado y se me hizo muy difícil porque tenemos turnos, cada día clases, las tardes ya no se puede. Entonces es mucho más difícil.

R: Cómo te sientes al respecto

M: Ah::: mal, es lo más duro estar lejos del bebé y va creciendo y te va reclamando porque te dice "por qué estás sola tú en Quito y no vienes a verme" Entonces es lo más duro, me parece que es lo más difícil.

R: Y usted NN ¿llama por teléfono cuando está de guardia?

H: Sí, sí. Algunas veces llamo, lo que pasa es que mis hijas se quedan con la empleada porque mi esposa también trabaja. Entonces como tengo de diferentes edades siempre tengo que preguntarle a mi hija mayor cómo está el pequeño, si se fue al curso sino se fue, si comió el más chiquito, entonces sí, sí::: sino tengo que estar comunicándome con mi esposa a ver, sabes que le van a pasar viendo, no están, si se han ido, siempre tengo que estar en contacto.

R: ¿Y usted PP? Dice yo no llamo (risas)

H: Chuta complicado eh::: bueno mi última hija nació con una condición genética, tiene un problema en la piel, pasa enferma y chuta alguna vez estaba a punto de salirme del posgrado. Además que yo:: por lo menos ellos que viven aquí ven a los hijos al otro día del turno, nosotros cada 15, cada 22 días.

R: ¿Qué es lo que más le preocupa a usted?

H: La adolescencia, lo que pasa es que mi mujer y mis hijos viven en Latacunga, entonces ella no trabaja, se encarga de mis hijos, entonces el problema es el enfrentamiento que ella tiene pues la

adolescencia es una etapa muy dura para ella, afrontar ella sola es muy difícil. Bueno como queda cerca puedo viajar todos los fines de semana, en este momento por ejemplo tengo a mi mamá que esta con un proceso degenerativo crónico, entonces estoy viajando casi todos los días

R. Pasando a otro tema. ¿Qué ventajas le ve usted de trabajar en el sistema público?

M: En el ámbito público uno continúa viendo muchas cosas y tienen compañeros y siempre va seguirse actualizando. Primeramente no digo que no deje de seguirse formando pero yo creo que lo público todo siempre va seguir avanzando, avanzando, avanzando, viendo muchas otras cosas más.

H: Personalmente es como que:: si es una acción porque a veces cuando usted trabaja en el ámbito público se encuentra casos fuera de lo común, que usted no va ver en lo privado tanto de la manera clínico, o sea de la patología que tenga la paciente, como también en el ámbito social se va dar cuenta que muchas cosas las pacientes no pueden o dejan ahí los tratamientos porque económicamente no pueden hacer. Entonces en el ámbito de ayudar, en el ámbito de implementar, de aportar como un profesional subespecialista a una entidad pública si me gustaría

R. ¿Qué ventaja le ve al sistema privado?

M: Mientras que en el privado si usted sabe que una medicación aunque le cueste y le cure rápido queda mejor como médico, la paciente paga, se va satisfecho y le paga a usted también.

R. ¿Qué desventajas ve en el sistema privado?

M: El que es difícil abrirse campo, demora bastante hasta hacer clientela, yo lo digo porque mi padre es ginecólogo y cuando éramos pequeños sí que sufrimos, vivíamos del sueldo de mi mami que es profesora porque mi papi no tenía muchas pacientes, el entro en una Fundación y después poco a poco logro clientela, así que es realmente duro.

R. ¿Qué desventaja le ve al sistema público?

M: Las imposiciones, que alguien que no sepa mucho de algo imponga algo que no tiene ni idea porque debería ser alguien que sepa qué es esto, cómo se trabaja, qué es estar con un paciente grave y que ellos sean los que dirigen y que ellos sean los que pongan las leyes, o sea no gente que no tenga idea de que si falta un hilo, si falta una medicación no pasa nada, no, gente que sepa lo que es estar con un paciente, que tenga idea de lo que uno vive todos los días y de lo que uno necesita, no como ahora por ejemplo aquí no hay muchas cosas porque ya salieron del cuadro básico y uno necesita darle a los pacientes, entonces usted no puede mandar a comprar porque le demandan, le llaman a la gerencia o le sancionan, aunque usted sabe porque ha estudiado eso es lo que necesita la paciente, no está en el público usted tiene que darle lo que hay aquí.

M: Eso es lo malo que yo no sé quién define aquí qué medicamentos, por ejemplo algo así, qué medicamentos entran o por ejemplo ahora como estamos ah:: los guantes, no se puede gastar un guante, usted tiene que firmar, sellar por un guante. A mí me parece tan, no, no me parece lógico porque un guante es lo que:: no voy a usar nunca un guante para jugar o para ensuciar sino para lo que yo necesito y aquí ahora tenemos que firmar en una hoja sellar, poner mi número de cédula. O sea ayer justo pasaba eso, dije yo no voy a firmar porque no voy a ocupar yo, que firme la paciente porque es para ella. En cambio en el privado usted ocupa 10 guantes y ya pues una factura le ponen a la paciente no le importa, yo ocupo los guantes que necesito, o sea tampoco es que leva aumentar

R: O sea hay un exceso de la burocratización

H: Sí, uff, es intolerable, no tenemos comida, hasta ahora no he desayunado, salí del quirófano, o sea comí ayer a las 9 de la noche la última vez. Po eso estoy mal genio, 2:47 tomo una coca cola y eso nos pasa a la mayoría o ¿no?

M: por otro lado si pone en contraposición el hecho de que hay muchas limitaciones, como VV lo manifestó el hecho de que a veces hay problemas con lo que uno sabe, uno discute o uno tiende a dar como opción y como es jefe de un servicio lastimosamente no puede hacerlo porque eso ya está establecido desde hace muchos años ahí y no se puede modificar ese tipo de tratamiento que usted

sugiere o ve que es el mejor para el paciente, obviamente respaldado por las cosas que tenga que respaldar, obviamente la experiencia también no se va a poner de igual a igual en experiencia porque no es así pero a mí en ese punto me limita la parte pública.

H: Bueno yo puedo decir que la parte administrativa ha hecho::: el problema de esto es que en la parte pública existe los famosos perfiles óptimos que hay que llenar, donde se le da ciertos parámetros, metas que debe cumplir y uno ya no se pone al plan de cumplir las metas con buena calidad, igual por ejemplo hablemos de que antes se hablaba de una atención de 30 minutos por paciente, hoy se habla de 15 minutos que prácticamente no es nada, ni para tener una empatía con el paciente y además prácticamente llega a la parte más de sanciones, el hecho de que una paciente no es atendida empieza::: ahora somos enemigos entre el paciente y el médico, ambos estamos a la defensiva porque primero son maltratos, segundo no se puede estar pasando a pelear con el paciente porque en seguida viene las quejas, viene el ministerio laboral y el peor enemigo que se tiene es prácticamente talento humano porque talento humano empieza hacer una investigación, no digo una investigación para resolver el problema sino para sancionar, esa es la vida pública. Entonces se va desarrollando problemas y conflictos en la parte pública y eso es lo que nadie quiere y compartir esas dos experiencias adentro del hospital y fuera del hospital, y si ya se enfrenta eso dentro del hospital que dicen no, muchas gracias me voy a la pública, entonces hay muchos problemas, muchos factores que hace que el médico especialista se vaya del ministerio pero realmente si este es un proceso o un estudio para cambiar esa modalidad y hay algo que hacer pues perfecto sino estamos en el mismo problema se habla de un 4% al inicio y hoy estamos en un 11% ¿qué significa? Que seguirá yéndose los especialistas y se harán en la parte privada, donde se desempeñan y los hospitales prácticamente quedaran solos, entonces hay que empezar a madurar el hecho de que el ministerio debe empezar a formar profesionales que vean las necesidades y las condiciones adecuadas para el médico y para el paciente y esa sería la opción óptima para decir yo no me voy porque me siento bien en el ministerio de salud

R. ¿Cuál sería para ustedes la jornada ideal de trabajo?

M, M, H: 6 horas

H: Bueno, hablemos de que un médico entra a una cirugía tiene horario de entrada pero no tiene horario de salida, entonces no es que nosotros nos pongamos un horario:::

M: Eso le digo, en el mundo público hay cosas que no se puede decir no, a veces hay intervenciones que pueden durar hasta 6, 8 horas y es ese el problema

H: Yo creo que una de las limitantes que hay con el horario de 8 horas, por lo menos los que somos padres, sabes que tus hijos van a la escuela, tú pasas trabajando, llegas 5, 6 de la tarde dependiendo del horario que tenga, hay otros que tienen un horario de 12 a 8 de la noche, prácticamente con ese horario tú llegarías y ves a tus hijos dormidos, al otro día sales los saludas cuando se van a la escuela y prácticamente es así, por eso yo creo que en mi caso sería una de las limitantes para aspirar hacer otro tipo de estudios, no le voy a dejar a mi familia es muy complicado.

Anexo 6 Artículo publicado en la Revista Cubana de Salud Pública⁵⁹

Índice de Paridad por Género y sus implicaciones en la inserción laboral pública en Ecuador
The Gender Parity Index and its implications on the public work

Dr. Rita del Carmen Bedoya Vaca,^I DrC. Miguel Martín Mateo,^{II} Dr. Natalia Romero Sandoval^{III}

^I Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Quito, Ecuador.

Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador.

Grups de Recerca d'Amèrica i ÀfricaLlatines (GRAAL). Barcelona, España.

^{II} Miguel Martín Mateo. Grups de Recerca d'Amèrica i ÀfricaLlatines (GRAAL). Barcelona, España.

Universidad Autónoma de Barcelona. España.

^{III} Universidad Internacional del Ecuador. Quito Ecuador

Grups de Recerca d'Amèrica i ÀfricaLlatines (GRAAL). Barcelona, España.

RESUMEN

Objetivo: analizar los indicadores de la distribución por sexo de profesionales médicos en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador y en estudiantes de medicina de universidades públicas y privadas y su implicación en la planificación del recurso humano en salud.

Métodos: diseño transversal a partir de dos bases de datos: a) profesionales médicos del Ministerio de Salud Pública período 2008-2012, b) estudiantes de las 21 facultades ecuatorianas de medicina, cohortes 2000-2013. La descripción se realizó con proporciones y con intervalos de confianza 95 % calculado mediante la distribución binomial.

Resultados: el Índice de Paridad por Género entre los médicos de 26 a 29 años de edad que ingresaron al ministerio en el 2008 fue 2,36 y en el 2012 fue 1,41. La presencia de vacantes entre el 2008 al 2012 se incrementó en 6,1 veces. Entre los estudiantes de medicina que ingresaron en el 2008 el Índice de Paridad por Género fue 1,37 en las universidades públicas y 1,42 en las privadas, mientras que el índice de los estudiantes que se graduaron al terminar la carrera en las universidades públicas fue 1,02 y en las privadas 0,63.

Conclusiones: el Índice de Paridad por Género en el grupo de los profesionales médicos para el 2012 es menor que en el 2008. Aunque ingresan más mujeres que hombres a estudiar medicina, el número de mujeres que se gradúan es menor. Las políticas de recursos humanos en salud requieren tomar en cuenta la perspectiva de género para afianzar el Buen Vivir.

Palabras clave: profesión médica, índice de paridad por género, Ecuador.

ABSTRACT

Objective: to describe indicators of distribution by gender of medical doctors working in the Ecuadorian Ministry of Public Health and of medical students at state and private universities in the country, and the implications for human resource planning.

Methods: a cross-sectional design study based on two databases: a) medical professionals working at the Ministry of Public Health from 2008 to 2012, and b) students from the twenty one medical schools in Ecuador; 2000-2013 cohorts. The description used proportions and CI95% calculated according to binomial distribution.

Results: the Gender Parity Index among doctors aged 26 to 29 years, who started working for the Ministry of Health in 2008 was 2.36, and in 2012 was 1.41. The amount of vacancies from 2008 to 2012 increased 6.1 times. Among the medical students who started in 2008, the Gender Parity Index was 1.37 in public schools and 1.42 in private schools whereas this index was 1.02 for students who graduated from public universities in that same year and 0.63 for those of private universities.

Conclusions: the Gender Parity Index of the medical professionals at the Ministry of Health in 2012 was lower than that of 2008. Although more women begin the medical studies than men, the number of women who graduate is lower than that of men. Human resource policy in public health must take into consideration the gender perspective in line with the Andean philosophy of Good Living.

Keywords: medical profession, Gender Parity Index, Ecuador.

⁵⁹ Bedoya Vaca Rita del Carmen, Martín Mateo Miguel, Romero Sandoval Natalia. Índice de Paridad por Género y sus implicaciones en la inserción laboral pública en Ecuador. Rev. cub. salud pública [Internet]. 2014 Sep [cited 2015 Aug 17]; 40(3): 345-352. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300004&Ing=en.

INTRODUCCIÓN

La presencia de hombres y mujeres en el contexto universitario en el marco de equidad, inclusión y la redistribución de plazas de trabajo tiene en gran parte de los países del mundo un avance cuantitativo paralelo al desarrollo de políticas inclusivas de género. En términos generales en el siglo XXI se observa un mayor número de mujeres que acceden a la formación universitaria y a la docencia, sin embargo, el mayor número no garantiza que las mujeres tengan la posibilidad de desarrollar todas sus capacidades tanto en el ámbito universitario como fuera de este.¹

En los países desarrollados así como en Latinoamérica todavía existe la idea dominante de que las mujeres pueden realizar mejor las labores de cuidado y que optan por carreras universitarias afines a esta acción.² Por otro lado, los varones continúan interesándose en estudiar medicina, sin embargo, los requisitos de admisión que exigen un buen rendimiento en la formación de los estudios secundarios parecería que favorece a las mujeres en la inserción a estas carreras por obtener mejores calificaciones en la formación secundaria.^{3,4}

La mayor presencia de profesionales mujeres podría incidir en los aspectos administrativos del trabajo, como por ejemplo la forma en que se deben organizar las jornadas laborales, pues se debe considerar que la función laboral que desempeñan la mujer y el hombre debe estar articulada con sus funciones de reproducción y cuidado de la familia.⁵⁻⁷ Además del aumento del número de mujeres que estudian medicina, tanto en pregrado como en posgrado se ha registrado una tendencia en ellas en escoger especialidades en las que no se requiera realizar guardias nocturnas.⁸

En Ecuador se enfrenta la falta de información respecto a datos que cuantifiquen la situación de la educación superior de manera general y de la distribución por género, como uno de los elementos para el análisis de la oferta laboral, la equidad y el desarrollo de políticas de igualdad; apenas en los cinco últimos años se cuenta con información básica del Sistema de Educación Superior.⁹ El vacío de la información ha sido constante de tal manera que en estadísticas mundiales, por ejemplo, en el informe Diversidad Cultural e Interculturalidad en Educación Superior en América Latina y el Caribe (UNESCO-IESALC) de 2009, Ecuador no registró datos sobre el número ni el género de estudiantes que se encontraban en sus Instituciones de Educación Superior.¹⁰

Esta falta de información empieza a eliminarse en el marco del proceso constituyente abierto en Ecuador en el 2007 y, específicamente con la declaración de la nueva Constitución 2008,¹¹ que rompe con la orientación mercantilista de la Educación Superior ecuatoriana al considerarla como un "bien público" y un "derecho humano". Esta nueva visión, en consonancia con las conceptualizaciones hechas a nivel internacional, lleva a la constitución de organismos como la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENESCYT) y el Consejo de Educación Superior (CES) que, entre otras funciones tiene la de recopilar información que permita la planificación de la Educación Superior.¹²

En Ecuador, país de 14 306 876 millones de habitantes según el VII Censo de población y vivienda 2010, para el 2013 existen 51 universidades, de las cuales, 55 % recibe financiamiento del estado.¹³ Para el 2010, 21 universidades ofertan la carrera de medicina, de las cuales 47,6 % son públicas, en este mismo año están matriculados 27 392 estudiantes en la carrera de medicina. Por otro lado, la planificación de la oferta laboral en salud forma parte del rol rector del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP), así como la generación de nuevas plazas de trabajo; la legislación del trabajo es rol del Ministerio de Relaciones Laborales.

Un indicador utilizado para analizar la equidad entre géneros en la Educación Superior es el Índice de Paridad por Género (IPG), cociente entre el número de mujeres y el de hombres. A nivel mundial se estima que para el 2008 estuvo en 1,08, para América Latina fue 1,3. El indicador es útil para medir el avance hacia la paridad entre géneros.⁹

Para asegurar la equidad de género en la construcción de las políticas públicas sanitarias, en la formación del recurso humano y en las estrategias de inserción laboral, se requiere entender cómo el mayor número de mujeres involucradas en la carrera de medicina incide en la inserción laboral en el sistema público.

El objetivo de este trabajo es analizar los indicadores de la distribución por sexo de profesionales médicos en el MSP y en estudiantes de medicina en universidades públicas y privadas así como el número de puestos de trabajo ofertados en salud y su implicación en la planificación del recurso humano en salud.

MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal a partir de fuentes secundarias de tipo censal.

POBLACIÓN

La incluida en la base de datos de los profesionales de la salud del MSP de 2008 y de 2012, de la cual se analizó el quinquenio 25 a 30 años de edad, considerada como la franja de entrada, de tal manera que los datos que se compararon fueran independientes. La segunda base nacional aportó la población de estudiantes de pregrado de medicina desde el 2000 al 2013, base de datos disponible en el Observatorio de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, sede

Ecuador; estos datos se organizaron para analizar la cohorte de ingreso en el 2000 y egreso en el 2005, tiempo promedio en el que se completa la carrera de medicina.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se calculó el IPG para cada grupo poblacional estudiado, las variables se describen con proporciones y se infirió el IC_{95%} calculado de manera exacta a través de la distribución binomial.

ASPECTO ÉTICOS

Se aprobó el protocolo de la investigación en el MSP y la autorización escrita para el uso de las bases de datos.

RESULTADOS

Entre los funcionarios del MSP de 25 a 30 años en el 2008 se encontraron 333 personas, de las cuales 234 (70,0 %) eran mujeres, el IPG fue 2,36 (IC_{95%} 1,89-3,03). En el 2012 se registraron para el mismo grupo de edad 1 222 (58,0 %) mujeres y el IPG fue 1,41 (IC_{95%} 1,29-1,54). Las plazas de trabajo ofertadas y no cubiertas (vacantes) en el 2008 fueron 144 de 8 192 existentes (1,8 %) y en el 2012 fueron 1 178 de 10 740 (11,0 %). Si bien hubo un incremento en la oferta de plazas de 1,3 veces entre el 2008 y el 2012, el incremento de plazas no cubiertas fue de 6,1 veces más ([tabla 1](#)).

Los estudiantes al ingreso a la carrera de medicina, en la universidad pública, en la cohorte 2008 eran 5 853 mujeres y 4 276 hombres (IPG 1,37) y 2 357 mujeres y 1 655 hombres (IPG 1,42) en la universidad privada. El IPG de egreso para esta misma cohorte, es decir, los que se graduaron en el 2013 eran 705 mujeres y 673 hombres (IPG 1,02) en la universidad pública y 223 mujeres y 356 hombres (IPG 0,63) en la universidad privada ([tabla 2](#)).

DISCUSIÓN

De acuerdo a lo declarado en los Objetivos del Milenio propuesto por las Naciones Unidas, el IPG equitativo está entre 0,97 y 1. En este estudio se encontró que el IPG en los funcionarios/os del MSP en la franja de población de 25 a 30 años en 2008 y 2012 fue 2,36 y 1,41, respectivamente; estos datos muestran que del 2008 al 2012 aunque siguen siendo más mujeres que hombres en el valor absoluto, para el 2012 el número de mujeres profesionales insertadas en el MSP disminuyó.

Por otro lado, si se observa el comportamiento de las plazas vacantes en el 2012 respecto al 2008, aumentó 6,1 veces; es decir, para el 2012 aunque existen más plazas laborales en oferta, estas no se llenan. Al analizar el IPG se podría plantear que principalmente las mujeres jóvenes no se interesan en trabajar en el MSP.

La normativa creada a partir de la Constitución de 2008 permite que en Ecuador se inicie un sistema de Educación Superior basado en la igualdad de oportunidades, que consiste en garantizar que todos los estudiantes tengan las mismas posibilidades en el acceso, movilidad, permanencia y egreso del Sistema de Educación Superior sin que exista discriminación de género, credo, orientación sexual, etnia, cultura, preferencia política, condición socioeconómica o discapacidad, considerando una pauta distributiva basada en el mérito. Este sistema de Educación Superior se afianza en los conceptos del Buen Vivir que plantean un nuevo paradigma que busca la potenciación de las cualidades humanas que finalmente nos permita vivir bien en vez de vivir mejor.¹²

Un estudio ecuatoriano del 2008 muestra que de 44 824 graduados/as universitarios de todas las carreras, el 60 % son mujeres. En este mismo año la diferencia en el rendimiento académico entre mujeres y hombres es de 20 puntos a favor de las mujeres. Este estudio no particulariza la información por profesiones.⁹

El IPG de los estudiantes de medicina al 2008, que ingresaron tanto a universidades públicas como privadas mostró que hay más mujeres que hombres (IPG 1,37 y 1,42, respectivamente) y seis años después, en promedio, se graduaron más hombres que mujeres (IPG 1,02 y 0,63 respectivamente). Para América Latina, el IPG para el 2009 es de 1,3 para los graduados universitarios, sin estratificar por profesiones.⁹

Por otro lado, el IPG de los/las estudiantes de medicina muestra que si bien ingresan a estudiar la carrera más mujeres que hombres, se gradúan más hombres que mujeres o lo hacen en igual número, lo que demuestra el "efecto tijeras" registrado en otros estudios tanto en países desarrollados como en América latina, este efecto describe la manera en que se va recortando la pirámide profesional universitaria.¹⁴⁻¹⁶

La importancia de analizar la distribución por sexo de los estudiantes de medicina y de los funcionarios jóvenes que se insertan en el sistema público es de vital importancia en este momento en que Ecuador enfrenta una política de fortalecimiento social y ampliación de la infraestructura y cobertura en salud que exige ampliar el número de profesionales que se inserten en este sistema. El supuesto de que existen más mujeres estudiando y graduándose de médicas, contrasta con el hecho que no se cubren las plazas de trabajo en el sistema sanitario público de Ecuador.

En este estudio constituyeron limitaciones, el análisis de las bases del MSP y no las de otras instituciones que forman parte del sistema público en el país, además, el no contar con información histórica que permitiera demostrar los cambios en la inserción de la mujer en la formación médica, implica que las conclusiones podrían variar.

Finalmente, los datos de este estudio demuestran la necesidad de buscar las explicaciones que den cuenta de por qué más mujeres que hombres ingresan a estudiar medicina pero no se mantiene la relación en la condición de egreso de la facultad, que aclaren las razones por las que los profesionales jóvenes médicos deciden no insertarse en la función pública y que condiciones de género influyen esta decisión.

Se recomienda analizar el discurso de los actores del sistema sanitario sobre el constructo de género en la profesión médica y el ejercicio profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho MEP de, Montané A. Diálogo sobre género: justicia, equidad y políticas de igualdad en educación superior (Brasil y España). Rev. Lusófona Educ. 2012; 21(21):97120.
2. Andrada MJ, Esper DA, Leticia C. Análisis de las tendencias en la matriculación, financiamiento y finalización de los estudios de nivel superior en América latina. Prax Investig ReDIE. 2011 [citado 6 Ago. 2013]; 3(4). Disponible en: <http://www.redie.mx/librosyrevistas/revistas/praxisinv04.pdf#page=28>
3. Brunner JJ. La idea de universidad en tiempos de masificación. Rev. Iberoam Educ Super. 2012 [citado 6 Ago. 2013]; 3(7). Disponible en: <http://www.ries.universia.net/index.php/ries/article/viewArticle/228>
4. Bugarín Olvera R. Educación superior en América Latina y el proceso de Bolonia: alcances y desafíos. Rev. Mex Orientación Educ. 2009; 6(16):508.
5. Ramírez R, Minteguiada A. Transformaciones en la Educación Superior Ecuatoriana: Antecedentes y perspectivas futuras como consecuencias de la nueva constitución política. Educ Super Soc. 2010; 15(1):12954.
6. Knaul F, Nigenda G, Aguilar A. Desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería en México. Las Políticas Acción. Caleidosc Salud Investig. 2003:12534.
7. Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Ecuador: Fundación Alternativas; 2006 [citado 9 Ago. 2013]. Disponible en: http://www.fundacionalternativas.org/revistas/revista_10/revista_10_01/revista_10_01_01.pdf
8. Arrizabalaga P, Bruguera M. Feminización y ejercicio de la medicina. Diagnóstico. 2009; 104:41.
9. Charvet ÉS, de Cultura M. Feminización estudiantil y masculinización docente en la universidad ecuatoriana. La Universidad. 2010; 125:10-5.
10. Mato D. Instituciones Interculturales de Educación Superior en América Latina. Procesos de construcción, logros, innovaciones y desafíos. París: UNESCO, IESALC; 2009 [citado 5 Ago. 2013]. Disponible en: <http://www.dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/547>
11. Del Ecuador AC, Constitucional t. Constitución de la República del Ecuador. 2008 [citado 21 Ago. 2013]; 21. Disponible en: <http://www.02a045b.netsohost.com/legislacion/normativa/leyes/constitucion2008.pdf>
12. Plan Nacional para el Buen Vivir - Un Cambio de Paradigma. [Citado 31 Ago. 2013]. Disponible en: <http://www.plan.senplades.gob.ec/web/guest/un-cambio-de-paradigma>
13. Rojas JE. Reforma universitaria en el Ecuador. Etapa de transición. Innov Educ. 2011; 11(57):5967.
14. Luque AG. Viejos retos y nuevas realidades de las mujeres en la educación superior. La Universidad. 2010 [citado 29 Dic. 2013]. Disponible en: <http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2010/edu1003.pdf>