



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Escuela Profesional de Sociología**

**Ejercicio profesional de las mujeres en el campo de la  
medicina humana en Lima Metropolitana**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Sociología

**AUTOR**

Luis Arturo ROMERO GRANADOS

**ASESOR**

Dr. Jaime Rodolfo RÍOS BURGA

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Romero, L. (2018). *Ejercicio profesional de las mujeres en el campo de la medicina humana en Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela Profesional de Sociología]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Luis Arturo Romero Granados
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46151863
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-0354-8157">https://orcid.org/0000-0002-0354-8157</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Jaime Rodolfo Ríos Burga
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10135188
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-5950-6688">https://orcid.org/0000-0001-5950-6688</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	César Armando Germana Cavero
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09161970
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	María Isabel Sulema Loayza Alatrística
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08205960
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	E.4.11.1. Sociedad, Ciencia, Tecnología e Innovación
Grupo de investigación	Red de Investigación para la Acción Sostenible

Agencia de financiamiento	Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vicerrectorado de Investigación y Posgrado. Programa de Promoción de Tesis de Pregrado, con la R.R. N° 00842-R-160001 y código 161501057
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima Metropolitana Calle: Jirón Ancash N° 1271 Latitud: -12.04559 Longitud: -77.01617
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2017-2018
URL de disciplinas OCDE	Sociología: <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.04.01">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.04.01</a>

**ACTA PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA**

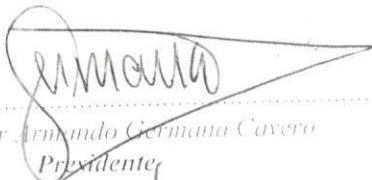
En Lima a los veinticinco días del mes de julio del dos mil dieciocho, reunidos en el Salón de Grados de la Facultad de Ciencias Sociales, bajo la presidencia del Dr. César Germana Cavero y con la asistencia de los miembros del Jurado y del Vicedecano Académico de la Facultad, se dio inicio a la sustentación de la Tesis presentada por el Bachiller Luis Arturo Romero Granados, para optar el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA titulada:

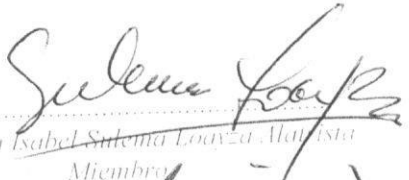
**“ EJERCICIO PROFESIONAL DE LAS MUJERES EN EL CAMPO DE LA MEDICINA HUMANA EN LIMA METROPOLITANA ”**

A continuación se formularon las preguntas y observaciones por parte de los miembros del Jurado. Luego de absueltas, el Jurado procedió a calificar la exposición de la Tesis obteniendo la nota:

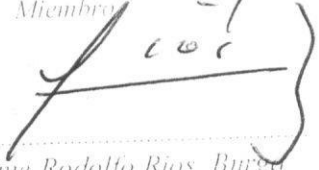
18 Sobresaliente


El Jurado, de conformidad al Reglamento General de Grados y Títulos de la Facultad, acordó otorgar al Bachiller LUIS ARTURO ROMERO GRANADOS el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA y para dar constancia se extendió la presente Acta y firmaron:

  
Dr. César Armando Germana Cavero  
Presidente

  
Dra. María Isabel Salema Loayza Alarista  
Miembro

  
Dr. Julio Víctor Mejía Navarrete  
Miembro

  
Dr. Jaime Rodolfo Ríos Burgo  
Asesor

  
Dr. Francisco Felipe Quiroz Chueca  
Vicedecano Académico (e)



### CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo JAIME RODOLFO RIOS BURGA en mi condición de asesor acreditado con la Resolución Decanal N° Resolución Decanal N° 000091-2024-D-FCCSS/UNMSM de la tesis/monografía/informe de investigación/trabajo académico, cuyo título es **“EJERCICIO PROFESIONAL DE LAS MUJERES EN EL CAMPO DE LA MEDICINA HUMANA EN LIMA METROPOLITANA”** presentado por el bachiller **Luis Arturo ROMERO GRANADOS**, para optar el título profesional de Licenciado en Sociología, CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual Turnitin. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **11 %** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su entrega y publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado/ título/ especialidad correspondiente de Licenciatura.

Firma del Asesor:



DNI: 10135188

Nombres y apellidos del asesor:

Dr. Jaime Roodolfo Rios Burga

A Ana María, mi madre y a mi hermana Ángeles

Compañeras en la adversidad... íntimas cómplices en mi trabajo.

A la memoria de mi padre Luis, quien, tras luces y sombras, navega en mis buenos recuerdos.

“Es la adversidad y el modo en que la afrontamos, la que nos da ocasión de forjar nuestra personalidad, la que nos ayudará a desarrollar lo mejor de nosotros mismos. No nos engañemos, la felicidad no existe como estado, es la suma de momentos mágicos, a veces tan simples como la sonrisa de un niño, la contemplación de un bello paisaje, una caricia, la belleza de una obra de arte, una sublime puesta de sol, la leal mirada que nos regala un perro, el perfume de una flor, el sabor de un beso... Esa colección de momentos constituye el álbum particular de nuestra felicidad personal, y lástima de aquellos que no los saben conservar en la memoria, o en la retina. El resto es la adversidad declinada de mil maneras.”

“Mujeres ante la adversidad: tiempos y contratiempos”

Ministerio Español de Educación, Cultura y Deporte

“La investigación CTS (Ciencia, Tecnología y Sociedad) estimula el compromiso público en la toma de decisiones, ayuda a construir escenarios de futuros alternativos bajo condiciones de información incompleta, a mejorar la comprensión de los impactos sociales de la explotación de la cooperación entre diferentes grupos de interés. De esta forma, los investigadores del campo CTS ayudan a los tomadores de decisiones y al público a entender las implicaciones de los cambios tecnocientíficos del presente y apoyan en el desarrollo de soluciones más justas y equitativas frente a los desafíos actuales del mundo en transformación.”

Pablo Kreimer, Hebe Vessuri, Léa Vehlo y Antonio Arellano

“Perspectivas latinoamericanas en el estudio social de la  
ciencia, la tecnología y la sociedad”

<b>Contenido</b>	
<b>Resumen</b>	6
<b>Abstract</b>	7
<b>Agradecimientos</b>	8
<b>Introducción</b>	9
<b>Capítulo 1. Diseño de investigación</b>	11
1.1. Problema de investigación	11
1.2. Objeto de estudio	11
1.3. Objetivos	12
1.4. Preguntas de investigación	12
1.5. Hipótesis	13
1.6. Metodología	13
<b>Capítulo 2. Marco teórico: revisión y modelo conceptual</b>	15
2.1. La ciencia del género	15
2.2. La ciencia de la ciencia	18
2.3. El género ausente: problema y posibilidad	28
El género en la ciencia	28
2.4. Género en la ciencia biomédica	30
2.5. Cara y cruz: Adversidad de género en la ciencia, género en la ciencia de la adversidad	32
<b>Capítulo 3. Marco contextual para el análisis</b>	34
3.1. Institucionalización de la medicina: constitución y feminización	34
3.2. La ciencia médica en el Perú: ¿Incorporación o retorno?	37
<b>Capítulo 4. Resultados</b>	40
4.1. Nociones de “género” y “sexo”	40
5.2. La formación en la especialidad médica humana	43
5.3. Significados que delimitan la elección de la medicina como profesión	46
5.4. Visiones sobre el desempeño del ejercicio profesional médico	49
5.5. Pros y contras: entre el sector público y el sector privado	54
<b>Capítulo 6. Discusión y análisis</b>	66
6.1. Nociones de género, sexo y feminización	66
6.2. Nociones sobre nocions de “formación de la profesión médica”	68

6.3. Delimitación en el proceso de elegir la especialidad médica	70
6.4. Perceptos de “ejercicio profesional médico”	73
<b>Capítulo 7. Conclusiones</b>	<b>78</b>
<b>Referencias</b>	<b>81</b>
<b>Anexos</b>	<b>84</b>

## Resumen

La feminización de la sociedad es un fenómeno global. Uno de los espacios en que se ha mostrado es en la ciencia médica. En el Perú, se manifiesta en que la cantidad de egresadas pertenecientes al género femenino supera en número a los que representan al género masculino, lo cual es visible en varios espacios de formación, tal como viene a ser el caso de las profesiones médicas que corresponden a los centros de salud; sin embargo, en comparación a aquellos que ejercen cargos de representación e investigación, resulta ser doblemente adversa, visualizando de esta manera las condiciones de las débiles instituciones científicas y, del otro lado, la condición en el que viven las mujeres en general.

Este estudio toma como caso al Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (2005-2014). Fue ejecutado bajo la propuesta de teoría de campo científico de Bourdieu (2002), la reciente incorporación de género a los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, y desde una propuesta local a la que podemos denominar perspectiva de las ciencias de la adversidad (Cueto 2005, Zárate 2015). Por medio de entrevistas a profundidad semiestructuradas, se procedió a recoger las percepciones sobre la trayectoria personal que tuvieron, tanto hombres y mujeres, durante su vida profesional, centrando la atención en la incorporación profesional, lo cual puso en evidencia la desigualdad y las escasas oportunidades para asumir cargos de toma de posición en espacios de decisión, representación e investigación con el que cuentan las mujeres. Producto de lo cual, se ha hallado que nuestro medio institucional científico limita su desarrollo profesional. Opera una segregación horizontal que se evidencia entre compañeros del oficio, y una segregación vertical por parte de médicos que ocupan puestos de decisión y representación.

**Palabras clave:** medicina, género, doble adversidad, educación superior

## Abstract

The feminization of society is a worldwide phenomenon. One of the areas in which it has been shown is in medical science. In Peru, it is expressed in the fact that the number of female graduates is greater than that of male graduates in several training centers, as well as in a greater number of doctors in the corresponding health institutions, however, in positions of representation and research, that situation and favorable trend is apparent and doubly adverse, because on the one hand, we have weak scientific institutions and, on the other, the condition and vision of women, in general.

This study takes as a case the National Institute of Neurological Sciences (2005-2014). It was realized under the theoretical proposal of scientific field of Bourdieu (2002), the recent incorporation of gender to the social studies of science and technology, and from a local proposal to which we can denominate perspective of the sciences of the adversity (Cueto 2005, Zárate 2015). Through semi-structured in-depth interviews, the perception of their own trajectories of professionals, men and women, is gathered, paying more attention to their incorporation and professional exercise, where women, as they advance, are becoming less and less likely to take part in a position of decision, representation and research spaces. Product of which it has been found that our scientific institutional environment limits their professional development. There, exists a horizontal segregation that occurs between peers, and a vertical segregation by colleagues who occupy positions of decision and representation.

**Keywords:** medicine, gender, double adversity, higher education

## **Agradecimientos**

Esta tesis debe sus inicios, respaldo, empuje y conclusión a mi asesor y amigo, Jaime Ríos Burga, quien me brindó las mejores recomendaciones y consejos en la investigación. De igual forma, agradezco a César Germaná, Sulema Loayza y a Julio Mejía, por el esmero en proveerme sugerencias para el enriquecimiento del contenido de esta tesis, al brindarme una pertinente bibliografía y enfoques. Agradezco a las y los neurólogos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas que colaboraron con sus valiosas experiencias y testimonios para este estudio cualitativo. Agradezco a Sebastián Zárate, Fernando Rivera, Josué Medina, José Castro, Jorge Tuanama, Guillermo Salvatierra, amigos y socios de Sidereus Nuncius, Comunidad Peruana de Ciencia, Tecnología y Sociedad, quienes estimularon el desarrollo y término de la tesis.

Agradezco también a Arturo Huaytalla, compañero de “base 2008” de sociología, quien siempre insistió en concluir la etapa del pregrado con una tesis; a Juan Manuel Espinoza, gran amigo en el camino de las artes y las ciencias; a María Luisa Aguilar Hurtado, primera astrónoma peruana, entre varones y mujeres, quien, actualmente, no se encuentra con nosotros, pero siempre animó mi interés por la sociología de la ciencia; al Seminario Permanente de Astronomía y Ciencias Espaciales (SPACE); a Víctor Vera y Teófilo Vargas, que conocieron a la “profa” y siguen participando en acercar las ciencias a la vida social y a las artes.

Mis agradecimientos a mi familia: sin su apoyo e inspiración cotidiana, la tesis no se hubiese podido sostener hasta su finalización.

## **Introducción**

En estos últimos cinco años, ha crecido un especial interés por los estudios de género vinculados a la formación profesional femenina. El Estado peruano, a través del Concytec, en los últimos cuatro años, ha puesto en marcha el desarrollo de proyectos breves y medianos sobre las mujeres en la ciencia. Desde el año 2015, la Academia Nacional de Ciencias ha venido desarrollando una serie de talleres macroregionales para difundir la importancia del papel de la mujer en el avance de la ciencia.

Esta tesis está enfocada en el estudio del ejercicio profesional de las mujeres en el espacio de la medicina humana en Lima Metropolitana, en el caso de las y los profesionales del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

El objetivo principal de la tesis es identificar y caracterizar las maneras en que las mujeres realizan su ejercicio profesional en el campo médico en Lima Metropolitana, a través del empleo una metodología cualitativa: revisión documental y entrevistas semiestructuradas. Las entrevistas semiestructuradas indagan los testimonios de mujeres y varones profesionales en medicina humana en pleno ejercicio profesional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, tanto en el sector público como privado. Asimismo, este estudio se basa en la revisión documental de la bibliografía local e internacional en ciencia, tecnología y género, como también sobre la situación de los y las profesionales de la medicina en la región.

Dentro de las principales conclusiones, podemos mencionar que el ejercicio profesional femenino en el sector público, el grupo etario investigado, ha decrecido; pero, se ha incrementado la oferta laboral, al tiempo que no ha sido satisfecho. Así, las visiones sobre las nociones de “sexo”, “género” y “feminización” fueron diferentes entre los diversos profesionales. Por ejemplo, los médicos entrevistados no cuentan con lucidez con respecto a

esos términos, por otro lado, las mujeres si tienen claridad en lo referido a estas nociones. Asimismo, el hecho de estudiar la carrera de medicina en el país se vincula al idealismo que predomina a inicios de la vida civil, pues allí se manifiesta la influencia cultural que ejercen los padres, es este sentido, las y los entrevistados refirieron que se dejaron llevar por la vocación de servicio y al ejemplo que pregonaban sus padres o familiares que habían seguido el camino de la medicina como especialidad remunerable. Adicionalmente, las médicas padecen segregación horizontal y vertical en sus centros de trabajo, pues aun para el ingreso como tratantes, era necesario contar con contundentes mentorías, caso contrario, deberían conocer con antelación que, en ciertas especialidades, los pacientes no van optar por sus servicios, lo cual les evidencia las restricciones que tienen para incorporarse al mercado laboral.

# **Capítulo 1. Diseño de investigación**

## **1.1. Problema de investigación**

Actualmente vivimos en una profunda y creciente feminización a nivel global, de una escalada numérica y que se ha hecho más notoria la visibilización de las mujeres en diferentes entornos. Estamos apreciando constantemente cómo es que las mujeres están siendo mejor visibilizadas en los diferentes entornos de los que anteriormente habían sido desplazadas, así como también de la preocupación pública y académica que ha considerado este tema de importancia, colocándolo en las principales agendas. Es claro el ejemplo de lo que sucedió entre el siglo XIV y XX, pues se evidenció el desplazamiento de las mujeres de ámbitos donde posteriormente los varones fueron apropiándose, como son los del cuidado y la salud. En lo concerniente a la especialidad de Medicina en nuestro país, el proceso de feminización se dio a conocer por los resultados en cuanto a la cantidad de egresadas mujeres que superaron a la cantidad de egresados del género opuesto, en una mayor cantidad de médicas en las correspondientes instituciones sanitarias, no obstante, en rubros de representación y de investigación, esa situación y tendencia favorable resulta aparente y más aún adversa, doblemente adversa, pues por un lado tenemos unas débiles instituciones científicas y, por el otro, la visión y condición que viven las mujeres, en general, en nuestro medio, restringen el desarrollo científico y profesional.

## **1.2. Objeto de estudio**

La manera (tipos, estrategias y mecanismos) en que las mujeres hacen frente a su ejercicio profesional en el campo médico, o bien para adaptarse, es mantenerse vigentes, o posicionarse, principalmente de forma académica, en el campo médico peruano, en Lima Metropolitana. Para ello, es indispensable comprender el papel que juegan las redes sociales

de cooperación y colaboración científica, o su ausencia, el carácter individualista o individualizado de la investigación científica, y los impedimentos de carácter estructural que desincentivan la actividad científica en el Perú.

### **1.3. Objetivos**

#### *General*

Identificar y caracterizar las maneras en que las mujeres realizan su ejercicio profesional en el campo médico en Lima Metropolitana.

#### *Específicos*

- i. Identificar y caracterizar las motivaciones vocacionales y actitudinales de las y los profesionales en medicina humana
- ii. Identificar y caracterizar los modos que se desempeñan en la investigación, la atención a los pacientes y en sus roles de representación de las y los médicos
- iii. Identificar y caracterizar sus estrategias individuales y/o colectivas frente a la adversidad del campo médico
- iv. Identificar y caracterizar los factores institucionales que condicionan o limitan la participación de las mujeres en el campo de la medicina peruana

### **1.4. Preguntas de investigación**

#### *General*

¿Cómo las médicas se enfrentan al escenario adverso del campo médico de Lima metropolitana?

#### *Específicas*

- i. ¿Cuáles son los modos de enfrentarse al escenario adverso del campo médico de Lima metropolitana?

- ii. ¿Cuáles son las estrategias que emplean al enfrentarse al escenario adverso del campo médico de Lima metropolitana?
- iii. ¿Cuáles son los mecanismos que presentan en ese escenario adverso del campo médico de Lima Metropolitana?
- iv. ¿Cuáles son los factores institucionales que condicionan o las limitan a las mujeres en el campo médico de Lima metropolitana?

### **1.5. Hipótesis**

El ejercicio profesional de las mujeres en el campo de la medicina humana en Lima Metropolitana es doblemente adverso, por un lado, el limitado acceso a las mujeres en puesto de tomas de decisión y representación, la poca oportunidad en la participación en la investigación, y la atención en relación al paciente, muchas veces bajo las jefaturas masculinas. Por otro lado, las mujeres enfrentan un escenario en que la ciencia no tiene una fuerte y declarada política pública que contribuya a su desarrollo. Al lado del presupuesto y la voluntad política, han hecho que este escenario sea poco favorable expresado en pocos incentivos en la investigación, reducida infraestructura constituya a que el campo científico peruano no sea favorable, en una ciencia de frontera como la medicina. No obstante, se observa la tendencia de apertura de oportunidades de desarrollo profesional y de cambio de cultura de género en lo profesional.

### **1.6. Metodología**

La presente investigación emplea una metodología cualitativa. Se indagan los testimonios de mujeres y varones profesionales en medicina humana en pleno ejercicio profesional, tanto en el sector público como privado, a través de entrevistas semiestructuradas. Asimismo, este

estudio se basa en la revisión documental de la bibliografía local e internacional en ciencia, tecnología y género, como también sobre la situación de los y las profesionales de la medicina de la región.

Las entrevistas han permitido documentar las experiencias, percepciones y significados del ejercicio profesional de las y los médicos humanos, en relación a las actividades de investigación y representación, así como las de maternidad y paternidad. El instrumento no recoge trayectorias, si no momentos específicos de la biografía de los entrevistados que sean pertinentes a los objetivos de la investigación. Considerando las dimensiones de este trabajo de investigación se decidió llevar a cabo un estudio de caso: 12 profesionales en cargos de representación del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas provenientes de diferentes centros de formación, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad Nacional Federico Villareal. La determinación de esta muestra cualitativa se dio por el encuentro del punto de saturación de la información proporcionada y que este estudio creyó suficiente, sumado al dificultoso proceso de concertar con los entrevistados un tiempo en su recargada agenda.

## Capítulo 2. Marco teórico: revisión y modelo conceptual

### 2.1. La ciencia del género

Según Espinar-Ruiz (2003), los estudios de género tienen una historia que data de la primera mitad del siglo XX, ligada al resurgimiento del propio movimiento feminista en los años 60 y 70, especialmente en Inglaterra y Estados Unidos (p. 23).

Pero lo que hoy entendemos como “estudios de género”, antes se denominaba estudios de las mujeres. Sus orígenes se fundan en la universidad, como una expresión intelectual por identificar los movimientos emprendidos por mujeres y por democratizar el espacio académico, donde se sentían excluidas (Bellucci, 1992, p. 27). A decir de Belluci (1992), el despegue de estos estudios fue desde 1960, en el contexto de la emergencia del movimiento feminista, fue iniciado con las primeras investigaciones y programas académicos sobre discriminación (p. 28). El afianzamiento de los estudios de las mujeres creció aparejado de la expansión del movimiento feminista.

Los estudios de la mujer comenzaron a cuestionar la tradición científica como androcéntrica, limitada en comprender una realidad compuesta de mujeres y varones, y de valores y estereotipos masculinos dominantes (Espinar-Ruiz, 2003, p. 26). En la década de los setenta, la polémica se centró en la problemática del “patriarcado”. Para un amplio número de mujeres, patriarcado era el “poder masculino sobre las mujeres, quedando estas subordinadas al mismo” (Millet, 1970); noción que fuera extraída de la propuesta teórica de Max Weber. En décadas posteriores, esta perspectiva del patriarcado sería fuertemente criticada por su aplicación universalista, ambigua y ahistórica (Fernández, 1998, p. 80). En los años ochenta, el debate giró alrededor de la conceptualización de la noción de “género”. Desde el feminismo anglosajón, “*genre*” era empleado como “instrumento de análisis de las ciencias

sociales y herramienta movilizadora de la práctica política”. Así, se comenzó a diferenciar “sexo” de “género”, sentando las bases de la diferenciación entre los aspectos biológicos de los psicológicos y sociales del ser humano. De esta manera, el aporte de estos años sería la atribución simbólica en la actividad humana a partir de asumir socialmente las diferencias sexuales. Por ejemplo, para Barbieri (1992) y Rubín (1986), el “género” sería el sexo socialmente construido. Mientras que la noción de “patriarcado” fue perdiendo aceptación, la de “género” fue consolidándose, no sin resistencias, en la década de los noventa. En este decenio, desde diversas ciencias sociales, se empezaron a demarcar y diferenciar los estudios feministas de los estudios de género, y a precisar la profundidad en la investigación de las relaciones de género donde la mujer deje de ser sujeto especial de estudio. En este mismo rubro, Fernández (1998) señaló que el estudio de la vida cotidiana, el entrecruzamiento de etnia, clase y género, la problemática de la globalización y el desarrollo, fueron de mucha importancia en el enriquecimiento de perspectivas, metodologías, así como profundidad en el estudio de las relaciones de género.

Actualmente, se la considera como una corriente inter y multidisciplinaria con rasgos diversos en sus marcos teóricos, metodológicos e instrumentales. Según Zinnia Méndez (1988), los estudios de las mujeres en el espacio académico se pueden clasificar del siguiente modo: 1) estudios formales, donde se perfila a sentar los fundamentos; 2) estudios descriptivos, para el establecimiento de características de la realidad; 3) estudios explicativos, sobre la base de los estudios descriptivos que intentan dar explicaciones desde el aporte de una disciplina o paradigma determinado; 4) estudios interdisciplinarios, que procuran interrelacionar nociones entre disciplinas; y 5) estudios tecnológicos, aquellos que proponen cambios fundados en resultados científicos válidos. Se puede afirmar que el los estudios de la mujer nacieron cuestionando el conocimiento científico, es decir, el género y

la ciencia estuvieron interrelacionados, tanto en la academia como en el movimiento feminista.

Ahora bien, dentro el feminismo, a lo largo de su historia, se desarrollaron dos vertientes principales. El feminismo de la igualdad, que básicamente se centra en destacar la importancia del carácter sociocultural de las diferencias de género, y por otro lado, se tiene el feminismo de la diferencia, que observa las necesidades estructurales de cambios mas allá de la igualdad de derechos, reconociendo las diferencias existentes entre el género masculino y femenino con el ánimo de modificación de estructuras. (Espinar-Ruiz, 2003, p. 23)

Los estudios de género giran alrededor de las diferencias de los términos sexo y género. La historia de esta diferenciación se remonta a Simone de Beauvoir. En 1949, ella ponía las bases de lo que posteriormente daría lugar a la idea de “género”, al afirmar que “una mujer no nace, sino que se hace” (Espinar-Ruiz, 2003, p. 24).

Asimismo, la ciencia del género ha estado orientada desde dos vertientes. Las científicas, que han tenido conciencia de su diferencia en el medio académico, su inferioridad en la práctica científica y en su estatuto epistémico. De otro lado, la vertiente que parte de las mismas militantes que descubrieron en el camino otros espacios, no solo políticos, sino también en el campo de la ciencia y la academia. En este contexto, la crítica feminista se enfrentó con el determinismo biológico en auge, el mismo que profundizaba las diferencias sexuales en el proceso y actores del conocimiento.

Dentro del desarrollo de estos estudios, la noción de género es la noción que ha tomado mayor precisión y protagonismo hasta la actualidad. Dicha noción surgió para dar cuenta de las desigualdades entre varones y mujeres, dado que se constituyó como una explicación sobre las formas que adquieren las relaciones sociales, en superación de la noción de “patriarcado”, el cual señalaba prioritariamente la lucha contra la opresión masculina (Gamboa, 2007, p. 2).

García Cuesta (2012), desde su experiencia sociológica y personal, señala la importancia e impacto de los estudios de mujeres como la fuente de los actuales estudios de género que profundizan la problemática desde diversas perspectivas y especialidades, así:

Entre los rasgos que pueden observarse como distintivos en la actualidad de la perspectiva, destacaría varios: un fuerte sentido crítico, el eclecticismo y la interdisciplinariedad. Estos tres rasgos hacen que los estudios de género viertan unas reflexiones teóricas y metodológicas especialmente inclusivas, y poco pedantes y crípticas si las comparamos con otras producciones. (Perdomo y Puy Rodríguez, 2012, p. 72)

En ese mismo sentido, Fernández (1998), indicaría que “estas etapas históricas han sido imprescindibles para la elaboración de conocimiento sobre la situación social de las mujeres y el desarrollo de una identidad en los análisis, al respecto; significó una especie de cambio paradigmático en el seno de las ciencias sociales” (p. 90)

Si bien los estudios de género emergieron desde la crítica contra la dominación masculina en el espacio académico, la vinculación con la problemática social de ciencia y la tecnología no se visibilizaría, con preponderancia, desde fines de los años noventa, a nivel mundial; en el Perú, ingresa de la mano de las investigaciones sobre la formación académica de ingenieras de la socióloga Alizon Rodríguez.

## **2.2. La ciencia de la ciencia**

Se tuvo como precursores de las reflexiones sociales sistemáticas concernientes a la ciencia y tecnología, desde el espacio de la sociología, lo constituyen las investigaciones hechas por Robert K. Merton, en Estados Unidos, y Karl Mannheim, en Alemania; desde el lado de la historia, próxima a la filosofía de la ciencia, se tiene a Alexander Koyré y a Gastón Bachelard.

Así mismo, un tercer grupo de “científicos practicantes”, tales como D. Bernal, por ejemplo, hicieron estudios relacionados al desarrollo de la ciencia y la tecnología. Pero hubo un cuarto influjo que considera la convergencia de las perspectivas sociológicas con la histórica; Thomas Kuhn sería el representante de ese estilo. (Kreimer, 2014, p. 9-10)

De acuerdo a Kreimer, la introducción de una preocupación por la ciencia y la tecnología en América Latina ocurrió desde fines de los años 50 y comienzos de los 80, periodo que estuvo caracterizado por el sentido político de los avances científicos y tecnológicos. Así, se constituirían una especie de científicos con voces militantes a favor de la institucionalización de la ciencia y la tecnología. Al principio señala que hubo dos corrientes denominadas como “Pensamiento Latinoamericano en Ciencia, Tecnología y Desarrollo”. Mientras la corriente radical, encabezada por Oscar Varsavsky, “cuestionaba al mismo tiempo el núcleo duro de la ciencia (sus prácticas, sus agendas, sus modos de financiamiento, sus métodos) y la organización de la sociedad”; la corriente moderada, sostenida por Jorge Sábato, Alberto Aráoz, Fernando Fajnzylber y Miguel Wionczek, estuvo asociada con ideas más desarrollistas. (Kreimer, 2014, p. 12)

La primera generación corresponde a los representantes del llamado Pensamiento Latinoamericano en Ciencia, Tecnología y Desarrollo; en este grupo, “algunos desarrollaron estudios más sistemáticos mientras que otros tuvieron intervenciones más ligadas a los modos de intervención”; la segunda generación se destaca “por su mayor preocupación por la institucionalización, a través de la creación de programas específicos de formación de nuevos investigadores”; la tercera generación.

<b>Generación</b>	<b>Adscripción disciplinaria</b>	<b>Institucionalidad</b>	<b>Vínculos internacionales</b>	<b>Rasgos principales</b>
Primera generación "Pioneros"	Científicos e ingenieros principalmente (algunos economistas)	Baja. En particular se trata de intentos individuales o de trabajos en instituciones no dedicadas a estudios en CTS.	Principalmente latinoamericanos facilitados por el apoyo de organismos internacionales (UNESCO/OEA/IDRC/BM).	Dimensiones políticas y originalidad en la formulación de un "Pensamiento Latinoamericano" Importante creatividad.
Segunda generación Formada principalmente en posgrados del exterior	En general en las ciencias sociales. Aquellos que tenían formación en ciencias naturales o en ingenierías, realizaron posgrados en ciencias sociales (dentro del campo CTS y economía del cambio tecnológico).	Media. Se trata de individuos que van creando grupos y espacios institucionales específicamente dedicados a desarrollar investigaciones y formación en temas de CTS.	Fuertes. Se trata de una generación que casi enteramente, se formó instituciones académicas localizadas en los países centrales, con cuyos referentes mantienen fuertes lazos de colaboración.	El énfasis "político" se va transformando (sin desaparecer por completo) en preocupaciones temáticas, teóricas y metodológicas ligadas a la conformación del campo CTS y a la formación de discípulos.
Tercera generación Formada por posgrados locales	Normalmente en las ciencias sociales, tanto en grado como, en especial, en posgrados CTS.	Alta. Se trata de investigadores con una base disciplinaria amplia, que en algunas instituciones se concentró en torno a las ciencias sociales y la economía.	Medios. En la medida en que se trata de discípulos de la generación anterior, muchos de ellos desarrollaron los mismos vínculos, pero con menor intensidad.	Mayor rigor académico que las generaciones precedentes, aunque una menor originalidad, en los desarrollos teóricos y menores preocupaciones políticas.

<p>Cuarta generación Formada en equipos consolidados</p>	<p>Con un origen disciplinario variado, aunque predominan las ciencias sociales.</p>	<p>Alta. Y “normalizada” a través de las instituciones de investigación y de política científica locales, que a menudo se formaron y trabajan en centro e institutos dedicados plenamente o en gran medida a los estudios CTS.</p>	<p>Medios, pero en aumento. A nivel personal sus referentes principales son los líderes CTS locales latinoamericanos, pero en términos conceptuales analíticos los referentes son autores europeos y estado unidenses, en contactos intensificados vía posdoctorados.</p>	<p>Rigor académico importante (y también “normalizado”). Agenda internacional incorporada con menor criticidad. Redescubrimiento de las dimensiones “políticas”.</p>
--	--	--	---	--

*Fuente:* Kreimer, 2014, p.21

Los Estudios Sociales de la Ciencia, la Tecnología y la innovación, tal como nos llegan en la actualidad, tienen una historia que está comprendida principalmente desde la tercera década del siglo XX, en Estados Unidos, desde el estructural funcionalismo, pasando por los enfoques más cualitativos. Nos llegan hoy involucrados a problemáticas de las agendas de las políticas y gestiones públicas, en los Estados y las sociedades civiles, de una orientación más básica a una aplicada.

Teniendo una incipiente estela, estos estudios pueden tener un camino bastante fructífero y emergente, la atención en los mismos irá creciendo conforme las organizaciones y actores de la investigación en las diversas ramas de las ciencias empiecen a plantear la necesidad de mejorar sus propios vínculos entre sus objetivos y su nivel de impacto social.

**Cuadro N° 2: Agendas de investigación en CTS comparadas en Europa, América del Norte (Estados Unidos y Canadá) y América Latina a partir de los años noventa**

<b>Estados Unidos y Canadá</b>	<b>Europa</b>	<b>América Latina</b>
Controversias (pesticidas, etanol, etc.)	Controversias (OGM, vacas locas, sustancias cancerígenas, etc.)	Relaciones universidad-empresa
Género	Papel de los expertos y expertise	Migraciones científicas (fuga de cerebros)
Participación pública / Ciencia y ciudadanía	Ciencia y democracia	Dinámica de campos científicos
Prácticas de laboratorio / Modos de producción del conocimiento	Redes tecnocientíficas	Ciencia e inclusión social
Ética	Socio-historia de objetos técnicos	Estudios de laboratorio
Mercantilización de las universidades	Temas emergentes (cambio climático, nuevas fuentes de energía)	Relaciones centro-periferia
Papel de los estudios CTS en las sociedades	Ciencia y arte	Producción y uso de conocimientos
Temas emergentes (cambio climático, nuevas fuentes de energía)	Globalización de las ciencias	Conocimientos autóctonos
		Papel de los estudios CTS en las sociedades

*Fuente:* Kreimer, 2014, p. 23

En el Perú, los Estudios Sociales de la Ciencia, la Tecnología e Innovación (en adelante ESCTI) son incipientes, sin embargo, se ha gestado un limitado pero creciente esfuerzo por desarrollar las respectivas ciencias.

Se puede sostener que la primera perspectiva científica que se interesó por alguna disciplina e institución, también científicas, fue la Historia, cuyo comienzo data desde 1978 con el balance de las ciencias sociales, que animó Bruno Podestá; pero, al comienzo, se dio una

historia con el tradicional sesgo biográfico, descriptivo y, en su mayoría, internalista, es decir, concentrado; en primer lugar, por las figuras señeras y emblemáticas en el desarrollo de la ciencia nacional; en segundo lugar, por atender a una limitada narración de la historia de la especialidad sin explicarla; en tercer lugar, una limitación a los aspectos internos de la ciencia, como su metodología, las nociones que produce, usa y cambia, y hasta sus mismas producciones, sin pretender involucrar este fenómeno con la interacción social de los científicos en su propia comunidad o campo; y, en cuarto lugar, la temática, que en un comienzo fueron las ciencias y tecnologías naturales, esto es, la medicina y las ingenierías. Así tenemos las dos producciones colectivas<sup>1</sup>, donde se convocan a científicos de diversas especialidades. En estas producciones se compilan los diversos estudios de manera retrospectiva y descriptiva, en la mayoría de los casos. Una producción individual de historia biográfica animada por Ernesto Yepes del Castillo, quien tuvo un papel importante en esta empresa de la Historia de la Ciencia. Marcos Cueto inaugura de manera profesional la historia social de la ciencia con su atención a la producción periférica<sup>2</sup> de la ciencia en nuestro país; desde un enfoque que supera el internalismo y destaca la interacción de las ciencias biomédicas y las instituciones sociales. En el mismo camino, le sigue Alfredo Lizárraga con su estudio sobre mineralogía y sociedad.

Sin embargo, quizás se señalará que la filosofía fue la primera perspectiva que abordó a la ciencia. Esto es cierto, pues su manera de explicar la ciencia atiende a aspectos internos,

---

<sup>1</sup> Desde la extinta Sociedad Peruana de Historia de la Ciencia y la Tecnología: sobre una historia biográfica de la ciencia (Yepes, 1990); compilación de artículos sobre historia de las ciencias naturales en nuestro medio (Yepes, 1986a); conjunto de artículos sobre historia de las ciencias sociales, desde diferentes especialidades de las mismas ciencias sociales (Yepes, 1986b); pero también: un estudio histórico social sobre la mineralogía en el Perú (Seiner, 2004).

<sup>2</sup> Con Marco Cueto, comienza la producción profesional en este campo, pues luego de estudiar en Estados Unidos las ciencias biomédicas, en el Perú le sirve de objeto de estudio para su tesis que luego fue publicada a manera de libro (Cueto, 1989).

como su metodología, su teoría, validez y fundamentos de los conocimientos que ella produce. La filosofía de la ciencia (o epistemología), tuvo un fuerte influjo en los inicios de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, en particular en la sociología del conocimiento, en la variante europea, cuestión que la emergencia de la variante norteamericana, de la mano de Robert K. Merton, pudo diferenciar.

La segunda perspectiva social que examina la ciencia en nuestro país es la sociología, desde “*Imagen y tareas del sociólogo en la sociedad peruana*” publicada en 1966. El eje de las primeras reflexiones fue ella misma, en sus diversos aspectos<sup>3</sup>. Otro eje de las reflexiones sociológicas se refiere a la relación entre ciencia y género<sup>4</sup>. En esta temática, se han generado varios eventos académicos, cursos que promueven investigaciones a nivel de postgrado y publicaciones recientes que responden a la producción internacional, y otros a nuestra especificidad nacional. En primer lugar, los balances en los estudios de género y los emergentes estudios sobre la mujer y los obstáculos laborales y profesionales.

Estas iniciativas estarían dentro de la emergente sociología de las profesiones, donde también se ubicarían los estudios sobre la migración de los profesionales técnicos y científicos al

---

<sup>3</sup> La que se enfatiza en sus implicancias políticas (Germaná, 1993; Rochabrún, 1993; Lynch, 2001; Vega Centeno, 1996), sobre la formación de la enseñanza (Portocarrero y Chávez, 2001), , trabajos sobre los intelectuales (Osmar Gonzales, 2011), las experiencias desde la sociología (Giovanni Bonfiglio, 1989; Coronel et. al., 2005; Béjar Rivera, 2011; Vargas Morales, 2011; Meneses Rivas, 2011; Huaytalla et. al., 2013;), historia institucional de la formación de la sociología (Bruno Podestá, 1978; Mejía Navarrete, 2009; Núñez Huallpayunca, 2013; Lynch, 2011), problemas en sociología (Quijano, 1966,1990; López Jiménez, 1999; Montoya Canchis, 2011), influencia de la sociología francesa en el Perú (Sulmont Samain, 2007) y estudios sobre la vocación (Bobadilla y Torres, 2002).

<sup>4</sup> Al respecto, ThinkTank Initiative (TTI), que promueve el International Development Research Centre (IDRC) de Canadá. El Instituto de Estudios Peruanos (IEP) lidera este esfuerzo en estrecha coordinación con el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP), el Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas (CISEPA) de la PUCP y el Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE). Ver: <http://www.cies.org.pe/es/directorio-de-mujeres-profesionales-en-las-ciencias-sociales-peruanas>. También cabe destacar las producciones del Ministerio del trabajo, sus informes anuales (2004 - 2012) que refieren sobre la mujer en el campo laboral:

<http://www.trabajo.gob.pe/mostrarContenido.php?id=290&tip=548>

exterior, lo que se ha denominado como fuga de cerebros que, fundamentalmente, comenzaron desde el 2001 (Altamirano, 2006).

En cuarto lugar, estaría la incorporación innovadora de la perspectiva de la geopolítica o geografía del conocimiento científico<sup>5</sup>, de reciente introducción en este 2013 en nuestro país, pero que responde a todo un interés internacional, el cual tiene, en América Latina, la perspectiva crítica, por ejemplo, con Catherine Walsh<sup>6</sup>; y, por otro lado, el enfoque bibliométrico, más descriptivo. En el Perú, está predominando el enfoque bibliométrico. A nivel internacional, se puede señalar a Peter Burke.

Ahora bien, con respecto a las políticas de parte del estado, se produjo el Plan Nacional Estratégico de Ciencia, Tecnología e Innovación para la Competitividad y el Desarrollo Humano<sup>7</sup>, que se aprobó con la Ley marco 28303 el 2005. En este Plan se destaca, como objetivo específico, el “fortalecer, dinamizar y articular sinérgicamente la institucionalidad de la ciencia, la tecnología y la innovación, en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico”; y esto implica todo un desarrollo reflexivo tácito sobre las mismas ciencias, lo que a futuro se convertirá en todo un enfoque conceptual. Otro órgano institucional de parecidas funciones, la Academia Nacional de Ciencias, realizó un estudio cuantitativo sobre Percepción de la Comunidad Científica sobre la Ciencia y Tecnología en

---

<sup>5</sup> En este caso, queda destacar el valioso estudio patrocinado por el Instituto de Estudios Peruanos y la iniciativa canadiense de ThinkTank en la atención sobre quién (universidades y países) y sobre qué (temas y disciplinas técnico científicas) producen a nivel nacional, regional e internacional (Hernández, 2014).

<sup>6</sup> Por ejemplo, Walsh sigue la riqueza del aporte de Aníbal Quijano sobre la colonialidad del poder para destacar perspectivas subyugadas e invisibilizadas en nuestra región de América Latina, de los países andinos (Walsh, 2002)

<sup>7</sup> Ver en el la página web del MINEDU:

<http://www.minedu.gob.pe/normatividad/reglamentos/PlanNacionalCTI-CDH2006-2021.php>, consultado el 7 de octubre de 2014

el Perú<sup>8</sup>, una encuesta que fue dirigida a 150 científicos, donde se puede observar ese creciente interés, ahora institucionalizado, y no como antes, de forma aislada.

Tal como se ha observado, los ESCTI están siguiendo una tendencia que está incurriendo en la institucionalización y la profesionalización, desde diferentes perspectivas; de otra parte, desde el sector estatal e instituciones públicas crece ese interés nacional.

Para el caso peruano, Mezarina y Cueva (2017), a efectos de analizar las experiencias de investigadoras de los grupos de investigación de la especialidad de ingeniería en la PUCP, usó la propuesta de campos y la de dominación masculina de Bourdieu, consiguiendo un pertinente abordaje. Antes, tenemos la investigación de Rodríguez (2009), que también da cuenta de los estereotipos y mecanismos simbólicos de discriminación en estudiantes en ingeniería de la PUCP. De otro lado, en las ciencias sociales, a través del Grupo Sofía (2014), se han realizado investigaciones y eventos entorno a las mujeres profesionales y las múltiples dificultades y escasas oportunidades en su desarrollo profesional. En el mismo esfuerzo, la Academia Nacional de Ciencias (2015), ha venido realizando una serie de Talleres Macroregionales que contribuyen en el reconocimiento y problematización de la participación de las mujeres en el campo de las ciencias.

Tras una incipiente estela, se puede ubicar hallazgos, importantes líneas de investigación que, por su actualidad y frecuencia, resultan destacables. Y es que las líneas de investigación tienen el potencial de articular y representar problemáticas en la investigación y para la misma sociedad. Después del necesario examen de las diferentes perspectivas sociales y sus concomitantes producciones, se identifican las siguientes líneas de investigación:

---

<sup>8</sup> Este esfuerzo institucional fue destacado en un artículo del divulgador Tomás Unger a través de El Comercio, ver: [http://181.177.232.117/anc\\_j28.1/images/stories/documentos/encuestacyt/articulo.pdf](http://181.177.232.117/anc_j28.1/images/stories/documentos/encuestacyt/articulo.pdf). Y el respectivo estudio: [http://181.177.232.117/anc\\_j28.1/images/stories/documentos/encuestacyt/primeracuencuesta.pdf](http://181.177.232.117/anc_j28.1/images/stories/documentos/encuestacyt/primeracuencuesta.pdf)

- *Género y mercado ocupacional.* En esta línea de investigación, el tema de género tiene todo un avance internacional, y en nuestro país también se tiene una tradición en las organizaciones no gubernamentales, hasta en el Estado; y es que el enfoque de género actualmente se transversaliza en la agenda de la política y gestión públicas, así como en la investigación. La preocupación por el aspecto profesional de las mujeres involucradas en la ciencia concierne a un interés de reciente constitución, pero con un gran potencial y riquezas teóricas y empíricas, así como para la generación de políticas públicas para resolver varios problemas relacionados con la incorporación laboral de las mujeres científicas.
- *Mapas sociales de la producción científica.* Conocer dónde, quién y a qué nivel se produce la ciencia, podría conformar una línea de investigación en nuestro país. Si bien a nivel internacional esta línea tiene una larga historia comprendida en el siglo XX, desde Estados Unidos, en nuestro país recientemente se está comenzando a incidir en este tema. El enfoque espacial y bibliométrico en el análisis de la ciencia y la tecnología se están incorporando en nuestros investigadores nacionales. Es importante poner atención a sus fértiles consecuencias. A nivel de América Latina, se comenzó a cuestionar sobre la razón geopolítica de la ciencia, comenzando por la racionalidad instrumental, con las cuales nació la “ciencia occidental”.
- *Ciencia y proceso de institucionalización.* Aunque de interés no especializado, la institucionalización de las ciencias ha preocupado a quienes han atendido a ella como profesión, una ciencia que deba tener respuesta y propuesta públicas. En especial, ha interesado a quienes participaron como docentes, administrativos de las diversas instituciones, tales como escuelas, departamentos y facultades en las universidades,

en base a su experiencia, desde diferentes perspectivas, pero en particular, desde la historia y la sociología.

- *Ciencia y participación pública.* Desde el papel que tienen los intelectuales en la vida pública hasta en la propuesta e intervención social y política que se le atribuye a la ciencia, vista socialmente, su relación con el Estado y la sociedad civil se ha indagado, pero muy limitadamente. Siendo un campo importante, mayormente, su influencia es tácita, aunque en algunas instituciones se reconoce como parte del esfuerzo reflexivo que contribuye a racionalizar la intervención social de las mismas.

Si bien estas líneas de investigación se destacan en el medio, fuera de él son más diversas y exploran nuevas dinámicas de la ciencia. Quizás estas líneas puedan expresar una resuelta invitación a investigar a las nuevas generaciones, lo cual sería fundamental, pero constituye también una convocatoria a renovar las ciencias sociales en un ánimo de comenzar a transversalizar en el quehacer como científicos este enfoque de los ESCTI.

El área, tiene hoy una preocupación con la intervención social más diversificada que en su progen. Para algunos autores, eso es un problema, otros consideran que el conocimiento generado fluye de manera menos directa que en los intentos de la intervención. (Kreimer, 2012, p. 25)

### **2.3. El género ausente: problema y posibilidad**

#### *El género en la ciencia*

El término “sexo” hace referencia al aspecto biológico de las variaciones entre varones y mujeres: distinciones genitales, fisiológicas y hormonales. En cambio, “género” alude a un conjunto de significados que se les atribuyen a las características que se poseen. El “género”, así es la interpretación cultural del “sexo”, es decir, un conjunto de expectativas sociales que

se les atribuye acerca de los roles que van a desempeñar, tanto mujeres como varones. La construcción sociocultural sobre una base biológica se conoce como el sistema sexo-género, un elemento estructurante de toda sociedad. Lo que posibilita que cada persona pueda asumir su sexo de una manera diferente, dando con características heterogéneas, más allá de ser varones y/o mujeres. (Espinari, 2005, p. 28)

Los estudios sobre ciencia y género surgieron a partir de la década de los sesenta y setenta. Fue a partir de la segunda ola del feminismo donde se pugnaba por la liberación política de la mujer. Surgió en dos frentes: dentro de la academia y desde el movimiento feminista. En la academia, con las mismas mujeres científicas que veían que eran una minoría excluida, y desde el movimiento, se observaba la ciencia como un espacio privilegiado de poder y conocimiento de acuerdo a valores masculinos (Sanz, 2005, p. 44).

Pero durante los años setenta, proliferaron estos estudios en casos, especialmente en la biología y la psicología, en donde se documentaba la inferioridad física y psíquica de las mujeres frente a situaciones de sesgado sexismo. Los primeros trabajos feministas que se enfocaron en la ciencia eran investigaciones empíricas y estudios de caso sobre ciencias biológicas y médicas del siglo XIX, sobre el asunto que estas especialidades se habían ocupado sobre el sexo, el género y la sexualidad.

Esto es, estudios de género sobre la ciencia, en la que esta es foco de estudio desde investigaciones concretas. Los estudios sobre ciencia, tecnología y género, tal como lo señala Pérez Sedeño (2002), pese a sus variadas corrientes, convergen en un objetivo político: la oposición al sexismo en la práctica científica. Esto está circunscrito en la segunda ola del movimiento feminista, la de la década de los 60 y 70.

Marcos Cueto hace un recuento histórico del desarrollo de la ciencia en nuestro país, resaltando los diferentes esfuerzos de personajes notables en determinados momentos, como

en el nacimiento de nuestra república y en todo el siglo XX. Señala que se hizo ciencia a pesar de la situación de adversidad, la que concierne en “la poca estima cultural por la investigación, la precaria profesionalización de los investigadores, su dependencia de profesiones, la inmigración de científicos formados localmente, la falta de comunidad de las instituciones y publicaciones periódicas, y la indiferencia de los gobernantes y empresarios.” (Cueto, 2005, p. 37)

En otro estudio, Cueto resalta la discontinuidad institucional y la relación pasiva que la ciencia peruana tiene con la ciencia internacional. Un estudio sobre la excelencia científica en una situación de adversidad (Cueto, 1989)

La producción de los estudios feministas sobre ciencia y tecnología en los últimos años, y el debate que muchas feministas mantienen entre sí y con algunos de los principales autores de los estudios sociales de Ciencia y Tecnología (CTS), “hacen prever un interesante encuentro entre ambas corrientes que aún no se ha producido del todo, pero que promete ser una vía de estudio y debate absolutamente fructífera y prometedora para comprender las complejas relaciones entre la ciencia, la tecnología y la sociedad en general” (Sanz, 2005, p. 63).

#### **2.4. Género en la ciencia biomédica**

La profesión en medicina, se ha ido modificando conforme a la historia y al desarrollo de la ciencia y la tecnología, lo que ha causado la definición de su objeto de trabajo y las demandas que la sociedad requiera en la formación de médicos.

La profesión médica se caracteriza por los siguientes atributos: “noción mecanicista de los procesos que estudia; enfoque biologicista; orientación hacia el individuo, con fuerte tendencia a la especialización; progresiva incorporación y uso de alta tecnología; énfasis en lo curativo y excluyente de otras formas de ejercicio profesional médico, reconocida más

como práctica curativa debido al manejo de habilidades técnicas del clínico y no por los conocimientos básicos” (Fernández, 2002, p. 21).

La medicina quirúrgica es un campo científico, un espacio donde existen determinadas reglas de juego (Bourdieu, 2000, p. 12), en las que participan agentes e instituciones, con intereses y poderes en disputa (Bourdieu, 2000, p. 13). Este campo lo integran investigadores e investigadoras que tienen nociones parecidas de lo que es la ciencia, un lenguaje y procedimientos que les permiten participar de ese campo, mediante posiciones, mecanismos y estrategias específicas: incorporación, mantenimiento y posicionamiento en el desarrollo de las carreras de investigación en biomédica.

Ahora bien, la propuesta de campo científico de Bourdieu no considera un enfoque de género. Así consideramos género como “la elaboración cultural del sexo” (Cranny, 2003), porque con el sexo se nace, pero el género se construye (Ibarra, 2008, p. 22). Porque es un principio organizador de la vida social, estructurante de todas las actividades humanas (Andino y Amigot, 2001, p. 25), dado que “donde mujeres (u varóns) están ausentes, los principios de género están actuando; es decir la ausencia de o invisibilidad de las mujeres no sugiere neutralidad de género, sino que demuestra los efectos estructurantes de la diferenciación de género. Es un proceso histórico, donde es importante tomar en cuenta el entramado de relaciones entre actores, grupos sociales e instituciones, así los varones están asociados a ciertos significantes de masculinidad y las mujeres a las de feminidad” (Bourdieu, 2000). En ese sentido, se reconoce la importancia del género en el estudio del campo biomédico, por lo que se introduce las nociones de estrategias de género: intragenéricas e intergenéricas.

Ahora bien, definimos estrategias intergenéricas como aquellas acciones que las mujeres emplean frente a los varones, mientras que las estrategias intragenéricas como acciones que se usan entre personas del mismo género, en este caso, mujeres con mujeres; ambas

estrategias se activan y desarrollan en el campo científico, pero que no tienen ni su origen ni su formación en este. Estas nociones permitirán comprender las maneras en las biomédicas han logrado superar las adversidades en el campo científico, dado que estas estrategias de género se han ido desarrollando fuera del campo científico, y que, al llegar a ser investigadoras, se usan diversas formas de buscar una salida al desafío de enfrentar brechas y limitaciones en sus propias trayectorias.

Siendo nuestro campo científico peruano, un espacio adverso en este se presentan situaciones y mecanismos específicos de discriminación que condicionan e influyen en el desarrollo de las carreras de las biomédicas: segregación horizontal y segregación vertical. La segregación horizontal refiere a la “polarización o concentración en campos científicos y sectores institucionales”, lo que permitiría ver una forma de desigualdad donde, porque “son mujeres”, resultan ser más numerosas en un sector, proceso o lugar dentro de la organización, mientras que la segregación vertical, daría cuenta de la "movilidad de las mujeres en la jerarquía científico-técnica”, lo que permitiría conocer las desigualdades de género en el desarrollo de las carreras biotecnológicas (Vessuri y Canino, 2006, p. 23-24).

## **2.5. Cara y cruz: adversidad de género en la ciencia, género en la ciencia de la adversidad**

Según la Real Academia Española de la Lengua, adversidad es una cualidad de adverso, suerte adversa, infortunio o situación desgraciada en que se encuentra alguien (RAE 2016). Lo adverso es lo contrario, enemigo, desfavorable. De esta manera, la noción de adversidad alude a lo que está alrededor de la persona, a una estructura social aquejante en donde se encuentra y participa.

Esta noción ha sido tratada, predominantemente, por la psicología social, desde el desarrollo de la noción de resiliencia. Esta perspectiva, privilegia el uso de estrategias individuales que las personas pueden desarrollar y emplear ante situaciones desfavorables, adversas. La resiliencia vendría a ser como aquella capacidad de las personas en superar encrucijadas en sus vidas. Desde este punto de vista psicosocial, se considera a la adversidad los variados aspectos como condiciones económicas difíciles, entorno riesgoso en la salud, inseguridad y malestar en general (Luza, 2006, p. 34).

Marco Cueto (2005), realizó una primera aproximación de esta noción a la ciencia, desde una perspectiva histórica. Considera a la adversidad en la ciencia, como una situación desfavorable, en donde en la ciencia peruana presenta “la poca estima cultural por la investigación, la precaria profesionalización de los investigadores, su dependencia de profesiones, la inmigración del exterior de científicos formados localmente, la falta de continuidad de las instituciones y publicaciones periódicas, y la indiferencia de los gobernantes y empresarios” (p. 22)

En esta investigación, consideramos la adversidad como una estructura y prácticas desfavorables. Se trabaja, en específico, la noción adversidad de género en la ciencia. La ciencia desarrollada en organizaciones. Esta adversidad, específica al género en las organizaciones dedicadas a la ciencia y la tecnología, consiste en relaciones de segregación vertical y horizontal, imparidad de mujeres respecto a varones, barreras en su progresión profesional. Resulta una doble adversidad, debido a, primero, a la condición de género socialmente desfavorable y, en segundo lugar, a las condiciones y entorno de nuestra ciencia en general, y nuestra medicina, en particular.

## Capítulo 3. Marco contextual para el análisis

“...en los países en desarrollo más depauperados, siempre he encontrado mujeres excepcionales tirando sin desmayo del pesado carro de la vida, con un bebé en la alforja, sus otros hijos hambrientos y descalzos alrededor, y una sonrisa en los labios. Mujeres moviendo el país...”

Milagros del Corral

“Cara y cruz de la adversidad”

### 3.1. Institucionalización de la medicina: constitución y feminización

La medicina humana es el oficio mediante el cual se enfrentan las dificultades en relación a la enfermedad y la salud. Es una especialidad de las ciencias de la salud donde es importante la vocación de servicio en exploración de lo que beneficia al paciente o al enfermo (Shapiro, 2015, p. 10). Para llegar a esta conceptualización actual, es el resultado histórico del desarrollo de la medicina.

Durante el siglo XVIII, el oficio de la medicina discurrió como un ejercicio de vocación de ayuda al prójimo, orientada a los enfermos, cuidado y sanación. Así, el mal fue percibido como efecto del pecado. En esta coincidencia entre enfermos y médicos, fueron las mujeres las que mostraron un rol resaltante, al servicio de la enfermería o la religión, laborando en los centros que se fueron estableciendo para el cuidado de los enfermos. “En una época posterior la medicina comenzó una etapa clínica, es decir, que se deslindó de las tradiciones religiosas, para aceptar el ingreso de la perspectiva empírica que, en el espacio médico, se desarrolló con bastante fuerza” (Foucault, 1977, p. 3-25).

Ahora bien, la población femenina, en parte y a comienzos decimonónicos, se incorporó al nivel educativo formal, de manera especial en el área de servicio docente, el de la contabilidad, y también en la administración; no obstante, para el espacio de la salud, persistió, siendo la especialidad de enfermería su foco de inclinación; esto es, las especialidades similares a la protección de la casa y de ayuda en las empresas serían el espacio en que las mujeres fueron incursionando. De esta manera, en América Latina, en ese tiempo, “se abrieron los colegios normalistas y las escuelas de enfermería, donde se enfatiza que la participación de la mujer en las escuelas de medicina fue aislada” (Ortiz, 2004, p. 189-194).

Para el siglo XIX, la profesión médica haría ingreso de la indagación empírica a la práctica clínica. De esta manera, se constituirían los colegios profesionales, cuyo papel sería el de brindar garantía a la formación médica. Al cabo de pocos años, esta se convertiría en un espacio privilegiado para los varones, y en el año de 1849, por primera vez, una mujer se recibiría graduada como médica en los EE.UU. Seguidamente, el parlamento inglés permitiría, en 1874, que la mujer practique el oficio de la medicina. En América Latina: Chile en 1887, Perú en 1920, se graduarían las primeras médicas nacionales (Estrella, 2009, p. 266).

De otro lado, llegado el siglo XXI, en el mundo, la tasa de envejecimiento crece, al tiempo que disminuye la cantidad de nacimientos; lo que marcaría el recambio de la población. En consecuencia, en las naciones con un mayor desarrollo que las demás, no llegan a cubrirse los requerimientos de los sistemas de salud, debido a que estos contaban con una cantidad de profesionales en la medicina por debajo de sus requerimientos. Así, decidieron instalar programas de estímulo para convocar y acoger profesionales foráneos (Bernardini, 2011, p. 222-226).

El efecto de esta necesidad de profesionales, fue conllevando una masiva migración internacional de los trabajadores y trabajadoras sanitarios. Este fenómeno que se encuentra visible en el rubro desde hace buen tiempo atrás, llega a ser una dificultad, a su vez, es una estrategia de los países que los proveen. (Ripoll, 2010, p. 243-258). De acuerdo al reporte de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) 2007, en países como los USA, UK, Australia y Canadá, en el rango del 25 al 28 por ciento de los profesionales en medicina que practican el oficio en esos países, son extranjeros, y en el rango del 40 y el 75 por ciento de esos profesionales, sus orígenes son de países subdesarrollados (p. 243-258).

Es por eso que, pese a lo atrayente de la medicina en las naciones más avanzadas, ha decrecido la convocatoria de la población juvenil por inclinarse a estudiar especialidades vinculadas a la salud y el cuidado. (García, 2015)

Al respecto, Cuba se ha convertido en todo un ejemplo de regulación y gestión de la instalación de profesionales en medicina en la región. Por ejemplo, el “Proyecto Integral de Salud del Gobierno de Cuba para los países de América Latina y África”, provee profesionales de la salud para las naciones que así lo necesitan. Varios países latinoamericanos se han visto beneficiados por la influencia cubana. Para el Perú, la incorporación de profesionales de la salud que vienen de Cuba ha sido ininterrumpido e importante en la última década, para ayuda en la enseñanza, al tiempo de buscar la fortaleza de proyectos de atención a los y las pacientes, que se les considera de prioridad. La cooperación cubana cubre, también, la formación médica para estudiantes provenientes de familias de escasos recursos, por medio de centros de beneficios académicos formativos en las escuelas de medicina en América Latina (Marimón, 2010, p. 254-262).

Este beneficio para profesionales en medicina, no obstante, sigue siendo diferenciado a lo largo de la vida profesional y laboral. Por ejemplo, una investigación realizada en el 2008 en la ciudad de Barcelona, halló que la cantidad de médicos con contratos temporales de trabajo era la mitad que el número de mujeres con esta misma situación; que debajo del 50% de mujeres, en comparación con el 75% de varones, encuentran estabilidad laboral (Winyard, 2009, p.34). Esta problemática será explorada en los capítulos siguientes.

### **3.2. La ciencia médica en el Perú: ¿incorporación o retorno?**

Según Norma Blásquez (2008), la participación femenina en la medicina no se trata de una reciente incorporación, sino de un retorno: “La presencia femenina en la ciencia es el resultado de una evolución gradual iniciada con su incorporación a los estudios universitarios en la transición de los siglos XIX y XX. Sin embargo, esta cuenta con antecedentes más remotos, entre ellos, destaca el conocimiento de las brujas y los procesos que llevaron a su persecución y aniquilamiento en Europa entre los siglos XVI y XVII” (p. 9). Respecto al Perú, se puede decir lo mismo, que las prácticas sociales de cuidado y salud, con el tiempo, fueron apropiadas por las mujeres, como madres, curanderas y sacerdotisas.

De acuerdo a Larrañaga (2011), lo que revelan estos indicadores son dos características: 1) lo real, por lo regular es más complejo, y las estadísticas, en razón de la cuestión parsimonia, siguen siendo meras aproximaciones; 2) la medición tiende a la imperfección en ocasiones, y es crucial que se vayan adecuando a una situación variable, cambiante (p.24). En el 2010, el PNUD propuso tres nuevos indicadores: el Índice de Desigualdad de Género y el Índice de Desarrollo Humano Ajustado a la Desigualdad, entre otros. (Charvert, 2010, p. 10-15) El uso de estos indicadores hacen revelar su importancia en la etapa de optar por alguna

especialidad universitaria, donde están en disputa múltiples factores, como el socioeconómico, el rendimiento académico, la vocación estudiantil, los beneficios de las condiciones estructurales de cada territorio nacional en esta situación, que las profesiones de la salud y el cuidado, en especial las vinculadas con la enfermería y la docencia, tanto en América Latina y alrededor del globo, a las mujeres les sigan atrayendo.

Para estudiar medicina humana en todo el mundo, en Latinoamérica y Perú, los estudiantes rinden pruebas para postular a la universidad. Quienes consigan los puntajes más altos, se les adjudica un lugar dentro de las escuelas de medicina. En Sylva (2009), se menciona que los varones tienen menos ventaja que las mujeres, ya que logran un nivel de capacidad académica superior en la etapa educativa secundaria, y esta es una condición que se relaciona con el favorable acceso a la universidad.

En el 2007, el Reino Unido, mediante un estudio, evidencia el desarrollo de la mujer en la medicina humana, como especialidad profesional: i) 24% en 1960 y en el año 2007 llegaría al 57%; asimismo, a través de un diagnóstico de la elección de las médicas para inclinarse por una carrera especializada, se halló que ellas optan por especialidades que les posibilite laborar de manera directa con los pacientes, además de que permita organizar su tiempo. Así, con estos criterios se inclinan por las carreras de salud pública, pediatría y psiquiatría. Mientras que los varones seleccionan carreras más vinculadas con el dominio de alta tecnología y en las que no se complica el uso planificado del tiempo: medicina de emergencia, cirugía y anestesia. (Kilminster, 2007, p. 39-49)

Ahora bien, a nivel institucional, contando con cargos de representación, una investigación realizada por Scheffer, menciona que, en 27 comités regionales brasileños en la región, en el año 2013, hay más mujeres que varones recientemente ingresados, a partir del año 2009. Con menor o igual edad de 29 años, las mujeres predominan en número (53%), mientras que, en

la población de los médicos de 59 años a más, aún predominan los varones (60,1%) (Scheffer, 2013)

En el año 2006, el Perú no tenía estadísticas sobre la educación superior. Los censos universitarios se dejaron de hacer entrado el gobierno de Fujimori en la década de 1990. Entre el 2006 y 2011, el número de matriculados se incrementó del 22,8% al 30,2%. Luego de hacer el examen de admisión 2010, la matrícula sería el doble en el 20% más desfavorecido de la población con condiciones civiles de estudiar la universidad.

## Capítulo 4. Resultados

La información recogida se ordenó desde de las nociones y subnociones de análisis, a partir de la siguiente manera: 1) testimonios convergentes y 2) testimonios divergentes. Se identificaron diferentes partes de este estudio con pertinencia y relevancia.

### 4.1. Nociones de “género” y “sexo”

La mitad de los testimonios coincidieron en que los profesionales no encuentran diferencias entre la noción “sexo” y la noción “género”. La respuesta más repetida fue:

*"Para mí no es lo mismo sexo mujer o varón, o como se los diferencie por género."*

*(EVDLM02)*

*"respecto a eso creo que no hay mayor diferencia entre mujer varón" (EMDIB01)*

Así, los testimonios que difieren, se ubican en el empleo de la condición cromosómica para concebir “sexo” y, la variabilidad génica en la identidad sexual con tal de concebir “género”.

*"la idea de sexo está determinado por genética, sea mujer o varón; por otro lado, género, se relaciona con la identidad que al fin y al cabo recibe un ser humano en relación de su orientación sexual." (EMDIB01)*

*"creo que el sexo está definido por lo que los biólogos llaman cromosomas "xx" para la mujer "xy" para el varón, respectivamente. Eso de la noción de género es un constructo social. Más bien, este tiene que ver con la identidad sexual la cual es diversa." (EVJCC04)*

Otros testimonios introducirían en la noción de “género”, la conducta de un varón y una mujer en la realidad social, es decir, su papel social. La noción “sexo” la definen desde las características físicas. Entre los profesionales de la salud no se identificaron testimonios diferentes.

*"la noción de 'género' se vincula más como al rol que uno ejecuta en la sociedad y, por otro lado, el de sexo creo que tiene que ver con aspectos más físicos. Es lo que los distingue físicamente a un varón de una mujer, pero el género se involucra más con el rol, con el desarrollo que las personas en el ámbito social." (EMJAV05)*

Por ejemplo, uno de los médicos manifestó que la “feminización” de la especialidad puede generarse a raíz de que la población femenina tienen “una orientación especial para cuidar a los niños”, modo que les brinda oportunidades para algunas ramas de la medicina, por ejemplo, la pediatría.

*“pienso que el proceso de feminización de la profesión médica puede efectuarse en el sentido de lo afectivo y la gracia que encierra esta profesión como tal ¿no?”(EMJRA07)*

Esta respuesta, aunque no concuerda con las anteriores, fue importante para seguir hacia la identificación de las nociones sobre “feminización”.

#### *Feminización, un proceso*

En cuanto a la noción de “feminización”, los testimonios convergentes de profesionales, emplearon la analogía de “liderazgo”. Manifiestan que un incremento de la participación de la población femenina, no pertenece a que los servicios de salud se hayan feminizado, sino que es necesaria la materialización de un liderazgo femenino, que tomará un tiempo prudencial, pues el hecho de que una mujer ejerza algún tipo de dirección o jefatura aún se encuentra en un marco tradicional.

*"...como docente de esta casa superior de estudios veo que crecientemente las mujeres estudian medicina, mas creo que aún tiene que pasar algunos años para que se perciba su presencia: para que podamos mencionar que la profesión esta feminizada, al menos en el país." (EVJGA08)*

*"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 varóns, tal vez porque creen que deben ser más duras para que les hagan caso." (EMDMV09)*

Una respuesta divergente dicha por una profesional del sector público, indicó que en el momento que las mujeres se posicionan en la posibilidad del ejercicio de liderazgo en un cargo jefatural diferente.

*"soy jefa de servicio, en mi servicio somos solamente mujeres, nosotras nos tratamos entre compañeras con el valor de solidaridad, pero hay otro servicio en la que la jefe es mujer pero su trato hacia los compañeros es más autoritario que de cualquier varón. Si lo pienso bien creo que nosotras somos una excepción y que la profesión en verdad no ha pasado por un proceso de feminización."(EMDIB01)*

Como se puede observar, esta respuesta no tiene que ver con la probabilidad de que más adelante la superior cantidad de mujeres deba sostener una condición de liderazgo femenino. De esta manera, piensa que el liderazgo no debe tener criterio de “género”.

*"...creo que no...más bien yo creo muy concientemente en la igualdad de género, creo que tanto mujeres y varones podemos hacer las cosas en igualdad de condiciones en el aspecto intelectual, pero en los aspectos físicos digamos que podría haber una distinción visible. Por otra parte, no creo que por la cantidad de mujeres uno tenga que feminizar las prácticas o las cosas, ni tampoco me pienso que debería ser igual por el número de varones, pensaría que si igual laboramos no deberían ni ser feminista, ni lo contrario."(EVJCC04)*

Los testimonios convergentes propusieron que la creciente participación de mujeres en los diversos espacios de la salud no es concluyente de que la profesión se haya feminizado, debido a que se resaltó en que son los médicos los que deciden, aun cuando haya una autoridad en salud, por ejemplo, una ministra, las decisiones se optan con dominio masculino o masculinizante, sin considerar la opinión de ambos, lo que permite ponderar que una revisión de decisiones de estilo participativo sería un modo de “liderazgo femenino”.

Contribuyen además, en su respuesta, el debate situacional, en el que propusieron el ingreso a la formación educativa hacia la población femenina y la segregación social, como parte del trabajo cotidiano. Así, no se hallaron testimonios diferentes entre los especialistas.

*"Pienso que más mujeres estamos laborando en la profesión, en algunos momentos llegamos a ser de mayor cantidad, incluso en ámbitos en los que antes solo estaban los hombres, por ejemplo los quirófanos, aunque creo que las decisiones más importantes todavía las siguen tomando ellos, aún cuando tenemos una ministra mujer se opta por decisiones más jerárquicas al modo de lo que hace el presidente". (EVJLL06)*

*"yo pienso que lo que ha mejorado es la inserción de nosotras a la educación, es lo que la mayor parte de la gente dice que es bueno formar a una mujer debido a que se educa a una familia y por ello nosotras ya nacemos como que con una desventaja, porque por el mismo hecho de ser mujeres vamos a ser discriminadas."(EVJGA08)*

## 5.2. La formación en la especialidad médica humana

### *Vocación de servicio*

Los testimonios convergentes de los médicos y las médicas señalaron que, para formarse en medicina, comenzó de la inclinación por servir y cuidar a los miembros de su hogar; y por considerar el pasado cristiano que resalta el servicio como vocación.

*"...más o menos desde los cinco años quise profesionalizarme en medicina humana. Mi mamá es una persona que padece de una salud delicada, por eso yo decía que en el futuro iba a cuidar de mi mamá por eso me recibí como médico."(EMDMV09)*

*"había decidido ser misionera, antes de ser médica. Una vez, cuando fui al convento me dijeron si también le gusta la medicina después venga de formarse de médica, por eso es que decidí postular a la facultad e ingresar." (EMDMV09)*

Los testimonios de las médicas tienen en común los mismos motivos que los médicos. Los entrevistados señalaron sus motivos para decidir estudiar medicina, que está relacionada al

servicio y el cuidado, por tradición de los miembros del hogar cercanos que padecieron enfermedades, así como por causas de origen místico.

*"...en mi caso creo que todos quienes seguimos medicina en algún momento de nuestra vida, de niñas especialmente, hemos tenido ese espíritu de ayudar a alguien." (EVJGA08)*

*"por ejemplo, yo quise ser sacerdote y después de un tiempo me convencí de que lo más recomendable era estudiar medicina, si quería realmente ayudar a la gente."(EVJCE10)*

### *Formación en la especialidad*

Los entrevistados consideraron que su inclinación para estudiar la carrera de medicina estuvo sellada por el elogio hacia algún profesional de medicina que intervino en etapas complicadas de su vida en familia.

*" Siempre tuve una orientación a las ciencias biológicas. También fue por influencia de mis padres que son profesionales en medicina, no es que sentí nunca una imposición, pero en un momento dado me puse a dudar entre medicina o agronomía que me gusta mucho. Al final me dije: yo puedo estudiar medicina y hacer agricultura como pasatiempo; al revés no funcionaría." (EVJCE10)*

Los testimonios convergentes: de una parte, tener padres profesionales en medicina y haber desarrollado la experiencia de conocer de la mano de familiares médicos, lo que les incentivó a optar por la carrera de médico.

*"Mi abuelo era pediatra. Falleció hace un año. Creo que fue siempre esa admiración a él, o sea siempre fue la persona que me dio el motivo principal de estudiar medicina. Nunca pensé en si me convenía la profesión por ser mujer o algo así." (EVJLL06)*

### *Autonomía en la elección*

Los testimonios convergentes de los médicos, detallaron que su inclinación en la formación médica comenzó desde sí mismos, aun ante la negación de sus padres, ya que tenían como opción mejor las especialidades de docencia o enfermería.

*"La opción pasó por mí, pero a mi mamá le hubiera gustado que estudie enfermería, o que me haga maestra, eso es lo que ellos deseaban que fuera. Entonces a mi padre le dije: "si no me deja estudiar medicina me hago monja" y como mi padre era ateo. Entonces era el peor castigo que le podría hacer." (EMDIB01)*

*"Para mí era una cuestión personal, más bien con un poco de no darle por su lado a mi papá, me decía: piénsatelo bien, hay otras alternativas, puede que la encuentres más fácil." (EVJCC04)*

Los testimonios convergentes de los profesionales dan cuenta de ver la condición de arrepentimiento por haber optado por seguir la carrera de medicina, lo cual se muestra complicado, debido a que se mezcla la experiencia de lo profesional con la instancia familiar, y sobre todo con la gran responsabilidad que conlleva la especialidad de medicina.

*"cuando se entra a la carrera se tiene una noción distinta, se tiene un sueño, se ingresa creyendo que se puede hasta transformar el mundo formándose en medicina, pero ya al pasar de los años de la carrera una se puede dar cuenta que, no es sencillo, que nos cuesta bastante llegar a dónde estamos y que nunca vamos a terminar de formarse y realmente las condiciones en las que una cree que podría estar tanto económicamente, familiarmente, no son las que una se proyectaba tener. La profesión en sí demanda tiempo y sacrificio." (EMJAV05)*

*"...mis padres son profesionales en medicina, pero no querían que yo también lo sea, pero yo no hice caso y aquí estamos." (EVJCC04)*

### *Rentabilidad de la profesión*

Los testimonios convergentes indicaron que la inclinación para estudiar medicina fue marcada por el dinero que se obtiene, a sugerencia de sus familiares.

*"mi papá que es comerciante fue muy importante; me decía que la medicina es una carrera que da dinero que yo tenía que profesionalizarme en medicina y con el transcurso de los años no sé si es que esa pensamiento suyo se me quedó o es que a mí también terminó por gustarme la carrera." (EVJGA08)*

El testimonio divergente de un profesional varón, indicó que es más favorable en el espacio económico, hay buenas y elegibles opciones, y que la carrera de medicina es muy extensa.

*"Fue por opción personal, aunque todos creíamos que estaríamos muy conformes con la carrera, económicamente llevadero; se sabe que la realidad es distinta, la condición económica no prospera, pues requiere de mucho sacrificio y las normativas que están ahora, muy decepcionante. Si mi hijo me pidiera mi opinión le diría que no se incline en estudiar medicina. Pienso que otras carreras más cortas son mejor opción, que a mi edad yo esperaría estar de otra manera, pero todavía estoy en casa de mis padres, sigo formándome, y peor sigo pobre." (EVJGA08)*

Es así que se pudo obtener, parcialmente, el sesgo de género en la elección de la carrera de medicina, según el testimonio del participante EVJCC04. La medicina es para la población femenina, situación vinculada al no ejercicio de labores rentables, distinto de lo que acaece con los varones, por ejemplo, el oficio de ser futbolista, que potencialmente puede dar mayores ingresos.

### 5.3. Significados que delimitan la elección de la medicina como profesión

Cuando un profesional en medicina finaliza la especialidad de medicina, posee la posibilidad de optar de formarse en una rama médica. Así, los testimonios que indicaron las razones para la elección y su relación con la noción de género, se compusieron en tres subnociones: cercanía con una específica área de la medicina; oportunidad y finanzas; y maternidad y motivación.

#### *Cercanía y empleo de recursos financieros*

Los testimonios convergentes de los médicos evidenciaron inclinarse en optar por sentir una condición vocacional para especializarse, asimismo, desde sus testimonios, se identifican que están en posiciones financieras no pobres y realizaron sus estudios de posgrado en el extranjero.

*" pensar inmediatamente eso me gusta mucho, o sea el paciente llega grave y piensa, piensa, piensa que más le hacemos, eso me llama la atención, esas situaciones tensas tuvieron mucho que ver en la decisión que tome para hacer el posgrado de medicina en emergencia, que lo hice en el extranjero, con el respaldo de mis padres."*

Ningún testimoniante mencionó estar haciendo esa carrera por una motivación vocacional, lo hacen por haberse adjudicado un beneficio de beca por el Estado y creen que accedieron a una posibilidad para no conformarse en medicina general, fuera de su situación económica.

#### *Subnoción de disponibilidad y no posibilidad de recursos financieros*

Los testimonios convergentes manifestaron que se presentaron ante la ausencia de efectivo, lo cual representó una limitante para hacer posible una especialización de acuerdo a la condición vocacional o interés primario de los estudiantes.

*"no pensaba profesionalizarme en emergenciológica, en mis posibilidades estaba en inclinarme a estudiar pediatría o neurología, o algo similar. Pasa es que a mi jefe le nombraron director del posgrado de emergencia de la clínica donde trabajaba. Desde ese momento, él me dio la posibilidad, porque yo no podía irme del país a estudiar lo que yo decida, debido a que no tenía dinero y ya tenía familia."(EMDMV09)*

Los testimonios convergentes de los que se encuentran ejerciendo en el posgrado que el MINSA abrió en el año 2012, con la finalidad de dar oportunidad a los residentes asistenciales, dan a conocer que se vieron en la necesidad de optar por estudiar esta especialización, puesto que no tenían otra opción, dejando de lado la opción por la que realmente querían optar, sin embargo, rescataban el hecho de haber logrado un cupo.

*"en realidad hice lo posible con otros estudios de posgrado. En esos tiempos no contaba con recursos económicos para salir al extranjero, y así hacer lo que rindiera mi vocación, neurología, pasaron los años, me casé y tuve que quedarme en el Ministerio. Ahora estoy haciendo el posgrado al que me dieron chance, pero me siento contenta."(EVDLM02)*

*"En realidad 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 neurología en el servicio."*

*Entonces decidí entrar porque nos dieron oportunidad, se abrió un chance para lograr ser especialista, presenté la documentación y aquí estoy."(EVJCC04)*

### *Subnoción motivación y maternidad*

Esta subnoción hizo surgir testimonios amplios y en detalle sobre el género femenino y masculino que se desempeñan tanto en el espacio público como privado, puesto que de acuerdo a las conclusiones obtenidas, se tiene que existen especialidades que son espacio de varones, mientras que otras son hechas para ser ejercidas por mujeres, esto a pesar de que está establecido que ambos géneros están en la disponibilidad de especializarse en el área que les parezca conveniente, sin embargo, aún existen afirmaciones de que las especialidades que implican cirugías exigen una labor nocturna y, por ende, es más cansado, y a causa de ello, es complicado conciliar el quehacer maternal.

*"Creo que, en efecto, hay especialidades que pueden ser más orientadas a un varón. Hablamos, por ejemplo, de la traumatología en la que se requiere fuerza y eso no lo podemos hacer bien las mujeres; incluso la misma terapia intensiva, pues el hecho de tener que hacer turnos permanentemente. La presencia de la madre en el hogar es algo muy importante."(EVDLM02)*

Estos fragmentos de testimonio de médicos en el espacio público dan cuenta de lo difícil que puede llegar a ser desempeñar la profesión de médico para una mujer, aun en circunstancias complicadas. Asimismo, señalan que no existe segregación por parte de los profesores o colegas, y que los problemas están presentes por la escasa legitimación de los pacientes para que las médicas realicen intervenciones en las Unidades de Emergencia.

*"en esos tiempos en que hacía los estudios de posgrado habían una buena cantidad de mujeres, ellas laboran de igual a igual, eran los pacientes que buscan que sea el varón el que esté manejando del caso crítico. Les decían a mis colegas. Estoy hablando de la jefe de guardia, ¿y no será mejor que le llame al doctor para que él decida qué hacer?" (EMDMV09)*

Esta respuesta divergente de un médico del sector privado nos da a conocer sobre una situación del cual fue partícipe cuando cursaba la carrera de medicina, en la que padeció segregación en la circunstancia de laborar con mayor intensidad, debido a que los docentes eran más comprensivos con sus compañeras.

*"sí había un poco de segregación se puede decir. Eramos un grupo mixto, y en ocasiones las chicas recibían por parte de los profesores, un trato que les era favorable: les otorgaba ciertos privilegios, no sé si posibilidad y oportunidades: tiempo de descanso, más permisos para salir, entre otros."*

Los testimonios de los profesionales, varones y mujeres, convergen que es adecuado buscar especialidades que puedan compilar tanto la vida profesional como personal, afirmando también que se debe considerar importante la postergación de la maternidad cuando se vaya a llevar a cabo el posgrado.

*"como especialista en medicina familiar me encuentro feliz en esta especialidad porque está acorde al horario en el que yo puedo trabajar, de hecho, no persuadí por una residencia hospitalaria debido a que deseaba atender el crecimiento de mis hijos. Resulta que en este posgrado puedo hacer las dos cosas: combinar la vida familiar con la actividad médica, y para mí como mujer es lo más ideal."(EMJAV05)*

*"tener hijos durante los estudios de posgrado es realmente difícil, ya que vamos posponiendo más aún la maternidad porque se dice no." (EVJGA08)*

#### 5.4. Visiones sobre el desempeño del ejercicio profesional médico

El momento de la vida anticipada para un profesional en medicina, al culminar su formación, es incorporarse en una labor en la que se pueda dar el desarrollo personal y profesional. Los testimoniantes, han declarado las vivencias que han tenido a lo largo de sus estudios en medicina, contando con el testimonio de aquellos que ya culminaron como de aquellos que aún se encuentran ejerciendo sus estudios.

### *Subnoción de aspectos administrativos en el ejercicio profesional*

Los testimonios relatan los obstáculos en el área administrativa dentro del espacio público y privado. Ambas partes señalaron la presencia de dificultades durante su formación y trayectoria en el rubro público, obstáculos visibilizados en el aspecto estructural, así como una deficiente planificación para hacer posible la formación de capital humano, puesto que no se cuenta con espacios físicos y existe la segregación en ciertas especialidades y falta de flexibilidad en la adjudicación de plazas.

*“Ha sido difícil el acceso. Cuatro años que he estado laborando y por fin saben quién soy y me he ganado el lugar en el trabajo. Cuando vine no tenía ni siquiera un consultorio”.*

*(EMDMV09)*

*“Fui becado por el Estado y en retribución me obligaba a regresar al país, no obstante quise trabajar en el hospital, pero la jefa me dijo que no puedo tener un horario flexible, entonces así 8 horas o nada. Le dije nada y trabajo solamente en el sector privado”.**(EVJCC04)*

Respecto a las médicas, por ejemplo, llegar a que se les pueda dar un quirófano para practicar su profesión, ha sido contemplado como un hecho de mucho valor, importancia y que no tienen parangón, en contraste con las condiciones con las que cuentan los médicos al momento de desenvolverse profesionalmente.

*“En realidad el problema es que la estructura de la medicina es machista, entonces. Abrir espacios en los quirófanos para las mujeres ha sido complicado. Nos ha costado mucho sacrificio. En mi caso, a pesar de ser muy hábil como es poner implantes cocleares, los colegas varones no aceptaban que tenga un horario de quirófano”.* *(EMDIB01)*

### *Conciliación entre la vida personal y profesional*

Los testimonios que coinciden respecto a este desafío, señalan diversos avatares que se presentan para conciliar la vida personal de la profesional. En esta subnoción, se aíslan los

segmentos de testimonio a la que aludieron, a los obstáculos de género y especialidad, debido a que se presentaron en la noción selección de la especialidad y la visión de género.

Los testimonios que resultaron concordantes: 1) obstáculos que se presentaron para desempeñar la maternidad y a su vez desenvolverse en el ámbito profesional de manera adecuada. La postergación de la posibilidad de un embarazo al iniciar o durante la profesión; o, 2) decidir entre el dilema de inclinarse por el trabajo o por la maternidad, fueron algunas de las percepciones que se consideraron.

*“...ahora mismo estoy pasando por un problema complicado de maternidad. Pienso renunciar a la universidad y a mi quehacer como profesora. Es que no quiero que mi hijo crezca solo. Limitaré mi tiempo de trabajo a lo justo, no más.”(EMDMV09)*

En los testimonios divergentes de las mujeres médicas que se desempeñan en el ámbito privado, se dio a conocer que, a causa de las dificultades presentadas, tienden a desarrollar problemas de salud mental al intentar desempeñar adecuadamente su profesión y su vida familiar.

*“La figura de protección idealmente materna y paterna es importante para el crecimiento del niño, pero más la presencia de la madre. Porque, digámoslo, nunca el crecimiento de un niño será mejor que el se realice con la madre, no con una empleada”. (EVJCE10)*

*“Tomar el tiempo de trabajo parcial es más complicado para el caso de las mujeres, pues su papel no llega a ser valorado de la misma manera. Ellas piensan que no realizan un buen trabajo: porque su tiempo está repartido en los quehaceres del hogar y su profesión. Padecen de un conflicto permanente”. (EVJCC04)*

La respuesta de una profesional que se desempeña en el ámbito privado nos abre la esperanza de que, en un futuro, las médicas no tengan que vivir en el dilema de la profesión-maternidad, pudiendo ejercer ambas de manera oportuna.

*“En la actualidad los varones están participando cada vez más del trabajo en las labores del hogar. Esto permite un contexto favorable para las mujeres”. (EMDMV09)*

Los testimonios de los y las profesionales, coinciden con respecto al hecho de que, desempeñar la maternidad durante la profesión, puede acarrear dificultades; asimismo, gestionar las relaciones maritales.

*“Las mujeres médicas muchas veces han depuesto permanecer con sus esposos por seguir con su profesión, porque a veces el control y el conflicto han obstaculizado su desarrollo. Eso tienen que entender ellas y quienes están con ellas”. (EVDLM02)*

*“Es difícil ver a una mujer con hijos en el posgrado. Muchas de nosotras sacrifican, porque posterga, la maternidad en bien de buscar una consecución y éxito en nuestra profesión médica. No es fácil”. (EMJAV05)*

Los profesionales también concuerdan en notar la situación de segregación en la que viven por el hecho de ser jóvenes o ser mujeres mientras se desempeñan profesionalmente.

*“Molesta y mucho el que los pacientes nos tratan de todo, menos como médicas o doctoras. O sea, llevamos el posgrado, estudiamos, y nos siguen llamando de señorita o hijita. Eso hace que nuestra predisposición muchas veces se vea incómoda.”(EMJAV05)*

*“Otra cosa que sucede, a menudo, es la apariencia que debe tener un doctor. A veces como lo ven flaco y pequeño a uno no me perciben como doctor, muy a pesar de los estudios y el sacrificio que se le pone a la carrera.” (EMJAV05)*

La segunda parte de la respuesta, de un varón profesional, narra la problematización al que son afectadas las médicas en su labor cotidiana.

*“A pesar que una doctora les atiende a los pacientes, ellos vienen y nos dicen a las colegas varones: yo quiero que usted me recete, por favor. Eso les desfavorece a nuestras colegas”. (EVJLL06)*

Esta respuesta que diverge, expresada por una profesional, revela la visión de un notorio cambio que se ha empezado a mostrar en la labor cotidiana, en tanto la cantidad de profesionales féminas laborando en un mismo escenario.

*“En todo los procesos y espacios donde trabajo la gran mayoría los atiende una mujer y eso para mí es sorprendente, a diferencia de años o décadas atrás. Es maravilloso.”(EVJLL06)*

En el periodo de recojo de información a los profesionales, se pudo contemplar que las médicas llamaban a casa con cierta frecuencia, para así estar al pendiente de lo que ocurre en el ámbito familiar, es por ello que se consideró importante que, dentro de esta subnoción, se incluya el monitoreo de las actividades propias de casa.

#### *Seguimiento del espacio doméstico*

Los testimonios convergentes de las profesionales se diferencian con la respuesta de los varones, al contar que es ineludible solicitar a la casa conocer la situación de sus familiares más vulnerables.

*“Tengo un hijo adolescente y estos permanente detrás y preocupada por él. No lo desatiendo; condecir que menos de 1 hora le estoy viendo de diversas maneras.”*

*(EMDMV09)*

Los testimonios convergentes de los profesionales que se desempeñan en el campo público y privado, consideran que es innecesario realizar una llamada a casa si de por medio no se tiene la existencia de un problema sanitario concreto, esto a consecuencia de que los hijos se encuentran a buen recaudo con la esposa o una persona de mucha confianza. Estos testimonios difieren de las profesionales, pues ellas indican que una vez los hijos tengan edad suficiente, exista estabilidad o corresponsabilidad en el hogar, será posible lograr la tranquilidad para laborar.

*“... mis hijos ya están grandes, ven su vida...así es que diría que no.” (EMDMV09)*

*“Constantemente estoy pendiente de mis hijos, así ya ellos estén mayores. Mis padres ancianos también necesitan de mi atención. Es necesario que esté con ellos.” (EMDIB01)*

Los testimonios convergentes de las profesionales narran que ellas se contactan mediante mensajes de texto más que por llamadas vía teléfono. Las madres mantienen gran atención, pese a que cuentan con una familia amplia, como madres y hermanas, que eventualmente pueden cuidar a sus hijos e hijas.

*“Tengo que estar atenta y en constante comunicación con mi hijo, y eso se me complica con el turno que el que me toca laborar. Trato de ver por él como sea, y valiéndome de la ayuda que puedo en casa con algunos familiares o conocidos. Imagínese si se enferma.”*  
(EVJGA08)

En cuanto se haya culminado la formación profesional, en caso se haya optado por apoyarse de una beca pública de posgrado y haber culminado la misma en un periodo igual a seis años. Así, en su mayoría, el primer año debe hacerlo, mediante el SERUMS (Servicio Rural y Urbano), en la Amazonía y los siguientes años en algún hospital provincial. Una vez finalizado el periodo de servicio al país, tendrán la posibilidad de optar por desempeñarse en el ámbito privado o público.

Por otro lado, los profesionales que sustentaron sus estudios por ellos mismos, ya sea en nuestro territorio o en el extranjero, se encuentran en la libertad de optar inmediatamente por uno de los dos espacios. Esta noción buscó capturar las dificultades y fortalezas con las que contaron los profesionales para hacer su inserción en cualquiera de los dos rubros.

### 5.5. Pros y contras: entre el sector público y el sector privado

La visión de las oportunidades de trabajo y las barreras impuestas, tanto en el sector público como privado, se dieron a conocer gracias a los testimonios recogidos de los profesionales.

*Oportunidades de trabajo, sistema privado*

Los testimonios convergentes afirman que existe mayor flexibilidad en el sector privado que en sector público, esto gracias a la autonomía con la que pueden desempeñarse los médicos, lo cual conlleva a mayor libertad en la organización del tiempo.

*“En el sector privado se puede sentir más libertad. Incluso si se complica el tiempo que uno dispone para formarse, por ejemplo, simplemente no se cita pacientes para ese día y todo normal. Además, en el sector privado los pacientes tienen un mejor trato con nosotros.”*  
(EVJCC04)

Los testimonios de profesionales del espacio privado, muestran que existe diferencia al de otros médicos que laboran en espacios similares, manifestando que este espacio convoca mucho tiempo de dedicación, su perspectiva sobre la gestión del tiempo, lo que hace ver que depende de la especialidad en la que se ejerce.

*“Para mí es importante el total manejo de mi tiempo, de mi vida y de mi familia. En el sector privado puedo hacer eso; creo que no sería igual si trabajara en el sector público. Allí atender a los pacientes uno mismo lo dispone.”* (EVJCC04)

Los testimonios de profesionales mujeres que laboran en el sector privado, indican que disponen de tiempo, lo cual desencadena en una atención personalizada del paciente, además de que esto, se complementa con el avance tecnológico con las que cuentan los consultorios privados, pues agiliza el quehacer médico.

*“En el sector público la demanda de nuestro servicio es masivo. El estrés está a la orden del día. Si una cada uno no se organiza bien, padece y de lo que es un servicio social de nuestra parte puede terminar, en interno, con ganas de dejarlo todo.”* (EMDMV09)

Estos testimonios convergentes de profesionales, enfatizan las ventajas que se puede obtener al ejercer labores en el área privada, logrando eficiencia y flexibilidad en el tiempo.

*“En la consulta privada podemos hacer varias cosas, incluso con mayor margen de decisión que en el sector público. Podemos combinar investigación con la labor social hacia la comunidad.”* (EMJAV05)

*“En el ámbito privado uno tiene un mayor margen de maniobra de lo que puede hacer más allá del trabajo, en cambio en el sector público el trabajo es rígido en cuanto al tiempo, son 8 horas.” (EVJLL06)*

De acuerdo testimonios expresados por los entrevistados, se concluye que para tener una mejor formación, es recomendable el sector privado.

*“Para el caso de seguir formándose y actualizándose es más favorable trabajar en el sector privado que en el público, porque en el hospital público como que están vigilándote. No se puede.” (EVJLL06)*

Este testimonio divergente de un profesional, nos da a conocer la existencia de explotación laboral cuando se está en plena formación.

*“nos hemos convertido en fuerza laboral barata...no hay mejora hasta ahora”  
(EMJAV05)*

Este último testimonio nos describe la existencia de una desventaja que se ha visto muy sentida por lo profesionales que laboran en el sector privado.

#### *Limitaciones de laborar en el sistema privado*

De acuerdo a diferentes testimonios de profesionales, se han logrado percibir algunas desventajas que se tiene al ejercer a profesión en el sector privado, es por ello que los médicos afirman que existe inestabilidad en la consulta privada, pues el espacio laboral es fuertemente competitivo, y a razón de ello, se hace complicado el poder incursionar en este sector si no se tiene acceso a recursos económicos y sociales suficientes.

*“Complicada la vida en estos tiempos. Le cuento que algunos de los colegas que laboran solamente en el sector privado están muy preocupados debido a que el tener consultorio les lleva una serie de gastos adicionales.”*

*“El mundo privado es complejo y si uno quiere hacerse un nombre allí, ascender y consolidarse, hay que invertir una fuerte suma de dinero. Tuve que irme del país, hacer un*

*poco de dinero, pero es complicado, sino no cuentas con un equipo de especialistas que persigan similares objetivos.”.*

Los testimonios convergentes de las profesionales mujeres nos llevan a la conclusión de que es complicado para ellas abrirse un espacio en el sistema privado, pues resulta que muchos pacientes prefieren ser atendidos por un médico, además de no contar con el apoyo suficiente, puesto que la inversión de tiempo y dinero es alta.

*“...Muchos pacientes prefieren a un varón que una mujer como médico. Eso es complicado y si algo se puede hacer en la consulta privada hay que esperar mucho tiempo para establecerse y ganarse la vida. Es una clara desventaja”.*

*“Hay que invertir tiempo para hacer clientela en la consulta privada. Para quienes somos la primera generación de médicos en la familia nos es más difícil posicionarnos, a diferencia de quienes tienen padres y estos les ayudan en su carrera y ascenso.”. (EMDIB02)*

El testimonio divergente de una profesional que ejerce sus labores tanto en el sector público como en el sector privado, ella afirma que no tiene ningún compromiso familiar de por medio y esto facilita la dedicación a su trabajo, todo ello complementado con la preparación que tuvo en Europa, lo cual le permite sentirse útil al ejercer su profesión como ayuda a niños que necesitan atención de su especialidad en espacios públicos.

*“hice una fuerte inversión y me fui a estudiar al extranjero, por lo que no le veo desventajas en trabajar en el sector privado. Trabajo en el sector público, doy servicio privado y también ejerzo la docencia. Dejar el hospital público no está en mis planes debido a que dejaría de hacer el bien a quien más lo requiera. Siempre quise ayudar a los demás”. (EMDIB01)*

Este testimonio divergente de un profesional varón sobre el espacio privado, nos cuenta ciertas dificultades que presenta al tratar a un paciente que tiene un rango social elevado, pues ellos pretenden imponer su criterio en la toma de decisiones, lo cual termina siendo amenazante para algunos médicos.

*“En el sector privado, en particular, a mí no me agrada laborar. Allí la gente quiere imponerse. Cree que por su dinero ellos pueden maltratar o manipular al médico, quieren imponer lo que piensan. Eso para nada nos agrada a quienes estudiamos.” (EMDMV09)*

En el presente testimonio divergente de un profesional varón del espacio privado, se aprecia que es importante ser parte y trabajar en conjunto, además de apoyar a pacientes fuera de un consultorio privado, es decir, que se encuentran internados en asociaciones, mostrando humanidad y cumpliendo los mandatos católicos.

*“No hago medicina para el sector privado, es decir, atender en mi consultorio a pacientes solo. Más bien mi trabajo lo hago en equipo. También, le doy mi apoyo a asociaciones de pacientes crónicos...” (EMDIB01)*

Este testimonio divergente de un profesional varón del sistema privado, alude a que en este hay más presión en darle tiempo, más dedicación de tiempo, si se quiere retener a los clientes.

*“En el sector privado, el tiempo es complicado de disponer de él, y si intenta las dificultades repercuten contra uno mismo. Esta situación provoca una falta de regularidad, es decir, un camino con altos y bajos. En mi experiencia ha sido satisfactorio, ya que mi padre es un médico distinguido y yo estoy aquí en la misma área que él labora. Eso me ha beneficiado.” (EVJCE10)*

Este testimonio de un profesional del espacio privado, manifiesta su requerimiento de ser parte de un grupo con el que pueda investigar, ya que el entorno privado no le da este tipo de ocasiones.

*“Me incliné por el sector privado ya que me encuentro más cómoda en este espacio laboral. Se extraña investigar aquí en la consulta privada”. (EVJCC04)*

Estos testimonios convergentes de profesionales, narran que, al ejercer labores en espacios privados, obedecen a cumplir de forma excedente con ciertas labores administrativas, pues se ven en la necesidad de documentar los exámenes que se han ordenado, otra razón que se

suma a la dificultad de sumergirse en el campo privado, pues lograr ganar más clientes se torna complicado y tedioso.

*“muchas veces los pacientes creen que nosotros le atendemos mal, que cometemos negligencia, y eso no es así. Para evitar estos inconvenientes documentamos y hacemos firmar consentimientos informados de todo lo que les va a suministrar o atender. Eso, por decir lo menos, nos llena de angustia.” (EVJLL06)*

Los testimonios de diferentes profesionales, señalan su disidencia por la conducta que muestran algunos pacientes que creen que por su condición social están en el derecho de desplazarlos por ser residentes, he ahí otra causa que hace desfavorable laborar en el sistema privado.

*“Algo que no pasamos bien como profesionales de medicina es el trato que nos brindan los pacientes. Cuando uno les atiende, dicen que quien le atiende es tal o cual y doctor y lo prefiere. Surge que uno se siente disminuida o desplazada. En otras ocasiones hasta te gritan y te dicen: estoy pagando por algo, y eso no está bien.” (EMJAV05)*

Estos testimonios mostrados pertenecen a los profesionales que tienen la oportunidad de laborar en el sistema privado o que están laborando en los dos sistemas de trabajo. En lo siguiente, se procede a mostrar los testimonios contados por especialistas que en su mayoría han visto el sector público como la única opción de ejercer su profesión.

#### *Obstáculos en el sistema público*

Los testimonios convergentes de los especialistas sobre las ventajas de ejercer sus laborales en espacios públicos, manifiestan que fortalecen su altruismo y solidaridad con la gente que más lo necesita.

*“Una satisfacción espiritual es la que uno puede obtener al trabajar en el ámbito público. En mi caso, no me inclino en ver la medicina desde lo comercial. Sí puedo comprender que hacerlo es un derecho de quienes se dedican, pero no quiero verme*

*involucrada en esa manera privada de practicar la medicina. Prefiero dedicarme a lo público: un servicio para todos.” (EVDLM02)*

*“Lo más importante que yo le identifico a la labor de servir a quien más lo requiera, es que en mi especialización si el paciente necesita una intervención quirúrgica y no tiene oportunidad de realizarla, entonces su vida corre un riesgo. En ese sentido, trabajar en el ámbito público es satisfactorio.” (EVDLM02)*

Un testimonio que coincide respecto a las médicas del espacio público es que, toman en cuenta que para ellas hay ventajas, porque pueden hacer su trayectoria profesional sobre sus méritos laborales y académicos.

*“Vine con deseos de realizar las cosas. Y eso es muy interesante, debido a que puedes hacer labores, elaborar conferencias, ejecutar investigaciones. Puedo decir que el sueldo es pasable.” (EMDIB01)*

Los testimonios convergentes de los médicos retoman la importancia del vínculo profesional, el interés por competir en las investigaciones y producción de conocimiento, de laborar más apegados a los procedimientos institucionales.

*“Tengo la libertad, de decirle al paciente que no le puedo suministrar antibióticos porque no los requiere y que lástima si se molesta. Pero en los privados por ese tema del tipo de relación que se estableces con los pacientes.” (EVJCC04)*

*“Lo que extraño mucho es la ausencia en el ambiente del hospital, ese día a día, la discusión de casos, eso es lo importante, pelear, en interno, discutir con los colegas sobre algunos temas.” (EMDMV09)*

Los testimonios convergentes de los médicos, manifiestan que el pasar tiempo en los nosocomios públicos son beneficiosos durante su formación profesional, y también al momento de realizar prácticas.

*“La mayoría de veces nosotros pasamos en el centro obstétrico, llegamos a saber de todo, estamos allí de manera constante. Aquello nos permite incrementar nuestra experiencia y dominar todos los casos.” (EMJAV05)*

Estos profesionales expresan un testimonio que converge en contemplar que una ventaja clave es poder contar con un sueldo estable.

*“Prefiero el sector público porque en el sector privado tengo que darle un sueldo a la secretaria, rentar un consultorio. A veces va bien, a veces mal; prefiero un ingreso estable.” (EVJCC04)*

Los profesionales expresan un testimonio coincidente, pues consideran que, al ejercer su profesión en el sector público, están cumpliendo el propósito inicial con el cual optaron por estudiar medicina, además de sentirse cómodos por trabajar con personas que pertenecen a su misma clase social.

*“En el sector público me siento cómodo, ya que las personas que le brindo mi atención pertenecen a mi clase, puede decirse que son personas sencillas.” (EVDLM02)*

*“Soy profesional de medicina. Me hice médico para ayudar a la gente. Se sabe que en el ámbito público hay muchas personas que no tienen esa ayuda. He seguido varios casos de mujeres que llegan a consulta con cáncer de mama muy avanzado.” (EMJAV05)*

Estos testimonios de los profesionales que se diferencian, apuntan la importancia de hacer estables las conexiones profesionales, y hacer un uso regular de determinadas redes que pueden facilitar el crecimiento académico y profesional.

*“en el sector público uno sigue observando muchas cosas y tienen colegas que siempre van a continuar formándose. Pienso que lo público siempre va persistir avanzando, avanzando, viendo muchas otras cosas más.” (EVJCC04)*

*“Pienso que con el fin de empezar si optaría por el sector público debido a debemos tomar en cuenta que es muy requerido, el de establecer redes, que otros colegas sepan de tu perfil, para que te refieran los pacientes.” (EMJAV05)*

Este segmento de testimonio nos revela que los profesionales toman a bien laborar en el espacio público, a pesar de que sea temporal, les permite afianzar su carrera profesional.

### *Obstáculos de laborar en el sistema público*

Un testimonio que converge de los profesionales es el ejercicio de una violencia, a la que podemos llamar simbólica, venida de los pacientes, así como de los jefes y de los cuadros administrativos.

*“Sí, en el sector público también existe maltrato, o sea ha cambiado mucho la gente, antes había mucha consideración por el médico. Años atrás el médico era una persona que se lo respetaba en todos los sentidos.” (EMDMV09)*

*“En el sector público podría dar la imagen de que tratan mal, lo que yo estoy viviendo, hoy vine a laborar, no he tenido tiempo ni de comer ni para ir al baño, estado con un paciente tras otro y los pacientes agrediéndome afuera, yo me tomo mi tiempo en las consultas, converso si encuentro duelos.” (EVJGA08)*

Estos testimonios que no coinciden, de todos los profesionales, indican que los demás entrevistados aluden al sentido de pertenencia y a la calidad la labor pública, el de ser tratado como burócrata y no como médico o médica.

*“yo salí del sector público, debido a que percibo que ahora no hay sentimiento de líder en el contexto. Me refiero a que quienes detentan la jefatura de servicio sean gente destacada, que uno como tratante de ese servicio sienta orgullo de ser parte de ese equipo, para mí que a los servicios les escasea alma”. (EMDIB01)*

*“En el sector público pienso de que se les trata como técnicos de la medicina, como obreros de la medicina, y en definitiva van a vender su fuerza laboral, pero esta no constituye el conocimiento, también es el desgaste emocional mental, ya que una se relaciona 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 la preocupación”. (EMDMV09)*

Los testimonios de los profesionales convergen con las médicas, esto debido a los reclamos surgidos por la demanda administrativa y, por otro lado, el incremento de la carga laboral.

*“Lo pésimo en el sector público es que le impuguen a uno a ver a los pacientes en menos de 20 minutos, que te controlen con un aparato electrónico la hora a la que llegas estoy de acuerdo, ya que somos peruanos atrasados, a mí por ejemplo me dificulta y por eso por nada iré al sector 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.” (EVJLL06)*

*“el trajín con los papeles es demasiado en el primer nivel, pues ahí sí que hay que llenar formulario, el programa de esto, el programa de este otro, aunque pienso se llena alrededor de veinte formularios al mes, eso a mí me incomoda por eso yo no iré al sector público.”(EVDLM02)*

Otro caso débil que ha sido observado por las y los médicos, es la deficiencia de la estabilidad laboral, que la ven ampliamente padecida por muchos de ellos, sin excepción, tanto en varones como en mujeres.

*“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.”(EVDLM02)*

El segmento de testimonio indica una cuestión de situación desfavorable, a partir de las relaciones de poder, la cual converge con los profesionales, lo que es es el maltrato inclinado y que proviene de los pacientes.

*“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.” (EMJAV05)*

Dichos testimonios que no convergen de los profesionales, tratan del perjuicio legal en el ejercicio médico y el rechazo que esto provoca.

*“entre el paciente y el médico, ambos estamos a la defensiva porque al empezar hay malos tratos, en segundo lugar, no se debería estar pasando a estar en conflicto con el paciente ya que en de inmediato llegan las quejas, llega el Ministerio del Trabajo. Como se ve, el peor enemigo que se tiene es el propio talento humano ya que se empieza hacer un diagnóstico, no digo una estudio para resolver el problema sino para fiscalizar.” (EVJCC04)*

*“las demandas se han incrementado, a partir de que se aprobó lo del código, y esto se observa en los registros de que agarran un caso de una doctora que había muerto una paciente, tal parece que le dio una embolia de líquido amniótico, y esta había quedado en la sala de cesárea, de esta manera sin que se le implique un juicio terminó presa. A cualquiera le daría pánico; por esa razón yo hago ver el consentimiento para todo, incluso para poner una vacuna de un antiinflamatorio.”(EVJLL06)*

Los testimonios no convergentes de los profesionales, narran la falta de buen trato que padecen por las autoridades del MINSa: no proporcionarles alimento y no confiar de su desempeño como especialista médico, llegando a niveles en los que es necesario autenticar firmas por algún insumo que se haya utilizado, archivos que son como actas de emisión y remisión.

*“es intolerable, no tenemos alimento, 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?” (EVJCEI0)*

*“yo no sé quién distribuye aquí qué medicamentos, o salen o entran, por ejemplo ahora, no se puede gastar ni siquiera guante, usted tiene que dar registro por un guante. Me parece tan, fuera de razón, ya que no voy a utilizar por nada un guante para jugar o para ensuciarlo,*

*sino para lo que yo necesito en mi servicio, y aquí ahora tenemos que firmar en una hoja y sellar, registrar mi número de cédula. Eso me frustra.” (EVJCE09)*

El testimonio que diverge de los médicos, es que no presentan condiciones académicas pertinentes, pues no hay conformidad por cómo se está la agenda académico-formativa.

*“a veces hay dificultades con lo cada uno conoce, también discute o se tiende a dar como opción y como también es jefe de un servicio lamentablemente no puede hacerlo debido a que eso ya está implementado desde hace muchos años ahí y no se puede convertir ese tipo de servicio que usted sugiere o ve que es el mejor para el paciente, claramente respaldado por la ciencia, además que la experiencia también cuenta pero no es la causante.” (EVJCE10)*

Los testimonios de los distintos profesionales narran que entienden las causas por las que los pacientes son violentos con ellos y denuncian sobre los problemas del sistema de salud nacional.

*“En el espacio público se tiene que esperar mucho, las personas tienen que sufrir más, es decir, algunas veces el gobierno intentará implementar un sistema tan eficiente como el del sector privado, por eso ver a las madres que están padeciendo, que usted nosotros le podemos mejorar la vida de su bebé, y no es posible porque escasea muchas cosas, y eso es muy duro.” (EVJLL06)*

## Capítulo 6. Discusión y análisis

La discusión de los resultados están ordenados en cuatro etapas: 1) se alude a la formación conceptual que los entrevistados presentan respecto a las nociones sexo, género y feminización; 2) se dirimen las causas por las que los entrevistados se inclinaron por estudiar medicina; 3) se sostienen las inadecuadas percepciones de género que tienen en el momento de elegir la especialidad; y, 4) por último, se examina el balance que hacen los entrevistados del estudio, de cara a las ventajas y desventajas que da el espacio público y el privado, para desempeñar la especialidad médica.

### 6.1. Nociones de género, sexo y feminización

Las nociones de sexo y género, también noción de feminización, se elaboran en una situación histórica específica. Los entrevistados y entrevistadas tuvieron entre 30 y 65 años, y al examinar sus testimonios, casi todos no conocen la diferencia entre “sexo” y “género”, pues en algunos segmentos de sus respuestas, indicaron que la noción “género” involucra la diversidad de identidad sexual. Esto se puede dar cuenta, debido a que según su profesionalización en las escuelas de medicina, durante los años ochenta y noventa para muchos, en el Perú, el testimonio preponderante fue machista y no incluían tantas disputas de género, como en años recientes.

Bien sabemos que el presente estudio no tiene como fin el análisis semántico de los términos antes señalados, sin embargo, es necesario reconocer que "género", en castellano, puede caer en confusiones. Por un lado, se la define como un término taxonómico con el cual clasificamos una especie o una clase a la que pertenece determinado individuo, es así que al conjunto de mujeres se les denomina el género femenino, mientras que a los varones se les denomina género masculino.

Otra definición que se le otorga a este término, refiere a la manera de realizar algo como en el caso de un género musical. A su vez, se utiliza para nombrar algunos tipos de mercancías, como pueden ser tejidos, con ello concluimos que el término "género" no se usa solamente para referirse a personas, sino también a objetos, los cuales pueden ser femeninos o masculinos.

En el idioma inglés, "*gender*" es utilizado solo para nombrar las diferencias existentes entre los seres vivos, siendo un término exclusivo de ellos. Las académicas feministas cambian el sentido de "*gender*" para referirse a una noción cultural, y así diferenciarlo de lo biológico. El término "género" en el contexto académico, aportado por el feminismo, parece no ser conocido, reflexionado y/o comprendido por los profesionales entrevistados, quienes mantienen el uso tradicional del término.

Sobre la noción "feminización", las y los profesionales consideran que en los últimos años se ha mejorado la situación de la mujer, tanto en el aspecto académico como profesional, llegando a consolidarse como mayoría en espacios que con anterioridad eran ocupados por varones, ejemplo de ello, son los quirófanos, al punto de que hoy en día existen mujeres ocupando cargos de dirección, sin embargo, esta presencia no ha sido de gran significancia en los servicios ni en la práctica profesional.

Un aspecto a considerarse es que en espacios donde se observa que a pesar de que la cantidad de mujeres en medicina es mayoritaria, no se considera feminizado, esto se debe a que su presencia no incide dentro de la cultura organizacional de los servicios.

De acuerdo a un estudio realizado por María Pozzio en el Distrito Federal de México, 2014, se logra apreciar que el hecho de que, siendo mayor el número de mujeres estudiando o ejerciendo cargos de dirección, no hace que la profesión sea feminizada; más al contrario, se

descubrió que ellas ejercen ese liderazgo de manera autocrática y rígida, llegando incluso a ser menos tolerantes que los varones.

Lo que implica la feminización es un hecho que va más allá de solo la cantidad de mujeres en algún campo profesional y no solo depende de las mujeres, es decir, requiere cambios cualitativos que se tienen que ir empleando, haciendo un trabajo conjunto entre ambos sexos, es un hecho que toma tiempo en ser considerado e incorporado en las decisiones públicas.

## 6.2. Nociones sobre “formación de la profesión médica”

Los entrevistados afirmaron que las principales razones que tuvieron para ejercer estudios en medicina fueron: vocación de servicio, un pariente que haya ejercido la profesión con anterioridad, o porque consideraban que era rentable.

La vocación de servicio está relacionada al hecho del altruismo, que es con el fin que surge la medicina, en el cual las religiosas jugaban un papel importante, tiempos en los que, si una persona enfermaba, era indicio de que estaba siendo castigada por Dios; sin embargo, debía ser tratado con espiritualidad y compasión. A finales del siglo XIX, la medicina incorpora el conocimiento científico, por lo tanto, en adelante, las decisiones que se iban a tomar, debían estar basadas en pruebas.

El hecho de estudiar medicina llevados por la vocación, está estrechamente relacionada a la religión, pues se da a entender que la medicina esta equiparada con el sacerdocio. Sin embargo, existe otra razón que se va por el lado humanista, pues jóvenes que mantienen valores altruistas, se proponen hacer un cambio social y mejorar el mundo mediante la profesión que vayan a ejercer en un futuro, en este caso, el de la medicina.

Los profesionales que tienen a sus padres ejerciendo la medicina como carrera, vieron en ellos un impulso para desarrollar su carrera en torno a la entrega de los pacientes. Según

algunas apreciaciones en nuestro país, se generó una tendencia que consiste en formar consultorios familiares; sin embargo, basado en los estudios, no se puso afirmar ello, pero lo que, si se pudo apreciar, es la existencia de un trabajo conjunto entre padres e hijos.

Algunos profesionales afirman que a pesar de las opiniones contrarias que tenían sus padres frente a su decisión de estudiar la carrera de medicina, ellos siguieron adelante, pues sus padres advertían de lo dificultoso y que la inversión de tiempo era mayor en esta carrera, sugiriendo que siguieran "carreras como la enfermería o docencia que eran más apropiadas para las mujeres", visualizándose mediante ello el enfoque de género.

Como último punto, se tiene que algunos profesionales siguieron la carrera de medicina porque les sugirieron que era rentable, pues es de conocimiento general que la medicina privada tiene un buen posicionamiento en el sistema de salud peruano.

Los médicos generales que no tuvieron la posibilidad de ejercer una especialización, han sabido cómo abrirse espacio dentro de mercado, ello con la apertura de consultorios de primer nivel en asentamientos de ciudades con buen desarrollo económico, tomando como población objetivo a personas que no disponían de un buen nivel salarial y que no podían asistir a un centro de salud público por la saturación de este, además de que los costos en este tipo de consultorios eran accesibles.

Por otro lado, los médicos que tuvieron la oportunidad de especializarse, cuentan con consultorios propios, los mismos que se ubican en edificios que son visiblemente ostentosos o en clínicas privadas, cuyo público objetivo son pacientes que cuentan con una solvencia económica alta, pacientes que cuentan con un seguro privado o pacientes que estén en la posibilidad de pagar por los servicios ofrecidos.

Se tiene también a los más jóvenes, quienes optaron por hacer su ingreso en el sector privado por los beneficios económicos que estos ofrecen, sin embargo se dio a conocer un hecho

visible entre varones y mujeres que hacen su inserción en el sistema privado, pues el "éxito" dependerá de la elección que haga el paciente frente al médico(a) que lo vaya a atender, teniendo como resultado que las opciones, en su mayoría, han sido de médicos varones cuando los procedimientos a realizarse eran complejos, representando esto una dificultad para algunas mujeres, pero para otras que tienen vínculo parental con médicos reconocidos, esto no significa un problema.

### 6.3. Delimitación en el proceso de elegir la especialidad médica

En esta noción de elección de la especialidad, se dividieron en tres subnociones: la primera, referente a la afinidad por determinada subespecialidad 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 importante en la elección de la especialidad.

Una vez culminada la carrera de medicina, los profesionales buscan ejercer una especialización, pues pretenden diferenciarse de sus colegas y con ello lograr la competitividad en el sistema de salud, ya que, al contar con determinada especialidad, además de generar confianza, serán elegidos por los pacientes para ser atendidos. Se dice que antes de la reforma jurídica de regulación de tiempos laborales, el hecho de que un médico labore en el sector público, le confería "prestigio", lo cual representaba una buena referencia para su ejercicio en el sector privado.

Un factor determinante para que un médico pueda especializarse, es el "factor económico", pues para ejercer un posgrado, además del cupo, se necesita solventar los gastos en los que este pueda incurrir, ya sea en el país o en el extranjero.

En el caso de las mujeres, si tienen un vínculo familiar, esto representara una dificultad para su profesión, pues en muchos casos se verán en la necesidad de postergarla, sin embargo, aquellas que estén solteras, estarán en las mismas condiciones que un varón.

Si un profesional no cuenta con lo requerido para realizar una especialización, debe buscar y aprovechar las oportunidades que se le presenten, ayuda que puede provenir de becas o créditos que el estado les facilite, pero ello acarrea consigo un trabajo obligatorio de seis años en la institución que se le asigne, esto a modo de devengar el costo incurrido.

En el caso de las mujeres, si ya están en el papel de maternidad, será complicado realizar un posgrado, ya sea en el país o en el exterior; y en el caso de que esto se haga realidad, se va a dar únicamente en casos donde las mujeres se encuentren casadas con médicos de economía solvente. Hasta la fecha, los testimonios afirman que los padres ejercen nula influencia en la toma de decisiones frente a la búsqueda de una especialidad.

Los hijos determinarán la especialización de la médico, quien dejará de lado la vocación para realizar su posgrado, es decir que, si desea especializarse, buscará que esta vaya acorde a sus responsabilidades de madre. En términos de Bourdieu, ha incorporado la maternidad como *habitus*.

De acuerdo a la información recabada, se tiene un sesgo entre las especialidades por las que optaron las mujeres y los varones, pues se tiene noción de que aquellas especialidades que demandan mayor inversión de tiempo y son más exigentes, deben ser ejercidas por los varones. Sin embargo, algunas mujeres que no tenían sobrecarga familiar y que hicieron un posgrado en aquellas especialidades consideradas "para varones", creen que la pueden ejercer de manera plena. Pero ello solo refleja que, si una mujer quiere sobresalir, el costo que tiene que pagar es la soltería, "violencia simbólica", como afirma Bourdieu.

El pensamiento patriarcal aún es dominante en el ámbito de la medicina, pues testimonios de ambos géneros afirman que las mujeres tienen la obligación de criar a los hijos, esto a pesar de estar ejerciendo la profesión.

Según “tuberías con fugas”, planteada por Pilar Arrizabalaga, en Barcelona 2014: *“Existen desigualdades de género en la inserción profesional, porque las mujeres no acceden a trabajo de mayor jerarquía debido a que deben cuidar a los hijos”*.

Los profesionales que laboraban en universidades públicas y privadas, coincidieron en que sus estudiantes se encontraban en similares condiciones, pues si no estaban autofinanciando sus estudios, contaban con el apoyo de becas que eran financiadas por el Estado peruano o por entidades privadas. Además de que el campo de las especialidades médicas es el único espacio donde el gobierno otorga su apoyo a estudiantes de universidades públicas como privadas.

En el campo de las especialidades médicas, se logró evidenciar que es el único espacio donde el estado no ejerce diferencias por el tipo de universidad de donde se proviene, es decir, no es objeto de distinción el centro de estudios de procedencia.

El problema más evidente, se da en el ámbito del género, pues aquellas mujeres que tienen hijos, no tienen una solvencia económica adecuada, o cuyos maridos no tienen conexiones importantes en el campo de la medicina, son las que deciden abandonar su profesión, es decir, “fugan por las tuberías”.

Los y las profesionales que no tuvieron la oportunidad de especializarse por vocación, siguieron otras rutas, teniendo presente que su principal objetivo era el crecimiento profesional, como en el caso de las mujeres que buscaron que su especialidad vaya en armonía con sus responsabilidades de mujer de familia.

Tal como se mencionó en párrafos anteriores, el dinero es factor clave si se busca lograr una especialidad de su vocación, sin embargo, para las mujeres, esto no es suficiente, ya que a lo largo del camino irán encontrando restricciones, lo cual las obligará a especializarse en lo que se les presente.

La condición económica es un factor determinante desde el momento en el que se opta por la carrera de medicina hasta las especializaciones, pero no dejando de lado la organización de la oferta académica nacional y las condiciones de género, en este último, resaltando que la mujer es quien se encuentra perjudicada, debido a que tiene que llevar profesión sin que este repercuta negativamente en su vida familiar, esto según mujeres que vivieron en una cultura patriarcal.

#### 6.4. Perceptos de “ejercicio profesional médico”

Para documentar las percepciones sobre las experiencias que viven las mujeres en el ámbito profesional, se tuvo que examinar la información en tres subnociones: los ámbitos administrativos; la relación entre la vida profesional y personal; y, finalmente, la percepción sobre seguridad y control para que con ello se logre identificar las disparidades.

Aquellos que laboran en el sistema de salud pública, están sujetos a laborar en horarios rígidos de ocho horas diarias, además de tener que cumplir normas estrictas.

De acuerdo a testimonios que se recabaron de algunas cirujanas que ejercen sus labores en hospitales públicos, aluden a la existencia de segregación, pues consideran que no se les hace fácil lograr un horario dentro de los quirófanos, ya que es una especialidad donde predominan los varones. No obstante, identifican lo favorable que es para ellas el tener reglas que impiden que el paciente pueda escoger al especialista en cirujía.

Para una mujer, es difícil lograr su inserción en el sistema privado, en caso de que no cuente con una mediana situación socioeconómica que le respalde estar asociada a las clínicas o ser miembro de un grupo familiar reconocido; en otras palabras, en el caso que las mujeres tengan la posibilidad de ingresar al sector privado, tienen que considerar un buen capital cultural, social y económico. De otro modo, deberán conformarse con ser “trabajadoras mal pagadas del sector privado”.

Es notoria la diferencia entre mujeres y varones que ejercen la profesión de médicos, pues a pesar de que ambos estén sujetos a los horarios determinados por el centro laboral y los contratos que no garantizan estabilidad a largo plazo, son las mujeres quienes son víctimas de la segregación horizontal, como lo mencionado en el párrafo anterior frente a la asignación de quirófanos, y también frente a la responsabilidad que tienen como madres.

Según la afirmación de algunas mujeres, el momento más complicado durante el ejercicio de su profesión fue lidiar con las responsabilidades de su carrera, así como con las de su hogar. La segregación en el sector público no cala tan fuerte como en el sector privado, pues en hospitales públicos, el paciente no tiene la facultad de elegir quién se va a hacer cargo de su cirugía; sin embargo, si corren el riesgo de ser denunciadas en caso de que existan complicaciones al ejecutar la cirugía. Por el contrario, en el sector privado, se puede apreciar mediante el testimonio de una mujer que se ha visto en la obligación de operar sin que los pacientes supieran que fue ella quien ejecutó la cirugía, adjudicando esta labor al esposo, hasta que decidió divorciarse para empezar su propio camino. Al presente, ella es jefa de docencia del servicio de cirugía en una institución de salud pública; no obstante, aún no ha logrado instalar su propio consultorio. Este es un claro ejemplo de que, si una mujer no cuenta con recursos económicos o socioculturales, no puede desarrollar plenamente su profesión, optando por abandonarla o dejarla a medias.

Otra situación que experimentan las medicas cirujanas, emergenciólogas, viene de parte de las enfermeras que forman parte de su equipo de trabajo, pues se evidenció que ellas prefieren brindar su apoyo a los médicos, dejando de lado las peticiones de las médicas. Sin embargo, estos problemas no se dan con doctoras que ejercen otras especializaciones. Esto evidencia que hay especializaciones en las que las mujeres son aceptadas y en otras que no.

Dentro del país, las mujeres están en la posibilidad de ocupar cargos de dirección, esto como consecuencia de que los profesionales en medicina son mujeres en mayoría, sin embargo, ejercen estos cargos de manera masculinizante o patriarcal.

Las profesionales médicas, en su etapa formativa, narran situaciones de segregación realizada por los pacientes que generan barreras; situaciones cotidianas como que un paciente varón requiera a un médico de guardia (también varón) de primer año de residencia, que evalúe la receta que le dio la médica residente del tercer año; u otro caso en que en pleno momento crítico, el paciente o sus familiares pidan que sea un médico varón quien instale un tubo torácico en un paciente que está condición de emergencia; así, evidencian otros tipos de dificultades que están presentes en el trabajo cotidiano de las profesionales médicas.

En el aspecto cultural, más aún, la segregación que experimentan las médicas jóvenes, es que los pacientes, varones y mujeres, les llaman de “señorita”, “licenciada” o “mijita”, lo cual representa una forma efusiva, a pesar de tener un rótulo de médica. Es por esta razón que la médica se ve en la necesidad de presentarse frente al paciente como tal, lo cual no ayuda a la relación médico-paciente, y genera mayor desgaste laboral.

Ahora bien, el monitoreo de las rutinas domésticas y todas las respuestas mencionadas al respecto, son consistentes con las anteladas: las mujeres ejecutan su guardia manteniendo el contacto con los hijos a través de un teléfono celular, o con quien esté cuidándoles en ese momento.

Para un grupo de profesionales en medicina, el ámbito público tiene la ventaja de la estabilidad laboral, un ingreso fijo. Muchos piensan que es un salario bajo y que no cubre las necesidades y aspiraciones de un médico/a. Si se contrasta este con un horario rígido de trabajo promedio, al profesional en medicina se le obstaculiza desarrollar el ejercicio privado, obligándoles a cumplir extensas jornadas laborales.

El ámbito público posibilita que algunos profesionales en medicina creen que están satisfaciendo el sueño trazado cuando eran jóvenes, el cual era servir a la población más necesitada, poner en práctica la profesión de modo ético: cumpliendo protocolos, ejecutando los procedimientos requeridos que le den la oportunidad de hacer docencia y poder investigar. No obstante, estos mismos profesionales identifican que el ámbito público tiene enormes obstáculos: copamiento de pacientes, demanda por encima de la oferta médica que obliga a dar consultas de muy pocos minutos, demasiada carga de trabajo administrativo que mencionan que no debe ir con su profesión, aunque reconocen que eso tiene que ver con la gestión pública que busca orden.

La profesional en medicina que no posee un capital social ni económico que le posibilite acceder en el ámbito privado, debe “resignarse a trabajar en el sector público”.

Las respuestas de los profesionales en medicina narran que, en el ámbito público, “dejan de ser profesionales de la medicina”, debido a que no es seleccionado por el paciente; luego, precisa de trabajar según normas determinadas: 15 a 20 minutos por cada paciente, manteniendo una cadena de mando fija, lo que quiere decir no puede optar por decisiones de forma independiente a las reglas, excepto que detente jefatura de servicio.

Muchos de los testimonios mencionan que el profesional de medicina, recibe constantemente mensajes que intentan direccionarlo a destacar frente a los demás, lo cual será posible solo si

continúa educándose, desencadenando en la obtención de méritos que hagan que su reputación mejore frente a sus colegas y pacientes.

El profesional recibe constantemente proyecciones de modelos relacionados a la excelencia del servicio frente al paciente, sin embargo, se topa con pacientes que están insatisfechos por diversas razones como extensas esperas, lo cual desencadenará en agresividad.

Si bien es cierto, el ámbito público les brinda la oportunidad de dar servicio a las personas que más lo requieren, al no dar crédito a su persistencia y ordenar su estructura de gestión de manera rígida y con enorme sobredemanda, lo cual hace que el vínculo entre el médico y el paciente sea indiferenciado, lo cual provoca frustración en el paciente.

En el caso de las médicas que seleccionan especialidades que son más signadas para los varones, tales como la cirugía, el orden del sector público les ayuda a ejecutar su carrera. Puesto que, de acuerdo a la información recabada, se tiene que los pacientes reconocen el trabajo de las médicas que se encargaron de su cirugía, lo cual es importante por la validación que se les da, aludiendo además que los pacientes no tendrían la misma atención de cirugía en el sistema privado.

En el ámbito privado, destacaron que son “los que disponen de su tiempo” y, por ende, de su vida; más al concluir el día de trabajo. Si trabajan más tiempo del promedio, creen en el “privilegio de organizar su tiempo”: contar con flexibilidad respecto al horario. Lo cual será visualizado a través del sentido de independencia, que es especialmente valorado por las médicas.

El paciente tiene un modo de tratar a las y los profesionales de medicina que es de mayor calidad en el ámbito privado, sin embargo, en específicos contextos, los profesionales jóvenes sienten que aquellos abusan de su posición. En el espacio privado no se exponen dificultades

de inadecuados tratos, porque los pacientes tienen expectativas a ser atendidos con tranquilidad por los mismos profesionales que han elegido.

Como profesionales de medicina humana, la satisfacción está abonada por llegar a tener una consulta repleta de pacientes, lo que los estimula a continuar formándose para sostener un nivel de capacidad que le haga seleccionable. Las profesionales en medicina, exponen regular o mayor segregación, tanto vertical como horizontal, que debe tratar de reducir mediante diferentes estrategias.

Algo que resaltan los médicos dentro del sistema privado, es el grado de instrucción con el que cuentan los pacientes, lo cual posibilita una mejor comprensión entre médico y paciente. Aquellos que hayan tenido la oportunidad de desarrollarse profesionalmente, se ubican en un contexto distinto, lo cual representa una reducida minoría en este respecto, son reducidos los casos que logran esta finalidad y lo realizan con prioridad en el ámbito privado.

## **Capítulo 7. Conclusiones**

1. Las visiones sobre las nociones de feminización, género y sexo, fueron variadas entre los y las profesionales en medicina. Los médicos no presentan ninguna claridad conceptual

frente a estas manifestaciones, mientras que las profesionales muestran relativa claridad conceptual sobre estos términos.

2. La decisión de inclinarse por la especialidad médica humana en el Perú se da a la edad de 18 años, momento de la vida en la que predomina el idealismo, el influjo ideológico de los padres y la religión mantienen un gran peso en esta decisión; los entrevistados hicieron referencia a la vocación de servicio, ejemplo de sus padres o familiares médicos, recomendación de los padres que consideraban a la medicina como profesión rentable.
3. La decisión en seleccionar el área de especialización, está contundentemente influida por el género. En las opiniones de los y las testimoniados del estudio, se muestra que hay especialidades dirigidas para mujeres y especialidades dirigidas para varones.
4. En la toma de decisión de elegir la especialidad, intervienen factores estructurales y sociales. Si el o la médica tienen 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.
5. El denominado pacto social del médico se ha transformado. 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.
6. La tensión permanente que viven las profesionales en medicina es de qué manera conciliar el desarrollo profesional con el de la vida personal y familiar. En esta condición, las posibilidades de vincularse en cargos docentes o jefaturas de servicio se complican

para las médicas con familia, por lo cual es claro que existe una segregación horizontal y vertical.

7. Las profesionales en medicina que se deciden por especialidades consideradas ámbito de varones, padecen una sanción social, que es la soltería, sufren violencia simbólica que no es identificada por ellas, aunque mencionan que sienten que es injusto que sus colegas varones puedan ejercer esa especialidad y tener una familia, consideran que la soltería les permite competir en igualdad de condiciones.
8. Debido a diversas causas, las médicas mencionan que el espacio público es donde encuentran mejores oportunidades, pues primero que nada no es requisito principal contar con respaldo social económico y cultural como en el ámbito privado, lo cual les proporciona cierta ventaja, especialmente a las cirujanas y anestesistas.
9. Los profesionales médicos que trabajan en el ámbito público, ven ventajosa la situación estable y posible de crecimiento en el rubro docente. En ese sentido, la más notable desventaja que señalan en el área administrativa es la carga y el maltrato que padecen por parte de los pacientes y las autoridades administrativas.
10. Los profesionales en medicina estudiados que laboran en instituciones privadas, identifican que pueden ejercer y avanzar en su profesión a plenitud, según el modelo de formación, no obstante, la oportunidad de ingreso real a este rubro no está permitido para los especialistas que no tienen el debido respaldo económico, cultural y social.

## Referencias

ALTAMIRANO, T. (2006) Remesas y nueva fuga de “cerebros”: impactos transnacionales. Lima: Fondo Editorial de la PUCP.

AMIGOT, P. (2001). Género y estatus académico: La carrera docente y la participación en puestos de responsabilidad de las mujeres. Madrid. Editorial Complutense

BELLUCCI, M. (1992). De los estudios de la mujer a los estudios de género: Han recorrido un largo camino. Recuperado 5 de enero de 2018, de

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/105\\_estudios\\_genero/material/archivos/de\\_los\\_estudios\\_de\\_la\\_mujer.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/105_estudios_genero/material/archivos/de_los_estudios_de_la_mujer.pdf)

BLAZQUEZ GRAF, N. (2008). El retorno de las brujas: Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia. UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 150 p.

BOURDIEU, Pierre (2000). Los usos sociales de la ciencia. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.

\_\_\_\_\_ (2008). Homo Academicus. México: Siglo Veintiuno.

CRANNY, F. (2003). Gender studies: Term and debates. New York: Palgrave Macmillan, xii, 276 pp.

CUETO, Marcos (1989). Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950, Lima: GRADE

\_\_\_\_\_ (2005). “La ciencia de la adversidad: Un esbozo de la historia de la ciencia en el Perú. UNODIVERSO, Ciencia, Tecnología y Sociedad 1 (mayo 2005): 22-39.

(Lima-Concytec). Recuperado el 3 de diciembre de 2017:

<http://www.concytec.gob.pe/unodiverso/UNODIVERSO-22.html>

DE BARBIERI, T. (1992). Sobre la categoría de género. Una introducción teórica metodológica. *Revista Interamericana de Sociología*, 6(2 y 3), 147-166.

ESPINAR-RUIZ, E. (2003). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento: Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja sentimental*. Tesis doctoral, Dpto. Universidad Alicante

FERNÁNDEZ, J. (1998). *Género y sociedad*. Psicología. Madrid: Pirámide.

FOUCAULT, M. (1977). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber, Siglo XXI Editores*, Madrid.

GAMBOA, A (2012). ¿Equidad de género en la enseñanza de las matemáticas? En: *Revista Electrónica Educare* Vol. 16, N° 1, [63-78], ISSN: 1409-42-58, enero-abril, 2012

GARCÍA-CUESTA, S (2012). "Parental and secondary school teachers' perceptions of ICT 2 professionals, gender differences and their role in the choice of studies." *Sex roles* 66.3, pp. 235-249

GONZÁLEZ, M. & PÉREZ SEDEÑO, E. (2002). "Ciencia, tecnología y género". *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación*. N° 2 / Enero-abril

VESSURI, H, CANINO, M Y RAUSELL, M. (2006). *Diseños metodológicos para la inclusión de la variable género en la construcción de indicadores de ciencia en la región iberoamericana*. [Documento de trabajo]. Buenos Aires: Red Iberoamericana de Ciencia y Tecnología

IBARRA, D. (2008). *Sexo y género. Hacia una visión de conjunto*. México: Universidad Panamericana

- KREIMER, P (2014). Perspectivas latinoamericanas en el estudio social de la ciencia, la tecnología y la sociedad. / coordinación, Pablo Kreimer, Hebe Vessuri, Lea Velho y Antonio Arellano; por Hebe Vessuri (y otros). – México: Siglo XXI Editores
- MÉNDEZ, Z (1988) “Socialización y estereotipos sexuales en Costa Rica”. Revista de Ciencias Sociales, UCR 39: 29-45
- MEZARINA, J & CUEVA, S (2017). La ciencia avanza, ¿avanzan sus científicas? Informe final de investigación. Lima, CIES
- MILLET, K (1970) Sexual politics Nueva York, doubleday. Textos seleccionados de la versión en español: Política Sexual Cátedra, Feminismos clásicos, 1995. Cap. 2, «Teoría de la política sexual», pp. 67-71.
- RUBIN, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad. En C. Vance (Ed.), Placer y peligro: Explorando la sexualidad femenina (pp. 113-204). Madrid: Revolución.
- SANZ, V. (2005). Una introducción a los estudios sobre ciencia y género. En Revista Argumentos de Razón Técnica. Madrid
- YEPES, E (1990). Hacer ciencia en el peru; biografías de ocho científicos. Lima: Sociedad Peruana de Historia de las Ciencias y Tecnología Editores
- YEPES, E ed. (1986). Estudios de historia de la ciencia en el Perú: Ciencias sociales. Lima: UNALM editores

## Anexos

### Anexo n.º 1. Cuadro de entrevistadas(os)

Nº	Nombre	Edad	Cargo	Denominación organizacional	Código
1	Beatriz	48	Directora Adjunta	Dirección General	EMDIB01
2	Lizardo	56	Director Ejecutivo	Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y la Docencia Especializada	EV DLM02
3	Lucía	54	Directora Ejecutiva	Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica	EMDLS03
4	Carlos	58	Jefe	Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas	EVJCC04
5	Ana	51	Jefe	Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas	EMJAV05
6	Luis	46	Jefe	Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología de la Conducta	EVJLL06
7	Ruth	63	Jefe	Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurorrehabilitación	EMJRA07
8	Guido	57	Jefe	Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurooftalmología	EVJGA08
9	Myriam	54	Directora Ejecutiva	Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	EMDMV09
10	Darío	43	Jefe	Departamento de Investigación, Docencia y Apoyo al Diagnóstico por Imágenes	EVJDE10
11	Juan	40	Jefe	Departamento de Investigación y Docencia	EVJJC11
12	Vivian	44	Jefe	Departamento de Investigación y Docencia	EMJVR12

## Anexo n.º 2. Guía de entrevista

Buenos días/tardes/noches. Mi nombre es Luis Romero, y actualmente me encuentro investigando sobre el ejercicio profesional de las mujeres en el campo de la medicina humana en Lima Metropolitana. Para lograrlo, considero importante contar con tu participación en esta entrevista, la cual durará alrededor de una hora y será grabada con el objetivo de facilitar la conversación y procesamiento. En ese sentido, garantizo que la grabación será utilizada exclusivamente para fines de la investigación.

Datos generales			
<b>Nombres y Apellidos</b>			
<b>Sexo</b>	Masculino	Femenino	<b>Edad</b>
<b>Cargo</b>			
<b>Especialidad</b>			
<b>Grado académico</b>			

### I. Cuestiones semánticas

1. ¿Cómo definirías las nociones de “sexo”, “género” y “feminización”? ¿Qué diferencias encuentras entre las mencionadas nociones?

### II. Motivación y vocación

2. ¿Cuáles fueron tus motivaciones para elegir la especialidad de medicina? ¿Fueron decisiones propias o de otras personas? ¿Quién en particular?

3. ¿Entre las motivaciones pensaste en el género al momento de elegir la carrera de medicina? ¿Consideran que existen especialidades adecuadas para varones y carreras especiales para mujeres?

### III. Discriminación de género

4. ¿Has experimentado discriminación por género durante tu etapa de formación universitaria? ¿De qué manera ocurrió?

5. ¿Tienes algún tipo de problema que podría estar relacionado con el género? ¿Cuándo estás trabajando realizas llamadas telefónicas a tu casa para saber cómo está la familia/esposa(o), hijos(as), padres?

### IV. Trabajo

6. ¿Cuáles consideras que son las ventajas de laborar en el sistema público de salud? ¿Cuáles son las desventajas?

7. ¿Cuáles crees que son las ventajas de laborar en el sistema privado? ¿Cuáles con las desventajas?

8. ¿Cuál consideras que debería ser el horario ideal de trabajo? ¿Por qué?

### V. Actividades cotidianas y maternidad

9. ¿Cómo es su día normal en tu vida? ¿Qué es lo que empiezas haciendo? ¿Qué inconvenientes frecuentes se presentan?

10. ¿Logras mantener otro tipo de actividades, por ejemplo actividades sociales, políticas, deportivas, etc.? ¿Cómo combinas tus actividades principales con las que me acabas de señalar?

### Anexo N° 3. Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente ficha de consentimiento informado se destina a mujeres y varones profesionales en la medicina humana del sector público y privado de Lima Metropolitana. La investigación se enmarca en el desarrollo de la tesis para optar el título de licenciado.

#### Datos generales

<b>Investigador tesista</b>	Luis Arturo Romero Granados
<b>Filiación institucional</b>	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
<b>Especialidad</b>	Sociología
<b>Investigación</b>	Ejercicio profesional de la mujeres en el campo de la medicina humana en Lima Metropolitana

#### I. La investigación

La investigación de tesis en curso tiene el objetivo de conocer las maneras en que las mujeres se enfrentan en la situación adversa del campo de la medicina humana en Lima Metropolitana.

#### II. La entrevista

La entrevista durará aproximadamente una hora. Sus testimonios se grabarán en formato audio. Se le entregará previamente la guía de entrevista, considerando que se puede enriquecer su testimonio en el proceso de la entrevista según lo que puedas consentir.

#### III. Confidencialidad

Sus datos personales no serán difundidos en los resultados de la investigación. Si en algún momento se decide citar textualmente su opinión, su nombre se reemplazará por un código.

#### IV. Declaración de consentimiento

*[Para el potencial entrevistado(a)]*

Leída la información proporcionada tuve la posibilidad de informarme sobre ella y se me ha absuelto con satisfacción las preguntas formulé. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del entrevistado(a) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*[Para el tesista]*

Nombre del tesista \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Ha sido proporcionada al entrevistado(a) una copia de este documento de consentimiento informado      Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

#### V. Contacto

Correo electrónico: rluisarturo@yahoo.com

