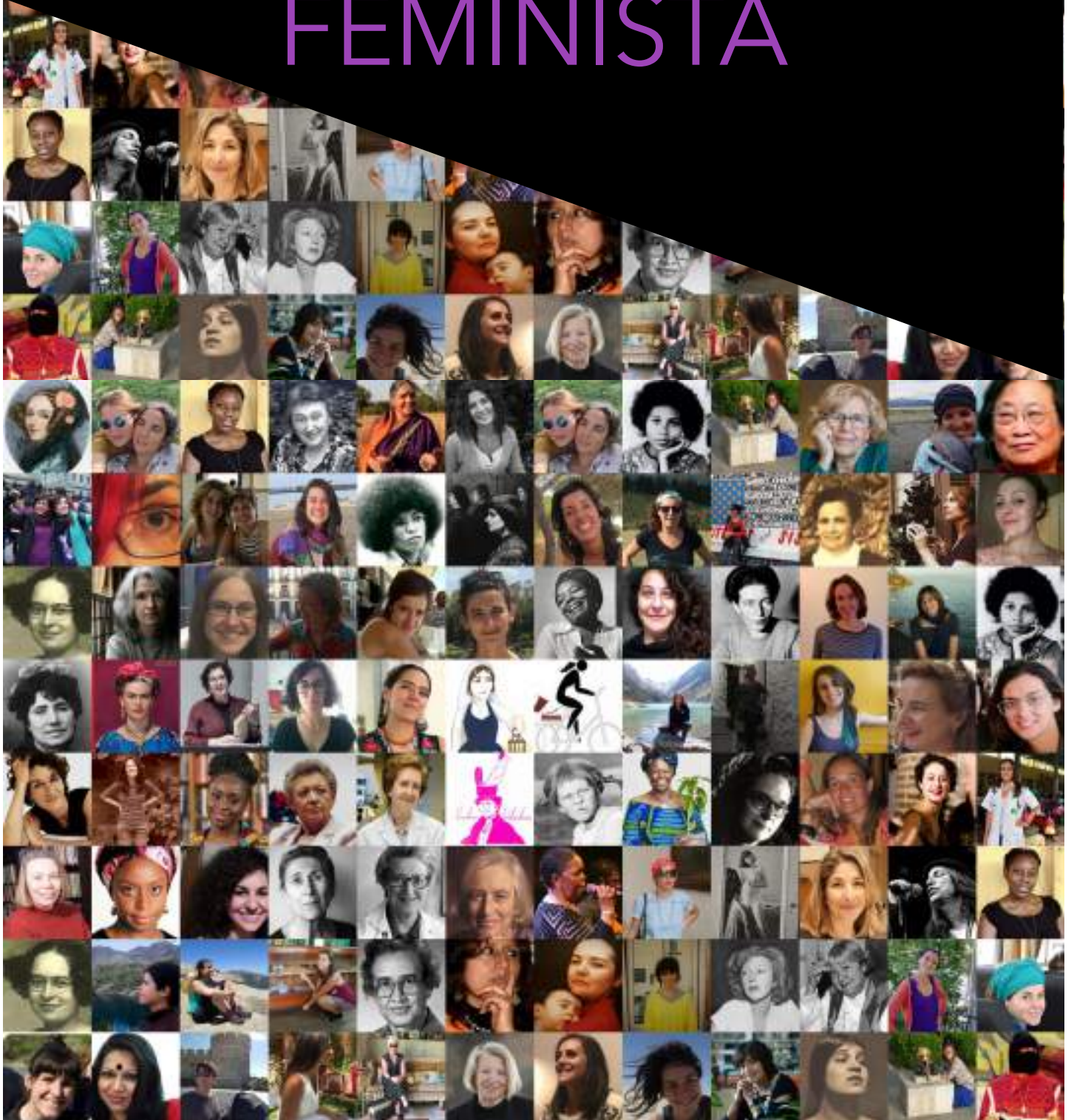


8 de MARZO 2019

THE LANCET FEMINISTA





EDITORIAL:

SALUD Y FEMINISMO EN LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS: PASANDO REVISTA

La revista The Lancet ha publicado recientemente un número sobre Feminismo y Salud denunciando la desigualdad de género en el ámbito científico y visibilizando también propuestas y procesos de mejora que se están llevando a cabo en diversos países y sistemas sanitarios.

El número contiene un total de 43 publicaciones, todos ellos en inglés y algunos más largos que otros (desde 1 a 10 páginas).

¿Por qué no hacer una lectura compartida de estos artículos?

¿Por qué no los leemos y comentamos?

¿Y si lo hacemos juntas?

¿Puede ser el 8 de marzo un buen día para difundirlo?

De estas ideas tan simples surge esta propuesta: una invitación a leer e intentar resumir los contenidos de esta publicación científica y así contribuir a que sus contenidos sean mucho más accesibles tanto para nosotras mismas como para el público en general.

Si usted, lector, lectora, espera encontrar un trabajo científico al uso, puede dejar de leer. Si busca un panfleto, también.

Esta iniciativa surge como una ventana de oportunidad. Si una revista como The Lancet, a la que otorgamos el rigor científico, se plantea hablar de feminismo, ¿cómo esto nos interpela a nosotras? ¿tenemos algo que decir?

Cada una ha realizado la revisión como ha querido, sin unos parámetros fijados salvo la fecha de entrega. Sola o en un grupo. En uno o varios artículos. Con traducciones, lecturas críticas, en formato audiovisual, con imágenes... Apelando a la libertad creativa y al cuidado de los momentos vitales de cada una (si al final no llegas a la fecha propuesta como límite, no pasa nada. No sale y para la próxima). Quedan algunos artículos pendientes*, que anexaremos a su debido tiempo, cuando nuestras vidas lo permitan. Hay compañeras que por motivos laborales, familiares... no han podido participar finalmente. Creemos en los procesos y éste ha sido uno más, sin punto final. Que otras puedan seguir o que al menos anime a discurrir.

Ha sido un proceso un poco anárquico en el que se han primado los cuidados por encima de la producción y así, sin querer, nos ha salido un trabajo de más de 100 páginas. Para leerlo con calma, al ritmo que sea preciso para cada quien. Con la intención de suscitar la reflexión y el debate, para repensar nuestras prácticas y saberes y transformar(l)nos.

***Los artículos que quedaron sin revisar han sido:**

- *From #MeToo to #TimesUp in health care: can a culture of accountability end inequity and harassment?*
- *What is The Lancet doing about gender and diversity?*
- *Investing in gender equity in health and biomedical research: a Singapore perspective.*

***Mosaico (portada):** Mujeres visibles. Mujeres visibilizando sus referentes. Queríamos mostrarnos y mostrar la gran variedad de mujeres que nos inspiran. Por eso construimos este mosaico en el que cada una de nosotras mostró a una de sus referentes. La amplia red de mujeres y referentes que nos sostiene crece, nutre y se teje cada día. A veces necesita visibilizarse y mostrarse. Gracias a todas. Por todas las que faltan. (MV. /CF./ LA.)

En esta iniciativa hemos participado (por orden alfabético):

Ainhoa Ruiz Azarola. Trabajadora vasca en la Escuela Andaluza de Salud Pública y Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Sevilla.

Alba Antequera Martin. Médica internista; investigadora en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, (Barcelona)

Alina Danet. Socióloga. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Amaia Calderón Larrañaga. Investigadora del Aging Research Center de Karolinska Institutet, Estocolmo (Suecia).

Ana Cuadrado Conde. Médica de familia y comunitaria. Estudiante de Máster de Salud Pública en la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Aviane Tejedor Martinez. Médica de Familia y Comunitaria sustituta en Zaragoza. Compagina su trabajo con la formación en medicina tradicional china y acupuntura en Barcelona.

Beatriz Aragón. Médica de familia y comunitaria en Madrid. Doctora en Antropología por University College London.

Begoña Navas. Residente de medicina familiar y comunitaria en Getafe (Madrid).

Belén Saavedra. Microbióloga , investigadora (CISM-ISGlobal) y estudiante de Máster Control de Enfermedades Infecciosas. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Blanca Valls Pérez. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Granada. Estudiante del Máster de Salud Internacional y Cooperación de la Universidad Autónoma de Barcelona. Formo parte de La Cabecera.

Carmen Fando. Médica de familia. Enredada en ColectivoSilesia

Carmen González Torrejón.

Celia Díaz Catalán. Profesora de Sociología en la UCM. Investigadora del grupo Cibersomosaguas: cultura digital y movimientos sociales.

Clara Benedicto Subirá. Médica de Atención Primaria. Feminista familiar y comunitaria. Colectivo Silesia. Grupo de Salud Mental SoMaMFYC.

Cristina Garcia Mauriño. Pediatra. Estudiante de Master de Epidemiología en la London School Hygiene and Tropical Medicine.

Cristina Ruiz. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en Parla (Madrid).

Elena Linares.

Elena Ruiz Peralta. Médica de Familia y Comunitaria. Antropóloga Médica. Técnica externa de Área de Promoción del Ministerio de Salud. Colectivo Silesia.

Emilia Roy Vallejo. Especialista en Medicina Interna, investigadora predoctoral en síndrome de Down (Unidad de adultos con síndrome de Down del H.U La Princesa, Madrid)

Irene Fernández. Médica de Familia y Comunitaria en Arenas del Rey (Granada).

Isa Becerra. Residente de Medicina de Familia y Comunitaria en Tarrasa (Barcelona).

Jara Cubillo Llanes. Hija, madre y médica de familia y comunitaria, actualmente trabajando en el Área de promoción de la salud del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social.

Jass McGhie. Residente de Medicina de Familia y Comunitaria en Barcelona

Juana Moreno Nieto. Antropóloga feminista. Actualmente resido en Marsella. Estudio las dinámicas de explotación sobre los cuerpos racializados en la agricultura global.

Laura Hebeisen. Médica de Familia y Comunitaria en Vallecas (Madrid).

Laura Jimenez Carrillo. Psicóloga clínica en centro de rehabilitación psicosocial de salud mental.

Laura Moreno.

Laura Navas Martin. Residente de medicina familiar y Comunitaria en Getafe (Madrid).

Lucía Alquézar Villarroya. Médica de familia y comunitaria rural. Estudiante del Máster de Salud Internacional y Cooperación de la Universidad Autónoma de Barcelona. Participo en La Cabecera.

Maite Cruz. Socióloga. Escuela Andaluza de Salud Pública.

María Alameda Pita da Veiga. Residente de medicina familiar y Comunitaria en Parla (Madrid).

María G. Barral. Médica residente de Medicina Interna en el Hospital la Paz, Madrid. Master en Medicina Tropical y Salud Internacional.

Maribel Valiente. Proto-residente de medicina familiar y comunitaria en Granada. Participo en Farmacriticxs y La Cabecera.

Marina Pola García. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

Marina Sánchez.

Marta Baliña.

Marta Jiménez Carrillo. Médica de familia y comunitaria e investigadora en salud, activista en La cabecera y Movimiento para la salud de los pueblos (PHM).

Marta Palomino. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en Parla (Madrid).

Marta Ramos Ituarte. Ilustradora y diseñadora mitocondrial madrileña. En el tajo desde principios de siglo. Visitable en mitocondrias.com y popek.es

Marta Sastre Paz. Médica de familias y comunidades. Miembro del PACAP (programa actividades comunitaria en atención primaria de la Sociedad Española De medicina familiar y comunitaria) y del Colectivo Silesia

Natalia Formento Marín. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, estudiante de Máster en Salud Pública en la Universidad de Zaragoza

Olaya Madrid Pascual. Médica internista en Zurich (Suiza).

Patricia Escartín Lasiera. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Aragón. Parte del PACAP y del Colectivo Silesia.

Romina Espi. Médico de familia y Comunitaria en Arganzuela, Madrid.

Sara Calderón Larrañaga. Médica de familia y comunitaria en Tower Hamlets, Londres. Investigadora asociada al Departamento de Atención Primaria y Salud Pública de la Queen Mary University of London. Participo y aprendo en www.lacabecera.org

Sara Olariaga Arrazola. Médica de familia y comunitaria en la OSI Bilbao- Basurto.

Sara Yago González. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en Parla (Madrid).

Saray Aparicio. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, estudiante de Máster en gerontología social en la Universidad de Zaragoza

Sheila Fernández Luis. Pediatra e Investigadora del Instituto de Salud Global de Barcelona (IS global) y centro de Investigação em saúde da Manhica (CISM).

Thaïs Gonzalez. Estudiante de Máster de investigación en Salud Sexual y Reproductiva. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Y otras muchas cuyos nombres no aparecen pero han sido parte del proyecto, bien sea embarcándose en él, bien sea apoyando, revisando o preparando la cena a las autoras correspondientes.



TABLA DE CONTENIDOS

Editorial: El feminismo es cosa de todxs. Carmen González Torrejón.....	1
Medida y significado: describir el sexo en la investigación en salud	
Alba Antequera Marin, Olaya Madrid Pascual.....	3
El bueno, el feo y el malo en los sesgos implícitos	
Alba Antequera Martin, Olaya Madrid Pascual.....	5
Impactos de género de la privatización y la austeridad en europa oriental	
Ainhoa Ruiz Azarola.....	9
Suecia y su política exterior feminista para la salud global	
Amaia Calderón Larrañaga.....	14
Desafíos ligados al liderazgo femenino en el ámbito de la salud, ¿qué nos dicen los datos? Amaia Calderón Larrañaga.....	16
Mucha retórica, pocos resultados: diversidad étnica y de género en universidades líderes en salud pública Ana Cuadrado-Conde, Beatriz Aragon.....	18
The world is yours. Laura Moreno	22
Impulsando la equidad de género en las instituciones científicas africanas	
Belen Saavedra.....	23
#IToo. Blanca Valls Pérez.....	25
Razones para una agenda feminista global en salud	
Clara Benedicto, Marta Sastre Paz, Carmen Fando.....	27
La estrategia australiana para alcanzar la igualdad de género en las carreras STEM & Potenciar a las mujeres en las carreras STEM: transformación institucional	
Celia Díaz Catalán.....	29
Buenas prácticas hacia la igualdad de género en organizaciones médicas y científicas. [Y las derivas de la autora que lee y resume]. Clara Benedicto.....	32
¿Las brechas de género se deben a las evaluaciones del solicitante o a la calidad científica? un experimento natural en una agencia nacional de financiación	
Cristina Garcia-Mauriño, Sheila Fernández Luis.....	38

El momento para un cambio con perspectiva de género en los profesionales de la salud. Begoña Navas, Cristina Ruiz	41
Érase una vez... Female health volunteers of Nepal: the backbone of health care Romina Espi, Marta Baliña, Laura Hebeisen.....	44
Trabajando hacia la diversidad e inclusión de género en medicina: mitos y soluciones Beatriz Aragon, Elena Ruiz Peralta, Maria G Barral.....	45
Países, ocupación de las madres/padres e interés de las chicas por la ciencia Emilia Roy Vallejo.....	52
Lograr la igualdad de género en la medicina académica. Marta Palomino.....	55
Mejorando el liderazgo de las mujeres científicas en Ho Chi Minh (Vietnam) Isa Becerra.....	57
Athena SWAN y ADVANCE: efectividad y aprendizajes. Jass McGhie.....	59
Equidad de género en ciencia, medicina y salud global: ¿dónde estamos y por qué es importante? Jass McGhie.....	62
El programa de la Mentoras y Protegidas en Investigación en Salud en Camerún Juana Moreno Nieto.....	67
Fortalecimiento del papel de las mujeres de minorías étnicas chinas en la ciencia y la medicina. Jara Cubillo, Marta Ramos.....	68
El valor de las mujeres: la diversidad y la inclusión más allá de los argumentos empresariales. Maite Cruz, Alina Danet.....	69
Offline: salud global y género-una omisión inexcusable. María G. Barral.....	74
Cómo la financiación de proyectos perpetúa la brecha de género y qué pueden hacer las instituciones para evitarlo. Maribel Valiente.....	75
Mujeres y liderazgo medico: cuando los méritos no explican nada Maribel Valiente y Carmen Fando	78
Factores que influyen en la incorporación de la variable sexo en investigaciones médicas. Análisis bibliométrico e interdisciplinar. Marta Jimenez y Laura Jiménez.....	81
¿Y si aplicamos las teorías feministas a la investigación sanitaria? Emilia Roy Vallejo, Patricia Escartín Lasierra, Marina Pola García, Natalia Formento Marín, Saray Aparicio	85
¿Por qué las mujeres abandonan la formación y el oficio de cirujanas? Un estudio cualitativo y feminista. Sara Calderón Larrañaga	90
La ausencia de mujeres trans en la ciencia, la medicina y la salud global Sara Olariaga, Aviane Tejedor	94

El compromiso de los hombres en el apoyo de las mujeres en la ciencia, medicina y salud global. Thaïs González.....	96
La lucha contra el acoso sexual en el mundo académico y universitario. Thaïs González.....	98
Africa rising: gendered journeys of women patients and providers Elena Linares, Marina Sanchez.....	101
Las mujeres científicas en Yemen. Laura Navas, María Alameda, Sara Yago.....	102
<i>Despratriarcalizando y nivelando la ciencia para mujeres francófonas</i> Irene Fernández Peralta, Lucía Alquézar Villarroya.....	103



EDITORIAL:

EL FEMINISMO ES COSA DE TODXS

“Ser *feminista* en el auténtico sentido de la palabra es aspirar a que todas las personas, sean hombre o mujer, se liberen de los patrones sexistas de dominación y opresión”. Bell Hooks lo dejó muy claro en 1981 cuando publicó *Ain't I a Woman: Black Women and Feminism*, un manifiesto poderoso sobre el sexismo, el racismo y los movimientos feministas y por los derechos civiles. Casi 40 años después, el mundo continúa anclado en una desigualdad de género tan dominante como inexcusable, sostenida por los prejuicios y el sexismo, de la que no se salvan la investigación y los temas de salud. Hoy, *The Lancet* publica una edición temática sobre la mujer en la ciencia, la medicina, y la sanidad mundial, con la intención de exponer investigaciones, análisis y comentarios que faciliten nuevas visiones y evidencias de actuaciones para promover la igualdad de género. Esta edición temática es el resultado de una convocatoria abierta de artículos, que resultó en 300 contribuciones procedentes de más de 40 países. La conclusión mayoritariamente aceptada en los artículos presentado es que, para lograr un cambio significativo, se deben poner en marcha acciones dirigidas a transformar los sistemas en los que trabajan las mujeres, adoptando planteamientos basados en análisis feministas.

Está claramente establecido el hecho de que las mujeres están infrarrepresentadas

en posiciones de poder y liderazgo; también infravaloradas, además de seguir experimentando discriminación y violencia de género en disciplinas científicas y de sanidad en todo el mundo. Observaciones interseccionales han permitido comprobar cómo otros aspectos como la etnicidad, la clase, el origen geográfico, la discapacidad y la preferencia sexual también se combinan con el género para aumentar las desigualdades. La mayoría de los artículos recibidos proceden de países con ingresos altos, lo que pone de manifiesto la necesidad de promover la participación global mediante programas de colaboración. Geordan Shannon y sus colegas perfilan una visión global de desigualdad en la ciencia, la medicina, y la sanidad y plantean cómo es evidente que si atajáramos esa desigualdad estaríamos contribuyendo a sustanciales mejoras sociales, económicas y de salud a nivel global. De hecho, un buen número de estudios, incluido uno en esta edición firmado por Cassidy Sugimoto y sus colegas vienen a demostrar que, con equipos más diversos e inclusivos, se obtienen mejores resultados a nivel científico y también se crean organizaciones más dinámicas y con mayores posibilidades de éxito.

Pese a que estos problemas llevan mucho tiempo identificados, siguen siendo persistentes. Y aunque actualmente es procedimiento habitual en muchas

organizaciones el hacer declaraciones públicas sobre la diversidad, incluso con la contratación de ‘campeones’ de la diversidad, e implementar programas para promover las carreras profesionales de las mujeres; con demasiada frecuencia, estos programas, localizan el origen del problema y, por lo tanto, la solución exclusivamente en las mujeres y su propio comportamiento. De este modo, aunque experiencias como programas de mentores y de formación pudieran ser bien intencionados y tengan algún grado de resultado, a menudo, no logran conectar con aspectos de los sistemas que favorecen desproporcionalmente a los hombres. Por ejemplo, Holly Witteman y sus colegas demuestran, utilizando datos federales, cómo la discriminación por género afecta claramente a las mujeres cuando solicitan financiación para proyectos.

Reflexionar sobre este tipo de discriminación puede ser difícil para profesionales de la ciencia o la medicina que consideran que sus creencias están basadas en la objetividad y en el pensamiento basado en los hechos comprobados. Tres artículos en esta edición demuestran el valor de este tipo de perspectiva crítica sobre este asunto. Malika Sharma explica cómo “una dimensión histórica de género da prioridad a tipos específicos de conocimiento (modos de obtener ese conocimiento), y crea barreras para una visión más crítica y específicamente feminista tanto en la investigación como en la práctica”. Una perspectiva feminista y otras perspectivas críticas permiten a los investigadores cuestionar las presunciones subyacentes que crean y perpetúan las jerarquías sociales; y de ese modo, imaginan otros modos de transformar los campos y las

prácticas para hacerlos más inclusivos y equitativos. También Sara Davies y sus colegas alegan que una agenda feminista de investigación es crucial para avanzar en la igualdad de género también en la sanidad global, y Kopano Ratele y sus colegas explican cómo los esfuerzos para atraer a los hombres a la lucha por la igualdad de género deben basarse en un buen conocimiento de las teorías de masculinidad vigentes.

Para que las acciones tengan resultados duraderos y significativos, deben dirigirse a crear cambios a nivel institucional. Varios artículos sobre este tema analizan este ángulo, y un comentario de Imogen Coe y sus colegas aporta herramientas importantes de prácticas decisivas para que las organizaciones avancen en la igualdad de género en la ciencia y la medicina. El compromiso del *The Lancet's* de analizar la desigualdad de género queda resumido en el siguiente concepto: La igualdad de género no es una cuestión solo de justicia o derechos, es también fundamental para producir la investigación de mejor calidad posible y para facilitar a los pacientes el mejor tratamiento posible. Si los campos de la ciencia, la medicina y la sanidad global quieren avanzar de verdad en la mejora de las vidas humanas, entonces deben ser representativos de las sociedades a las que sirven. La lucha por la igualdad de género es responsabilidad de todos, lo que implica a su vez que el feminismo también es cosa de todos. De los hombres y las mujeres, de los investigadores, de los médicos, de quienes aportan financiación, de los líderes de las instituciones y sí, también, de las revistas médicas.

Traducción por Carmen González Torrejón



MEDIDA Y SIGNIFICADO: DESCRIBIR EL SEXO EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

MEASUREMENT AND MEANING REPORTING SEX IN HEALTH RESEARCH

Sarah Hawkes, Fariha Haseen, Hajer Aounallah-Skhiri

Sobre qué incide este texto:

Las autoras plantean una crítica sobre cómo una visión parcial de la realidad (el *hombre* como medida en el campo de la investigación) es una limitación para una ciencia universalmente beneficiosa.

Asimismo, señalan la evidencia que apoya que equipos de trabajo más inclusivos y diversos, tienen mayor probabilidad de que sus respuestas también se orienten hacia esa inclusividad y diversidad.

¿Qué es la normalidad? La medicina desde sus distintas visiones (laboratorio, cuidado a pie de cama del paciente, salud pública) intenta definir las líneas entre la normalidad y las desviaciones.

Durante siglos la investigación médica ha sido realizada por hombres, y el patrón de la normalidad ha sido el del hombre: su anatomía (por ejemplo un trabajo sobre 31 libros de anatomía usados entre 1890 y 1989 encontró que alrededor del 70% de las representaciones de proporciones anatómicas fueron las masculinas)¹, la expresión en su cuerpo de los síntomas, o su respuesta a los tratamientos.

Esta miopía sobre el sexo* en el material de estudio y en la investigación médica tiene consecuencias para las personas y grupos que no pertenecen a la norma, siendo más vulnerables a recibir un diagnóstico equivocado, la dosis inadecuada del fármaco erróneo o perder oportunidades de intervención. La genética, anatomía, fisiología y experiencia en salud de niñas y mujeres ha sido históricamente infrainvestigada y menos abordada en las ciencias de la salud. La pregunta sobre si aún es una cuestión vigente no ha sido analizada con profundidad y rigor hasta el momento.

Lavière y su equipo² se preguntaron en qué medida se detallan las diferencias por sexo en las publicaciones científicas, para lo que analizaron 11.5 millones de artículos entre 1980 y 2016.

De los artículos incluidos del año 2016, el porcentaje que hizo distinción en sus resultados entre hombres y mujeres fue tan solo de un 54% en trabajos de salud pública, un 43% en estudios clínicos y un 30% en trabajos de laboratorio.

Aunque se aprecia un avance a lo largo del tiempo, aún se precisa una mejoría sustancial. Los resultados de Lavière y colaboradores están en la línea de trabajos previos.

El género en las autorías tiene una influencia directa en la descripción por sexos de los resultados. Los trabajos con una mujer como primera o última autora describieron más probablemente sus resultados diferenciando por sexos, y cuando tanto primera como la última

autora fueron mujeres, el efecto fue mayor³. ¿Podría el efecto del género de la autoría explicar tanto la ausencia relativa de descripciones por sexos en el pasado, como el aumento en los 36 años incluidos en este estudio? Si bien es cierto que el número de médicas se ha incrementado en las últimas décadas⁴⁻⁵, la rama científica sigue dominada por hombres: menos de un 30% de las posiciones científicas son ocupadas por mujeres⁶.

El género - la representación y construcción social que hacemos de nuestros roles, la distribución del poder, los comportamientos, actividades, expectativas y oportunidades⁷- subyace en gran medida a las principales diferencias en resultados en salud. Sin embargo, en el análisis de Salud Global 50/50⁸, encontró que el 60% de estas organizaciones no incluía la visión de género en sus políticas y programas, y que dos tercios no desagregaban sus datos por sexos.

Esta miopía de sexo y género perpetúa los arquetipos del sexo masculino como la norma, lo que se traduce en una visión unidimensional de la humanidad. Lavière y su equipo han puesto sobre la mesa evidencia de que el cambio a dos dimensiones es posible, y han señalado que el cambio ocurre cuando las personas que investigan también cambian.

Transformar la mirada a la comunidad con una panorámica más diversa e inclusiva abre la posibilidad de que los potenciales beneficios en investigación lleguen a más personas en más partes del mundo.

La comunidad investigadora y quienes la financian necesitan transitar desde una revolución en la medición a una revolución en la responsabilidad (una que esté basada en el respeto y compromiso con los derechos humanos), para orientarse hacia una investigación que sea universalmente beneficiosa, y no limitada en función del sexo, género, etnia, nacionalidad, ingresos o cualquier otro eje de inequidad. Es posible que esto ocurra cuando la propia comunidad investigadora se conforme de un modo más inclusivo, diverso y representativo, y trabaje para asegurar que todas las personas cuenten.

Texto trabajado por Alba Antequera Martín y Olaya Madrid Pascual

Referencias:

1. Lawrence SC, Bendixen K. His and hers: Male and female anatomy in anatomy texts for U.S. medical students, 1890-1989. *Social Sci Med* 1992; 35: 925-34.
2. Sugimoto CR, Ahn Y-Y, Smith E, Macaluso B, Larivière V. Factors affecting sex-related reporting in medical research: a cross-disciplinary bibliometric analysis. *Lancet* 2019; 393: 550-59.
3. Nielsen MW, Andersen JP, Schiebinger L, Schneider JW. One and a half million medical papers reveal a link between author gender and attention to gender and sex analysis. *Nature Human Behav* 2017; 1: 791-96.
4. Moberly T. Number of women entering medical school rises after decade of decline. *BMJ* 2018; 360: k254.
5. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique. Indicateurs de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, 2011-2016. www.mes.tn/image.php?id=6527.
6. UNESCO Institute for Statistics. UIS fact sheet: women in science. 2018. <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs51-women-inscience-2018-en.pdf>
7. UN Women Training Centre. Gender equality glossary. <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=36>
8. GlobalHealth 5050. The global health 50/50 report (2018). <https://globalhealth5050.org/report/>



EL BUENO, EL FEO Y EL MALO EN LOS SESGOS IMPLÍCITOS

THE GOOD, THE BAD AND THE UGLY OF IMPLICIT BIAS

Cheryl Pritlove, Clara Juando-Prats, Kari Ala-leppilampi, *Janet A Parsons

Sobre qué incide este texto:

En esta reflexión con nombre de película, las autoras analizan el papel de los sesgos implícitos en la discriminación por género. Especialmente interesante nos ha parecido la llamada de atención que hacen sobre la tentación de abordar un problema complejo y con un potente componente estructural desde un punto de vista exclusivamente individual, ajeno a los contextos.

El concepto de sesgo implícito o parcialidad implícita se apoya en la creencia de que las personas actuamos en relación a esquemas que tenemos interiorizados de manera inconsciente, y que frecuentemente, se asocian con comportamientos discriminatorios¹. Os proponemos este acertijo que sirve de introducción al tema:

<https://www.youtube.com/watch?v=AYRg2DPj-FM>

Esta idea está cada vez más presente en la discusión pública y el mundo académico, aportando una línea de exploración del porqué, el cómo y el qué hacemos ahora con la desigualdad de género. La atención a la brecha de género en el mundo académico, particularmente pronunciada en ciencia, tecnología, ingeniería, matemáticas y medicina², ha llevado a numerosas instituciones a promover una formación en sesgos implícitos^{1,3}.

En el artículo se explora de manera crítica el impacto de dichas intervenciones, iluminando lo bueno, lo feo y lo malo de los sesgos implícitos y las implicaciones para las mujeres en el ámbito científico. Se hace hincapié en el riesgo de que dichas intervenciones enmascaren mayores barreras (sociales, estructurales y políticas) a las que se enfrentan las mujeres.

“Lo bueno...”

El estudio de los sesgos implícitos ha ayudado a desvelar problemáticos sesgos de género en el ambiente académico, donde las capacidades, competencias, productividad, potencial liderazgo y calidad del trabajo de los hombres son repetidamente juzgadas como superiores en base al género^{1,4}.

La formación en sesgos implícitos puede hacer que los individuos sean conscientes de su participación involuntaria en el mantenimiento de la discriminación y desigualdad, así como de las ventajas de las que disfrutan basadas en el grupo al que pertenecen. Esta formación anima a los individuos a confrontar sus propios sesgos y privilegios no merecidos y a aprender estrategias dirigidas a reducir los pensamientos y prácticas discriminatorias⁵.

Además de ello, conforme el concepto de sesgo implícito ha ganado popularidad, ha enriquecido la conciencia pública y la discusión sobre desigualdad por género⁵. Todo ello es importante para conseguir generar un cambio y por ello lo enmarcamos en las virtudes de esta aproximación.

“Lo malo...”

Si bien la formación en sesgos implícitos ha tenido algunos éxitos en la modificación de creencias y acciones a nivel individual⁴, los metaanálisis sugieren que es profundamente ineficaz en la disminución de las desigualdades institucionales⁶. Así, continúa siendo desproporcionadamente menos probable para las mujeres obtener posiciones de liderazgo, ganar salarios comparables, conseguir financiación para proyectos, y en su caso es más habitual un abandono prematuro del ámbito académico^{1,3,7,8}. Poner el foco en los sesgos implícitos contribuye parcialmente a esta ausencia de cambio puesto que enfatiza la acción individual sobre la estructura, ignorando el papel que juegan las regulaciones, leyes y la cultura que gobierna las instituciones sociales⁹. Como ejemplo, en el ámbito académico está arraigado el modelo masculino de éxito con sus principios meritocráticos, que impregnan las prácticas institucionales y privilegian los rasgos estereotipados, estilos de carrera, prácticas de trabajo y las preferencias masculinas (p.ej. un modo competitivo y jerárquico), pasando por alto cómo ello puede entrar en conflicto con las vidas y los modos de trabajar (p.ej. colaborativa, igualitariamente) de algunas mujeres⁷⁻¹⁰.

Además, cuando las mujeres sobresalen en este ambiente masculinizado, a menudo son criticadas porque estos comportamientos chocan con las expectativas sociales convencionales sobre el comportamiento femenino^{4,7}. Esta doble atadura ha sido un impedimento para el avance de las mujeres en los ámbitos de investigación⁸, algo que la formación en sesgos implícitos por sí sola no puede resolver. Las investigaciones sugieren además que dicha formación puede en realidad reforzar, magnificar o normalizar sesgos si el mensaje educativo es demasiado normativo¹¹.



“Lo feo...”

Más allá de estas características buenas y malas, los sesgos implícitos también contienen una fealdad. Al concentrarse en los individuos como punto principal, se produce una despolitización de la inequidad por género,

desplazando el foco del contexto histórico, social, estructural y político en que las desigualdades se producen y mantienen. Por ejemplo, una atención limitada a los individuos ocupados en el trabajo asalariado, pasa por alto el reparto desigual del trabajo doméstico y de cuidados (realizados principalmente por mujeres), y los conflictos en relación con ello que se trasladan a la esfera del empleo¹². Por ello, la desigualdad de género no puede separarse del contexto más amplio de clase, raza, etnia, localización geográfica, estatus de inmigrante, sexualidad e incontables intersecciones entre ellas¹². Y sin embargo, la naturaleza interseccional de la opresión es con frecuencia pasada por alto en la formación en sesgos implícitos, en la que la marginalización de las mujeres es con frecuencia proyectada como una experiencia universal, ignorando estas otras fuentes de inequidad. Más allá de ello, la aproximación binaria de hombre/mujer excluye a las personas no binarias de la conversación. Por último, al poner toda la atención en la naturaleza inconsciente e inintencionada de los sesgos implícitos puede eclipsar formas explícitas e intencionadas de discriminación que persisten en las instituciones académicas².

Colocar el foco en los sesgos implícitos disimula muchos estratos interconectados de desigualdad de género y obstaculiza las oportunidades de un cambio significativo y duradero.

“¿Y ahora...?”

Ese cambio requerirá un conjunto de intervenciones integrales diseñadas para conseguir la igualdad salarial¹³, promover modos más equitativos y transparentes de contratación y ascenso laboral¹³, aumentar las oportunidades docentes para las mujeres⁸, impulsar cambios en la legislación de la baja por maternidad / paternidad¹⁴, políticas para la crianza¹⁴ y flexibilidad en los acuerdos de trabajo¹⁵. Estas acciones han sido implementadas de manera satisfactoria en instituciones académicas a nivel internacional, y la evidencia apoya su beneficio para las mujeres. Por ejemplo, muchas instituciones han implementado medidas de flexibilidad en los horarios diseñadas para apoyar a empleados y empleadas con responsabilidades familiares, teniendo como resultado una reducción del conflicto entre trabajo y vida¹⁵. También se podrían apoyar iniciativas participativas, impulsando el conocimiento y experiencia de un grupo representativo de empleadas y empleados, particularmente de mujeres, en el desarrollo y evaluación de las intervenciones e iniciativas institucionales. Por ejemplo, Grada y su equipo⁸, mostraron que incluir a las mujeres académicas en el desarrollo y la reforma de las políticas organizativas y los programas, ayudó a cuestionar la meritocracia individualista y masculinizada de la institución, promoviendo medidas de éxito más inclusivas⁸. Hacer frente a las arraigadas fuentes de inequidad por género dentro de las ciencias es un paso importante en camino hacia el avance de la mujer.



En cualquier caso, debemos también cuestionar la cultura, las políticas y las prácticas de las estructuras que están por encima, y en las cuales las instituciones académicas están situadas. La creación de oportunidades para discutir y dismantelar asunciones implícitas respecto al género, como la naturalización de la mujer como cuidadora, es esencial para promover la igualdad de género a nivel social, lo que conllevará finalmente la mejoría de la equidad en las instituciones académicas.

Texto trabajado por Olaya Madrid Pascual y Alba Antequera Martin

Referencias:

1. League of European Research Universities. Implicit bias in academia: a challenge to the meritocratic principle and to women's careers—and what to do about it. 2018. <https://www.leru.org/les/implicit-bias-in-academia-full-paper.pdf>
2. Danbold F, Huo YJ. Men's defense of their prototypicality undermine the success of women in STEM initiatives. *J Exp Soc Psychol* 2017; 72: 57-66.
3. The Expert Panel on Women in University Research. Strengthening Canada's research capacity: the gender dimension. Ottawa: Council of Canadian Academies, 2012. www.scienceadvice.ca/uploads/eng/assessments%20and%20publications%20and%20news%20releases/women_university_research/wur_fullreporten.pdf.pdf
4. Girod S, Fassiotto M, Grewal D, et al. Reducing implicit gender leadership bias 10 in academic medicine with an Educational Intervention. *Acad Med* 2016; 31: 1143-50.
5. Payne BK, Gawronski B. A history of implicit social cognition: where is it 11 coming from? Where is it now? Where is it going? In: Gawronski B, Payne BK, eds. *Handbook of implicit social cognition: measurement, theory, and applications*. New York: Guilford Press, 2015: 1-15.
6. Bezrukova K, Spell CS, Perry JL, Jehn KA. A meta-analytical integration of over 40 years of research on diversity training evaluation. *Psychol Bull* 2016; 142: 1226-74
7. Cech EA, Blair-Loy M. Perceiving glass ceilings? Meritocratic versus 13 structural explanation of gender inequality among women in science and technology. *Soc Problems* 2010; 57: 371-97.
8. Grada AO, Laoire CN, Linehan C, Boylan G, Connolly L. Naming the parts: a case-study of a gender equality initiative with academic women. *Gender Manage Int J* 2015; 30: 358-78
9. Conrad P, Carr P, Knight S, Renfrew MR, Dunn MB, Pololi L. Hierarchy as a barrier to advancement for women in academic medicine. *J Women's Health* 2019; 19: 799-805.
10. Araujo EB, Araujo NAM, Moreira AA, Herrmann HJ, Andrade JS. Gender differences in scientific collaborations: women are more egalitarian than men. *PLoS One* 2017; 12: e0176791.
11. Dubbin F, Kalev A. Why diversity programs fail. *Harvard Business Review* 2016. <http://hbr.org/2016/07/why-diversity-programs-fail>
12. Luxton M. Feminist political economy in Canada and the politics of social reproduction. In: Bezanson K, Luxton M, eds. *Social reproduction: feminist political economy challenges neo-liberalism*. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press, 2006: 11-44.
13. Timmers TM, Willemsem TM, Tijdens KG. Gender diversity policies in universities: a multi-perspective framework of policy measures. *Higher Educ* 2010; 59: 719-35.
14. Haals L. Parental leave and gender equality: lessons from the European Union. *Rev Pol Res* 2003; 20: 89-114.
15. Lewis S, Roper I. Flexible working arrangements: from work-life to gender equity policies. In: Cartwright S, Cooper CL, eds. *The Oxford handbook of personnel psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2008. 413-37.



IMPACTOS DE GÉNERO DE LA PRIVATIZACIÓN Y LA AUSTRERIDAD EN EUROPA ORIENTAL

GENDERED IMPACTS OF PRIVATISATION AND AUSTERITY IN EASTERN EUROPE

Kristen R Ghodsee

Unos 30 años después de la caída del Muro de Berlín, el mundo académico sigue investigando los impactos de los años de transición. Está constatado que las personas europeas del este nacidas en torno a la introducción del libre mercado son, en promedio, unos centímetros más pequeñas que las personas nacidas justo antes o inmediatamente después del inicio de la transición. De la misma manera se conoce que existe una asociación entre los programas de privación masiva en los países europeos post socialistas y un aumento a corto plazo de las tasas de mortalidad entre los hombres en edad de trabajar.

¿Pero qué hay de las mujeres? Aunque las mujeres de los países del antiguo bloque del este estaban relativamente mejor preparadas que los hombres para la transición al libre mercado, en parte debido a su educación y experiencia profesional en ciertos sectores de "cuello blanco" de la economía, la rápida privatización y la implosión concomitante del gasto público redujo la capacidad de las mujeres para competir en los mercados de trabajo recién liberalizados.

Los países del bloque oriental favorecieron la participación de la fuerza laboral formal de las mujeres y apoyaron esta política con una combinación de un generoso permiso parental y grandes redes

de guarderías libres o subvencionadas y jardines de infancia. Esto permitió a las mujeres trabajar en muchas profesiones, incluida la medicina, bajo el Sistema de Atención Sanitaria de Semashko, creado en 1918 en la URSS y que se extendió por las repúblicas soviéticas en la década de 1920 y en toda Europa oriental después de 1945. Este sistema proporcionó servicios sanitarios universales financiados con fondos públicos. La mayoría de estos estados socialistas también apoyaron la construcción de centros sanitarios especiales de convalecencia para personas enfermas.

Nadie niega las muchas deficiencias del sistema de estado socialista, caracterizado por un brutal autoritarismo y las ineficiencias de la economía planificada. Mikhail Gorbachev comprendió bien la necesidad de radicales reformas políticas en la década de 1980, pero la velocidad de las reformas económicas era otro asunto.

En la medida en que el estado centralizado pagó para socializar la labor de cuidar a los jóvenes, a los enfermos y a los ancianos, el sistema dio a las mujeres la libertad de seguir con la educación, la formación y el empleo formal, hecho que incrementó su independencia económica.

Cuando los gobiernos de Europa oriental se retiraron repentinamente de la economía en 1989-91, dejó a los hombres y mujeres corrientes poco tiempo para adaptarse a los choques de la liberalización de precios, el desempleo repentino y la hiperinflación.

Si bien los hombres bajo el socialismo estatal habían continuado dominando los niveles más altos de la política y las filas de los directores de empresas y hospitales, las mujeres en los países del Bloque del Este hicieron avances profesionales en la medicina mucho antes que sus contrapartes occidentales. Las doctoras dominaron la medicina soviética en la década de 1930 y en la década de 1970, el 30% de las profesionales de cirugía en la URSS eran mujeres. Debido a que en la planificación central valoraban el trabajo físico y la industria pesada sobre el trabajo intelectual o de servicio, todavía había una división del trabajo por género en la economía planificada. Los mineros e ingenieros hombres generalmente recibían salarios más altos que las mujeres jueces, profesoras o doctoras. A pesar de la feminización del trabajo profesional, las mujeres encontraron un fuerte punto de apoyo en campos dominados por los hombres, como la ingeniería, donde muchos países socialistas alcanzaron la paridad de género en los años ochenta.

La rápida privatización pudo devastar a los hombres desempleados, pero también causó estragos en las vidas de las mujeres, expulsadas de la fuerza laboral y empujándolas de regreso al

hogar. Por ejemplo, la antropóloga Daphne Berdahl vivió en una aldea del este de Alemania en la década de 1990 e investigó cómo la quiebra de las fábricas locales afectó a sus empleadas: "Sentimientos de superfluosidad e inseguridad financiera, así como la pérdida de la identidad de una persona trabajadora inculcado durante cuarenta años de ideología de estado y trabajo físico, contribuyeron a la confusión y depresión de muchas mujeres. "Mi amiga Sylvia", me dijo una mujer, "solo se sienta en casa y llora". Otra mujer en mitad de los cuarenta, que a menudo compartía conmigo sus sentimientos de depresión y aislamiento, explicaba con tristeza: "Esta idea de que una mujer debería quedarse en casa y hacer tan solo las tareas de la casa vienen unidas. Ocurrió de la noche a la mañana, demasiado rápido". A fines de la década de 1980, la economista Diane Elson investigó el impacto de las políticas neoliberales en América Latina y descubrió que el ajuste estructural perjudicaba de manera desproporcionada las perspectivas de independencia económica de las mujeres. Los recortes profundos en el gasto público recortaron los servicios sociales, lo que incrementó las demandas de las mujeres en la esfera privada. Al igual que en América Latina, la repentina liberalización de la economía en Europa del Este después de 1989-91, transfirió el trabajo de asistencia socializado previamente de la esfera pública a la privada.

Las mujeres no estaban libres de cargas domésticas en los países del

bloque oriental, donde se había hecho poco para desafiar al patriarcado tradicional en el hogar. La responsabilidad del trabajo de cuidado permaneció con las mujeres que trabajaron a tiempo completo fuera del hogar y regresaron a un segundo turno de responsabilidades domésticas. Si bien

recaían bajo su responsabilidad. Y debido a que las mujeres entraban y salían de la fuerza laboral más a menudo, disfrutaban de menos oportunidades para avanzar hacia posiciones de liderazgo.

Pero el inicio de los mercados libres exacerbó estos problemas en lugar de



algunos estados socialistas intentaron convencer a los hombres para que ayudaran con las tareas domésticas y el cuidado de los niños, al final la mayoría reforzó los roles tradicionales de género al otorgarles a las mujeres licencias de maternidad más pagadas, jubilaciones más tempranas o, en el este de Alemania, un "día de tareas domésticas" especial pagado una vez al mes. Sin importar cuán altos fueran los logros profesionales de una mujer, cocinar, limpiar, criar a sus hijos y cuidar a los enfermos y ancianos generalmente

aliviarlos, para todos excepto para los muy ricos. Las empresas recién privatizadas cerraron sus guarderías y jardines de infancia. La transición del modelo de atención médica de Semashko a Bismarck incrementó las tarifas por la prestación de servicios, y los hospitales dieron de alta a pacientes para que convalecieran en sus hogares. Los sanatorios se cerraron y los pagos de pensiones se redujeron en relación al coste de vida. La alteración de políticas de licencia por maternidad hizo que las mujeres fueran menos competitivas en el

mercado laboral, ya que el desempleo se disparó.

Algunos estados también abrazaron el retorno al nacionalismo y los roles tradicionales de género, instituyendo políticas llamadas de re-familiaización deliberadas que alentaron a las mujeres a abandonar el trabajo para cuidar a sus hijos en el hogar. Una vez allí, las mujeres podrían brindar atención a los enfermos y ancianos con un gran ahorro de costos para el estado. Por lo tanto, la transición a mercados libres se realizó con el trabajo no remunerado de cuidado de las mujeres en la esfera privada. Por primera vez en décadas, las mujeres se encontraron económicamente dependientes de los hombres, o, en el caso de las viudas y divorciadas, sobrecargadas de empleo formal y mayores responsabilidades de atención.

Las mujeres que trabajan en el sector de la salud también sufrieron la dramática reducción del gasto estatal, puesto que las mujeres en Europa del Este seguían dominando la medicina después de 1989-91. La Encuesta de la Organización Internacional del Trabajo de 2001, por ejemplo, mostró que el porcentaje de trabajadoras de salud era más del 75% en la República Checa, más del 80% en Rumania y Ucrania, y más del 90% en Lituania. Esta encuesta pregunta a los y las trabajadoras de la salud acerca de sus condiciones laborales, y la mayoría de las personas encuestadas reportaban insatisfacción. Cuando se les preguntó si, teniendo en cuenta los efectos de la inflación, sus salarios eran más bajos en 2001 que en 1996, más de las tres cuartas

partes de los encuestados afirmaban estar en peor situación. Además, los y las trabajadoras de la salud en estos cuatro países afirmaron que la capacidad para vivir con sus salarios era una de sus "mayores preocupaciones". El estudio de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo de 2013 confirmó además que los salarios más bajos y las malas condiciones de trabajo, en diez antiguos países socialistas europeos, continuaban provocando la fuga de cerebros de profesionales de medicina y enfermería del este al oeste de Europa. Un análisis político de 2017 de los datos de la Comisión Europea encontró que muchos países del este de Europa están formando a médicos y médicas para su exportación. Entre 2009 y 2015, más de la mitad de los médicos rumanos emigraron al extranjero, y Polonia, Estonia y Eslovaquia han visto un éxodo similar de personal médico a países más ricos. La vida mejora para los y las médicas y enfermeras que encuentran un trabajo mejor remunerado en el oeste, pero esta migración ejerce una mayor presión sobre los sistemas de salud que ya debilitados. Ello deja atrás el tener que lidiar con un mayor número de pacientes con salarios reducidos, lo que precipita un aumento en los pagos informales. Sin dinero, las personas pobres evitan el sistema de atención de la salud y se quedan en casa donde, generalmente, las cuidan sus familiares mujeres, lo que aumenta aún más la carga de trabajo de las mismas.

La creciente demanda del trabajo de cuidado es una de las razones por las que muchas mujeres ahora deben elegir entre trabajo y familia. Un efecto inmediato de las políticas de "terapia de choque" fue una caída repentina en la tasa de natalidad en toda la región. Este hecho fue muy acusado al este de Alemania, donde el desempleo masivo y el colapso del apoyo al cuidado infantil contribuyeron a lo que la prensa de Alemania occidental llamó "huelga de útero". Durante 5 años, la tasa de natalidad en los estados de Alemania reunificada se redujo en más del 60%. Un médico en Potsdam dijo en 1995 que la Alemania reunificada era una "sociedad hostil para los niños" donde las mujeres de Alemania oriental estaban "agotadas física y mentalmente" por los rápidos cambios económicos. Aunque las tasas de natalidad se han recuperado de sus mínimos en la década de 1990, muchos estados de Europa oriental están experimentando una combinación de baja fertilidad, exceso de mortalidad y emigración que ha precipitado descensos de la población sin precedentes en tiempos de paz. Reducir la población significa menos contribuyentes para apoyar los servicios sociales, los sistemas de pensión y los sistemas de salud.

Como resultado de estos legados continuos de la "terapia de choque" económica, los profesionales de la sociología y la antropología encuentran una nostalgia generalizada por el pasado socialismo de estado en toda Europa oriental. Si bien pocos quieren un retorno

a las formas de autoritarismo del siglo XX, ahora está claro que las políticas de terapia de choque de los años 90 marcaron profundamente a las poblaciones de Europa oriental, tanto a hombres como a mujeres. Visto desde 2019, tres décadas después de la caída del Muro de Berlín, la academia y responsables políticos deberían revisar las decisiones tomadas y preguntarse si era posible una salida más humana del socialismo. Una lección aprendida clara es que la destrucción repentina de las redes de seguridad social y la implementación de medidas de austeridad incurrirán en altos costos humanos. Hombres y mujeres se convierten en el daño colateral del cambio de régimen en diferentes maneras, y las mujeres tienen un interés especial en oponerse a reformas neoliberales, en tanto en cuanto consideramos qué condiciones permiten a las mujeres alcanzar la independencia económica.

Texto trabajado por Ainhoa Ruiz Azarola
Ilustración "Puente a Berlín"
por June Moreno Ruiz



SUECIA Y SU POLÍTICA EXTERIOR FEMINISTA PARA LA SALUD GLOBAL

LESSONS FROM SWEDEN'S FEMINIST FOREIGN POLICY FOR GLOBAL HEALTH

Irwin RE

En 2014, el gobierno sueco, una coalición de los Socialdemócratas y el Partido Verde, se convirtió en el primer gobierno del mundo en autodeclararse feminista y en perseguir una política exterior explícitamente feminista cuyo objetivo era el de “combatir la discriminación contra las mujeres, mejorar sus condiciones y contribuir a la paz y el desarrollo”. Este enfoque se ha materializado en un mayor compromiso hacia la salud sexual y reproductiva, mejorando el acceso a anticonceptivos, cuidados maternos y aborto seguro. Estas políticas han supuesto un progreso radical y lógico en un país internacionalmente comprometido con estas cuestiones desde los años 1950.

En la práctica, una política exterior feminista (PEF) implica cuestionar el papel del género en la totalidad de situaciones: ¿tienen mujeres y hombres un acceso equitativo a los tratamientos? ¿Cuáles son las diferentes vulnerabilidades de hombres, mujeres, niñas y niños ante crisis humanitarias? ¿Están los datos desagregados por género? Una PEF debería también abordar el equilibrio de género dentro de la OMS y demás organizaciones internacionales, y asegurar que existen recursos financieros para apoyar iniciativas e investigación en igualdad de género.

Sin embargo, la PEF de Suecia no está exenta de críticas. La comunidad de política exterior sueca ya mostró cierto escepticismo en el momento de su lanzamiento, principalmente debido a que carecía de una formulación previa, por lo que pasó un tiempo hasta que el gobierno elaboró una propuesta de operativización de la PEF. Hubo quien criticó la colisión entre dichas políticas feministas y éticas y la realpolitik. Otros, incluyendo un grupo de 19 organizaciones suecas sin ánimo de lucro, han señalado cierta hipocresía en la implementación de la PEF, en particular con respecto a las políticas suecas de exportación de armas e inmigración, ambas con claras consecuencias de género.

En el caso de que otros países quisieran seguir el ejemplo Suecia, tal y como ha manifestado Canadá por ejemplo, deberían considerar algunas lecciones aprendidas de esta experiencia. En primer lugar, los países deberían establecer desde el inicio la forma de implementación de una PEF. Se debería, asimismo, integrar y apoyar la perspectiva de género en la vida cotidiana de los funcionarios responsables de elaborar dichas políticas. En segundo lugar, una PEF debería llevarse a cabo en un ambiente doméstico receptivo. Suecia no es, en sus orígenes, ni feminista ni una sociedad igualitaria. Obviando algunos hitos, como una ley sobre violencia contra las mujeres que se remonta al siglo XIII o los derechos de herencia igualitarios desde 1845, las políticas de igualdad de género típicamente suecas surgen a partir de movimientos sociales de los años 1960, 1970 y principios de los 1980. Hoy día, palabras

como igualdad y feminismo se emplean a diario en Suecia. Los organismos de investigación financiados por el estado deben integrar las perspectivas de género y diversidad en sus solicitudes de financiación. El patriarcado se cuestiona repetidamente en los medios de comunicación mainstream, y la menstruación figura en las exposiciones de arte públicas. Aunque estas acciones puedan causar controversia, como fue el caso del [último ejemplo](#), son parte de la vida cotidiana. Los gobiernos que deseen integrar la igualdad de género en sus políticas de salud global deben construir ambientes domésticos en los que las cuestiones de género se debatan de forma regular y abierta. Más aún, la credibilidad del gobierno sueco en el campo de la salud global viene reforzada por políticas domésticas cuyo objetivo consiste en crear las condiciones para una buena salud de sus habitantes, independientemente del género, posición social u otras señas de identidad.

Sin embargo, no deberían infravalorarse la resistencia y críticas al movimiento feminista dentro de la sociedad sueca. La penetración del movimiento #MeToo en Suecia demuestra que existe un amplio margen de mejora. La [universidad](#) es todavía desigual en género y los salarios y pensiones son más bajos para mujeres que para hombres, en parte porque las mujeres hacen un uso mayoritario de los permisos parentales. La extrema derecha sueca, con más del 17% de los votos en las pasadas elecciones generales de 2018, promueve una versión de la igualdad de género basada en la noción del núcleo familiar como unidad fundamental de la sociedad. Todos estos retos dejan claro que la igualdad de género no es un estado de ser sino más bien una norma que debería ser renegociada de forma continuada.

Texto traducido y resumido por Amaia Calderón Larrañaga



Una ilustración de Liv Strömquist en la estación de Slussen de Estocolmo.



DESAFÍOS LIGADOS AL LIDERAZGO FEMENINO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, ¿QUÉ NOS DICEN LOS DATOS?

FEMALE GLOBAL HEALTH LEADERSHIP: DATA-DRIVEN APPROACHES TO CLOSE THE GENDER GAP

Mathad JS, Reif LK, Seo G, et al.

Las mujeres ocupan una minoría de los puestos de liderazgo en el campo de la salud a nivel mundial. Sin embargo, entre el 75% y el 80% de los estudiantes, profesionales sanitarios y académicos del ámbito de la salud son mujeres. Esta disparidad [afecta negativamente](#) a los resultados en salud de mujeres y niños de todo el mundo. Este estudio investiga los desafíos vinculados a 1) el equilibrio entre vida y trabajo, 2) la discriminación, y 3) el acoso o agresión sexual entre estudiantes y trabajadoras de la salud, e identifica posibles intervenciones para abordar dichos retos. Para ello, se reclutaron mujeres del Weill Cornell Medicine en Nueva York y tres centros afiliados al mismo en Haití, Tanzania y la India, a quienes se realizó encuestas, entrevistas en profundidad y grupos focales.

De entre las 653 mujeres reclutadas entre 2017 y 2018, el 53% completaron la encuesta, de las cuales el 25% participaron en las entrevistas cualitativas. El 84% de las mujeres reportaron experimentar al menos uno de los tres desafíos, estando el 78% relacionado con el equilibrio vida-trabajo, el 53% con la discriminación de género, y el 55% con el acoso o agresión sexual. De entre aquellas que informaron desafíos ligados al equilibrio entre vida y trabajo, el 47% expresó disponer de tiempo insuficiente para sus familias y el 37% notificó que el trabajo había afectado negativamente a sus decisiones sobre la maternidad. Los retos ligados a la discriminación de género incluyeron la sensación de inferioridad o la dificultad de optar a posiciones de liderazgo. El 29% comunicó sufrir acercamientos físicos degradantes y el 7% se sintió obligada a adoptar conductas sexuales indeseadas. Tan sólo el 22% de las 160 mujeres que sufrieron acoso o agresión sexual lo denunciaron. Las razones por las que el resto de participantes no interpusieron denuncia incluían el hecho de asumir que la experiencia fue normal o que no se resolvería, la ausencia de un sistema de denuncia, y el temor a poner en peligro sus posiciones académicas o a no ser creídas.

Se identificaron también posibles intervenciones para abordar estas barreras a nivel de entorno (ej. promoción continuada de la igualdad de género en el lugar de trabajo), institucional (ej. políticas sobre discriminación de género y acoso sexual con métodos transparentes de denuncia y comités independientes para evaluar dichas denuncias), e individual (ej. formación en liderazgo para capacitar a las mujeres y grupos de apoyo para proporcionar espacios seguros donde abordar las barreras halladas).

La literatura sugiere que estas intervenciones pueden tener un efecto inmediato. Un [estudio](#) reciente realizado en EEUU mostró que la mentoría entre pares del mismo sexo en momentos clave de transición académica aumenta la probabilidad de éxito y la retención de

mujeres. Una mayor flexibilidad en las condiciones laborales (ej. trabajar de forma remota) permite a las mujeres compatibilizar el trabajo con las responsabilidades familiares. En universidades como Harvard y Cornell, se han empleado fondos de investigación para la contratación de asistentes que continúen el trabajo de jóvenes investigadoras mientras disfrutan de su permiso de maternidad o cuidan de un familiar enfermo. Existen, sin embargo, pocos ejemplos de intervenciones que hayan conseguido disminuir la discriminación de género, especialmente en los países de renta baja y media. Las [actividades educativas y de retroalimentación individualizada](#) constituyen un primer paso efectivo en la reestructuración de ideas y creencias sobre los roles de hombres y mujeres.



Obra de Shreya Gupta

La aceptación del acoso y agresión sexual también parece generalizada. Las instituciones académicas deberían disponer de sistemas de denuncia transparentes y seguros. Los empleados deben comprender las definiciones de acoso y agresión sexual, así como las consecuencias para los que lo perpetrar. La [US National Science Foundation](#) está investigando la utilidad de talleres dirigidos a líderes académicos sobre cómo abordar las conductas sexuales inapropiadas.

El equilibrio de género es esencial para que las instituciones puedan representar a las poblaciones a las que sirven y mejorar sus resultados en salud. Las futuras intervenciones deben estar basadas en la evidencia disponible y tener en cuenta variables como el país o el nivel académico de las afectadas. De no comprometernos a proporcionar un entorno seguro para todas, nos arriesgamos a perder toda una generación de trabajadoras que desempeñan un papel crucial en la mejora de la salud mundial.



MUCHA RETÓRICA, POCOS RESULTADOS: DIVERSIDAD ÉTNICA Y DE GÉNERO EN UNIVERSIDADES LÍDERES EN SALUD PÚBLICA

MORE TALK THAN ACTION: GENDER AND ETHNIC DIVERSITY IN LEADING
PUBLIC HEALTH UNIVERSITIES

Mishal Sameer Khan, Fatim Lakha, Melisa Mei Jin Tan, Shweta Rajkumar Singh et al.

La escasa representación de las mujeres en puestos de responsabilidad y las diferencias de género para progresar en la carrera profesional están bien documentadas. A pesar de ello, la respuesta de la academia en general y de las instituciones que lideran la investigación en salud viene siendo pobre/mediocre. Las instituciones, además, también discriminan por etnia. Este artículo pretende reflexionar sobre las desigualdades de género y etnia (y su intersección) analizando la etnia y género de las profesionales según nivel de responsabilidad en escuelas de salud pública y ciencias sociales. Además, se analiza el contenido de las políticas de igualdad que teóricamente se aplican en estas universidades.

MÉTODOS

LOS NÚMEROS

Se identificaron 15 universidades. Para cada una, se recogieron directamente de sus webs el nombre y apellido(s) y el grado profesional de los y las trabajadoras. Usando dos programas informáticos, se asignó el género y la etnia más probables a partir del nombre recogido:

Gender-API (género)

Onolytics (etnia)

Finalmente, se clasificaron los resultados en base a cuatro categorías:

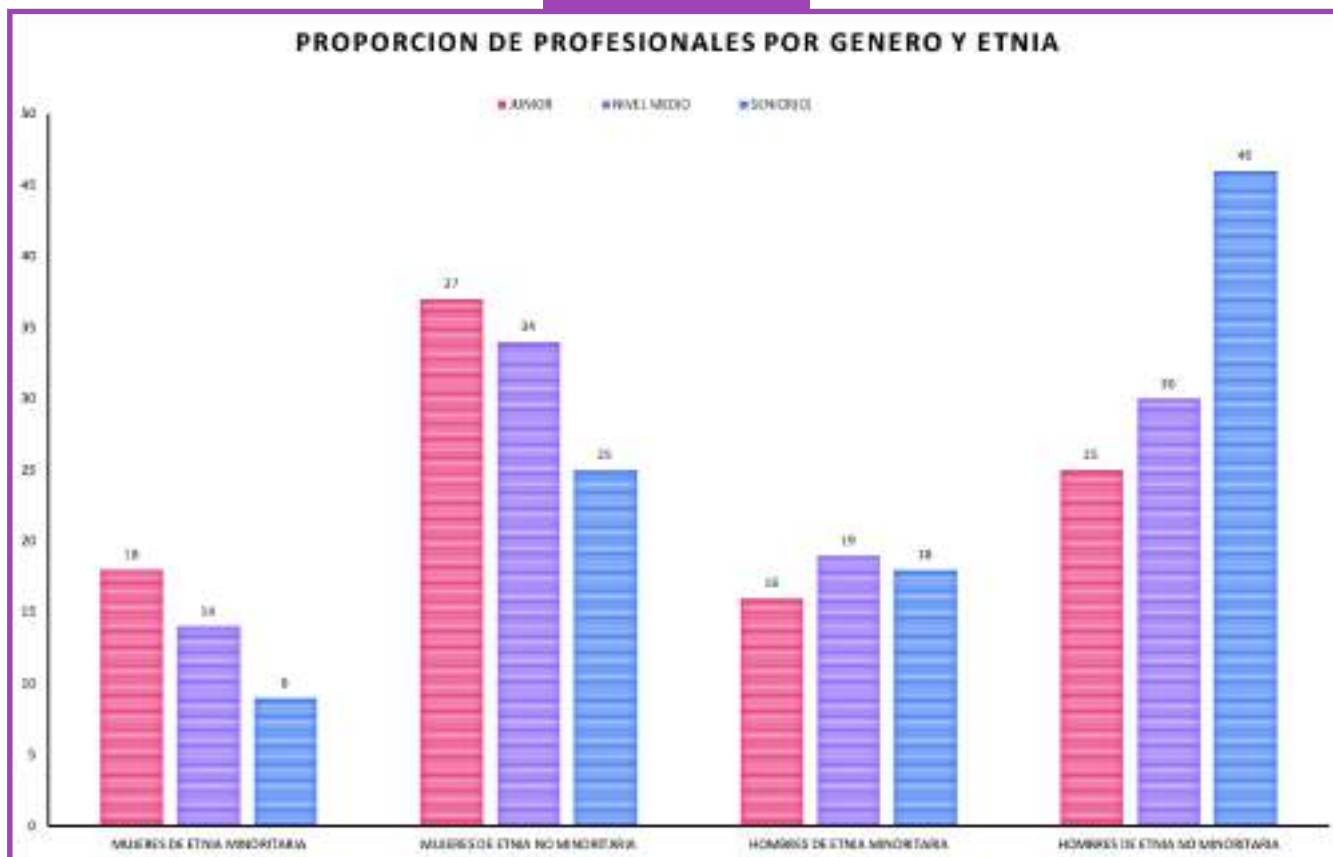
- Hombres de etnia no minoritaria
- Hombres de etnia minoritaria
- Mujeres de etnia no minoritaria
- Mujeres de etnia minoritaria

LAS POLÍTICAS

Al mismo tiempo, se analizó el contenido de las políticas de igualdad de las mismas universidades. Inicialmente se recogieron datos de las páginas webs y documentos públicos institucionales (estrategias, actividades y comisiones específicas relacionadas con la igualdad) y se realizó un análisis temático con el programa Nvivo (versión 10)

Posteriormente, los resultados preliminares se compartieron con la universidades en la búsqueda de políticas no encontradas online y para corroborar la cifra de profesionales adscritos a cada universidad.

RESULTADOS



Quizá lo más llamativo de la gráfica es la progresión en la carrera profesional de los grupos representados. Las minorías étnicas comienzan con los porcentajes más bajos en puestos de trabajo "Junior" (16% para hombres y 19% para mujeres). A medida que progresa la carrera profesional, la tendencia para los hombres de etnia minoritaria es modestamente ascendente (19% en puestos sénior), mientras que la proporción de mujeres de etnia minoritaria desciende constantemente (8% en puestos sénior).

Esta tendencia se replica para mujeres y hombres de etnia no minoritaria. En niveles junior encontramos un porcentaje mayor de mujeres que de hombres (37% y 25% respectivamente). Sin embargo la proporción de hombres de etnia no minoritaria asciende marcadamente hasta llegar al 45% en puestos sénior(o). Al contrario, la tendencia para las mujeres de etnia no minoritaria es claramente descendente. Un 25% de las profesionales sénior son mujeres de etnia no minoritaria.

En cuanto a las políticas explícitas adoptadas por las instituciones de estudio, todas las instituciones afirman no sólo tener políticas previstas para garantizar un ambiente de trabajo libre de discriminación, sino asegurar que se cumplen. En Gran Bretaña, existen programas específicos voluntarios para mejorar la diversidad étnica y de género en las universidades, tales como el Race Equality Charter y Athena SWAN Charter. Éste último programa está asociado con las oportunidades de financiación a las que aspiran los departamentos. De tal manera que formar parte de Athena SWAN Charter te coloca en mejor posición para recibir financiación

para investigación. Sin embargo, en el análisis se identifica una falta de objetivos explícitos por parte de las universidades y de publicación de sus resultados, como la proporción de mujeres en puestos sénior y de responsabilidad. Sólo 5 universidades tienen políticas explícitas para asegurar la igualdad salarial. Todas las universidades ofrecen un abanico de iniciativas dirigidas a la igualdad de género, como programas específicos dirigidos a retener e incrementar mujeres profesionales y de etnias minoritarias. Diez universidades ofrecen programas de acompañamiento (mentores) específicos para mujeres.

Nuestra reflexión en este sentido, es que cada vez encontramos mas políticas y planes estratégicos para garantizar la igualdad de oportunidades. Sin embargo, el cómo, los objetivos y los resultados suelen ser ambiguos y poco transparentes.

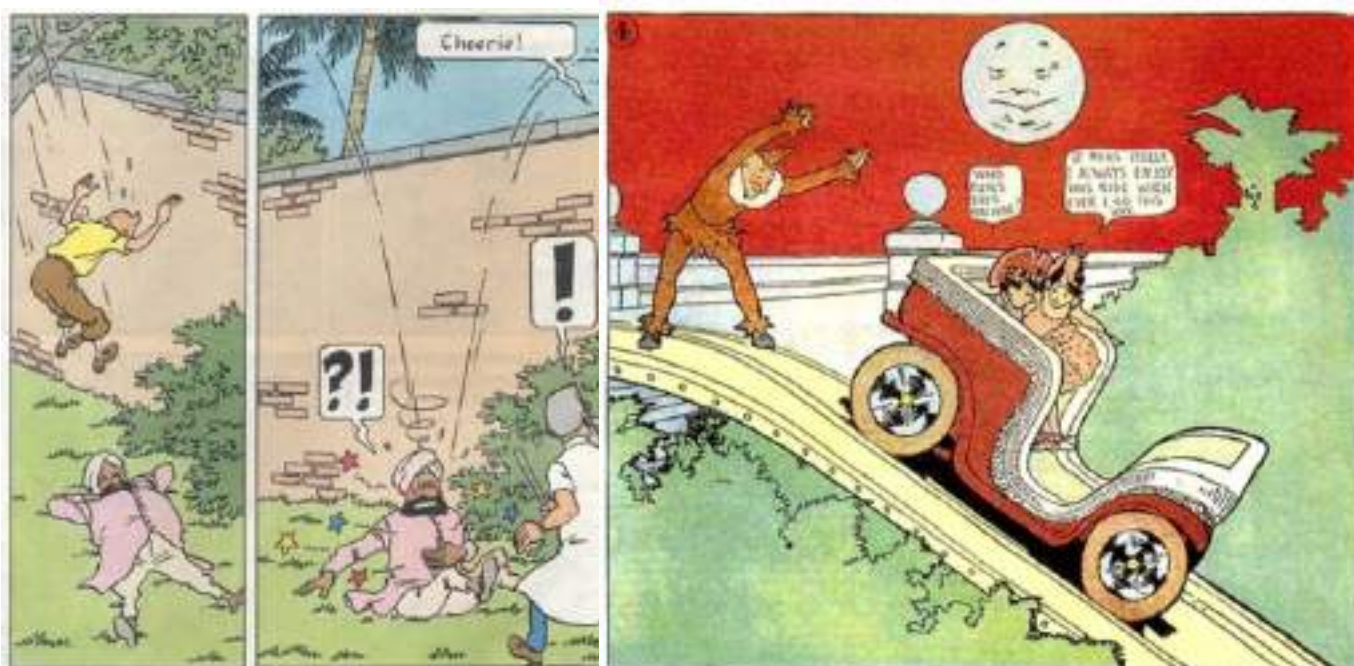
DISCUSIÓN

En este artículo se presenta una foto del perfil profesional en 15 escuelas de salud pública y ciencias sociales. La desigualdad por género y etnia sigue presente en la academia, y esto se traduce en menores oportunidades para la contratación, menos éxito para conseguir financiación para investigar, publicaciones percibidas como menos importantes y menos respeto por parte de los estudiantes. Aunque se menciona la necesidad de cambios estructurales y no solo institucionales, las autoras se centran en la utilidad de los rankings universitarios como potencial estrategia para contribuir en la eliminación de estas barreras. Se definen los rankings universitarios, como una herramienta útil que genera “competición saludable” entre universidades e influye en la reputación de la institución. Por lo tanto, la inclusión de puntuaciones sobre diversidad en estos rankings oficiales podría actuar como incentivo a la hora de mejorar o cumplir las políticas sobre género y diversidad en las universidades.

Para nosotras, la gráfica refleja lo que se ha denominado como techo de cristal. Los números de base pueden aumentar, pero los recorridos profesionales para hombres y mujeres parecen ser muy distintos. El techo de cristal, de ladrillo o de cemento, probablemente requiere de valoraciones más allá de los números, de políticas más allá del salario. El techo de cristal no existe como un ente abstracto, está ahí, construido, reparado y perfilado socialmente. Cuestionar el techo de cristal es cuestionar el patriarcado. Medidas como las propuestas, los rankings, la igualdad salarial... desde luego pueden ser beneficiosas pero se muestran limitadas a la hora de cuestionar las estructuras sociales que perpetúan los números que luego vemos en una gráfica. Si tenemos universidades donde la mayoría de las posiciones son sénior(o) (además son las que más poder tienen) y están ocupadas por hombres blancos, parece difícil que estrategias puntuales como los programas de mentoras vayan a modificar esta situación a

corto plazo. Si bien es cierto que el trabajo que realizan las autoras se trata de una foto del estado actual de estas 15 prestigiosas escuelas, sería interesante conocer otros datos como por ejemplo el tiempo que permanecen en posiciones sénior hombres y mujeres respectivamente o qué trayectorias que han llevado hasta esas posiciones académicas y si son diferentes entre hombres, mujeres y minorías.

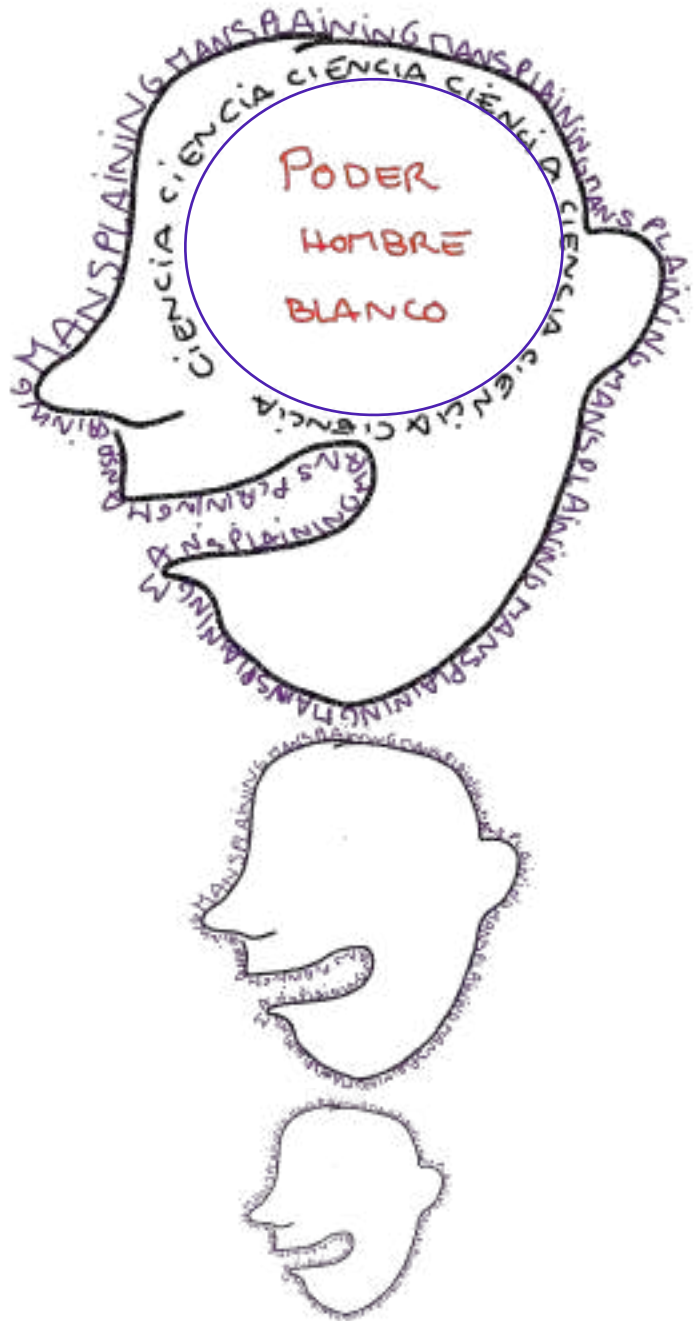
Desafortunadamente, los datos recogidos por las autoras nos siguen recordando en cierta manera (y con cierta libertad de asociación) a estas viñetas ya viejunas: mientras que los hombres utilizan el trampolín del privilegio masculino para saltarse el muro de cristal/ladrillo/cemento armado (en este caso representado por tintín saltando sobre la tripa de “un colonizado exótico” para salvar el muro que le impide concluir con éxito su heroica aventura), las mujeres son dulcemente empujadas al tobogán del descenso sin que se explicite el que es justamente ese descenso el que favorece que muchos más hombres puedan seguir su carrera profesional librándose de competencia (como ilustra la viñeta de Little Nemo donde la reina y su acompañante son distraídas para mandarlas bien lejos).



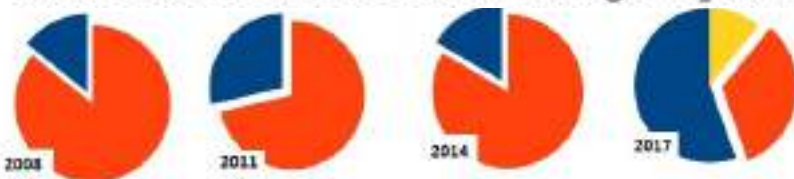
Para finalizar, os invitamos a visitar el Salto y leer la entrevista a Sara Ahmed, una académica feminista independiente que lleva años trabajando el tema de diversidad e igualdad en instituciones con quién podemos profundizar más sobre el tema. Rescatamos también, una de sus reflexiones en el Salto: “La universidad es una de las instituciones donde se transmite el conocimiento, y resulta absolutamente central que esté allí, impidiendo que solo se produzca la transmisión de valores blancos, occidentales y patriarcales. Pero esto no significa que debamos usar siempre un lenguaje académico, como tampoco significa que el feminismo empiece y acabe en la universidad.”

THE WORLD IS YOURS.

Henrik Osterblom.



Stockholm Resilience Centre
Research for Governance of Social-Ecological Systems



PARTICIPANTES

■ Mujeres
■ Hombres
■ Binario



<https://www.stockholmresilience.org/>
<https://100womenresilience.org/>

El ser humano y la naturaleza deben ser concebidos como un único sistema socio-ecológico.

La mujer tiene un papel imprescindible para alcanzar dicho objetivo.

La inequidad en la ciencia es una barrera para comprender cómo vivir de una forma sostenible.



IMPULSANDO LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS AFRICANAS

DRIVING GENDER EQUITY IN AFRICAN SCIENTIFIC INSTITUTIONS

Barbara Atogho Tiedeu, Oluwafunmilayo Josephine Para-Mallam, Dorothy Nyambi

Las mujeres son fundamentales para el desarrollo y la transformación de África. Sin embargo, continúan sustancialmente infrarrepresentadas en educación, ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (Science, Technology, Engineering and Mathematics, STEM).

DATOS GLOBALES:

Carreras universitarias: ♀ **53%** <-> ♂ 47%

PhD: ♀ **43%** <-> ♂ 57%

Investigación: ♀ **28%** <-> ♂ 62%

Investigación en África subsahariana: ♀ **30%** <-> ♂ 70%

Actuales iniciativas

- *UNESCO STEM AND GENDER ADVANCEMENT (SAGA)*: Proyecto para reducir la brecha de género en educación e investigación.
- *African Development Banks gender equality index* : Índice que registra los progresos en el nombramiento de mujeres en puestos de responsabilidad. Evidencia la situación de desigualdad tanto en el ámbito social, legal y económico.
- *Boardroom Africa* : Plataforma con una base de datos de "mujeres con talento" líderes en el ámbito empresarial que facilita la formación de mujeres para el comité ejecutivo. *Boardroom Africa* también ayuda a las organizaciones a darse cuenta de los beneficios de acelerar el acceso de mujeres a puestos directivos.
- *The Gender Summit Africa*: liderado por mujeres africanas, es una plataforma que analiza el impacto de la brecha de género en múltiples campos.
- *The Africa Union Kwame Nkrumah Awards for Scientific Excellence Programme* premia cada año a científicas africanas destacadas en ciencia, tecnología en innovación.
- *STISA 2024*: Estrategia adoptada por *The African Union* con el objetivo de acelerar el proceso de transición hacia la equidad en economía, ciencia e innovación.

"Las mujeres dedicadas a ciencia frecuentemente se encuentran en puestos de menor responsabilidad, poder de decisión y con menos oportunidades de liderazgo."

"El reconocimiento de logros es crucial para lograr la equidad en género"

"The African Union declaró el 2015 el año del empoderamiento y desarrollo de la mujer"

Todos estos esfuerzos pueden contribuir a acercar la brecha en STEM en el continente africano. Sin embargo el cambio es necesario en todas las esferas. El soporte familiar es clave para ayudar al equilibrio de las responsabilidades familiares y las carreras profesionales. La educación de parejas y familias es fundamental para el cambio estructural en la sociedad africana requiere.

El desarrollo del conocimiento científico y tecnológico en África es crucial para el avance socioeconómico y fortalecimiento de su competitividad. Sin embargo, esto no será posible sin el aumento de la participación de las mujeres africanas en todos los campos de conocimiento.

Texto trabajado por Belen Saavedra

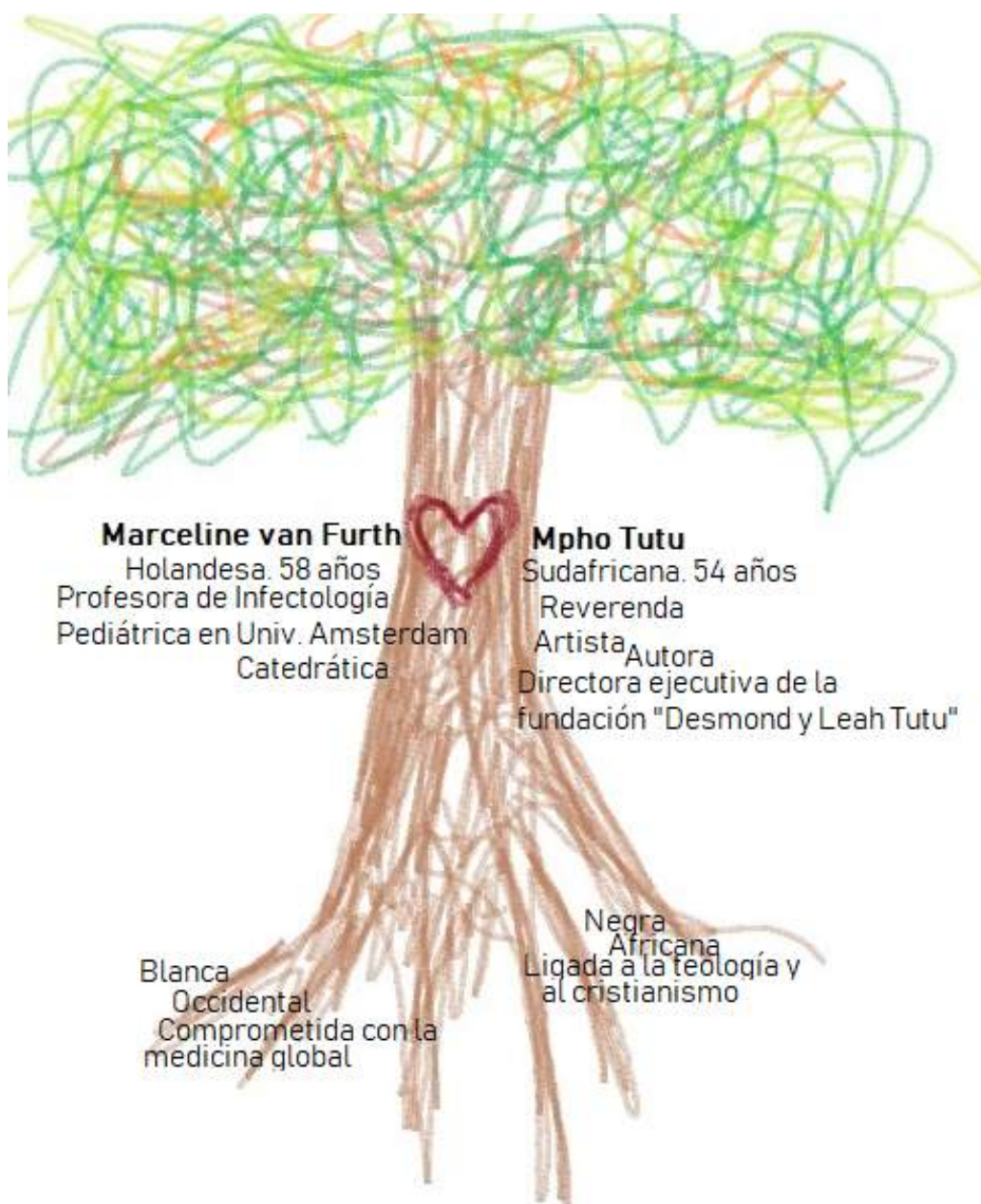


#I TOO

#I TOO

Marceline Tutu Van Furth, Mpho Tutu Van Furth

En este artículo, Marceline van Furth, casada con Mpho Tutu, analiza cómo en la biografía de las dos mujeres, partiendo de puntos aparentemente tan distintos, se dan los factores necesarios que les han permitido desarrollar sus vidas profesionales con éxito. Relata la historia con el fin de servir de ejemplo a otras mujeres a través de la visibilización y del compartir historias únicas como son todas las historias.



"Creemos que nuestras historias pueden ayudar a otras mujeres. Contando nuestras historias de generación en generación, y de mujer a mujer, podemos identificar, aprender y sacar punta a las lecciones y capacidades que nos permitan crear un mundo en el que las mujeres y las niñas prosperen."

En el artículo destaca como en la vida de las dos se han dado en mayor o menor medida los ocho factores que influyen en el desarrollo del liderazgo de las mujeres.



Algunos de estos factores pueden ser seleccionados o potenciados por cada persona, otros se deben al azar.

Marceline van Furth y Mpho Tutu son hijas de padres muy bien educados. Ambas han seguido a sus padres en sus profesiones. Ambas han visto, le han ofrecido, y han aprovechado oportunidades

para continuar con sus carreras. Ambas han necesitado salir de sus zonas de confort y han tenido que creer en sus habilidades más allá de la seguridad que pueda dar una credencial o un diploma.

La autora reflexiona:

"El reciente movimiento #MeToo muestra que las mujeres tenemos el poder y la fuerza en números. Si cada niña con interés por la ciencia, fuera capaz de encontrar a alguien que la apoyara a desarrollarlo, eso crearía un buen punto de apoyo y empuje.

Si cada profesora decidiera que su trabajo es el de orientar a otras mujeres y asegurar que ellas también son capaces de conseguir sus metas en la ciencia y la medicina, eso sería una forma diferente de #MeToo. El #MeToo muestra la magnitud del problema. #IToo está dispuesto a apoyar a estas niñas, a guiar, mimar y potenciar el desarrollo de estas jóvenes aprendices."



"Aprovechar el poder de nuestra presencia, no sólo daría oportunidades a las mujeres, sino que asegura que ellas vayan a estar apoyadas para lograr el éxito en la ciencia, la medicina y la salud global."

Texto trabajado por Blanca Valls



RAZONES PARA UNA AGENDA FEMINISTA GLOBAL EN SALUD

WHY IT MUST BE A FEMINIST GLOBAL HEALTH AGENDA?

Sara E Davies, Prof Sophie Harman, Prof Rashida Manjoo et al.

1. FEMINISMO Y SUS METODOLOGÍA SON VITALES PARA AVANZAR EN LA AGENDA DE SALUD GLOBAL

La investigación feminista desafía el poder estructural y social, pudiendo promover la igualdad de género la salud global.

La investigación feminista y sus metodologías tienen particular relevancia en algunos temas clave del movimiento de salud global: representación activa, diversidad de roles, posiciones de liderazgo, movimiento político organizado, papel del estado del bienestar, interseccionalidad y sexualidad.

La agenda de salud global debe ser feminista.

2. EL LIDERAZGO FEMENINO VA MAS ALLÁ DE LAS CUOTAS, REQUIERE CAMBIOS CULTURALES TRANSVERSALES EN LAS FORMAS DE HACER POLÍTICA

Son precisas reformas culturales en lo formal y lo informal en las instituciones a través de la gobernanza global de la salud. Abordar la representación de las mujeres en el trabajo (cuotas) no es lo mismo que promover la inclusión de género. Las cuotas son un escalón inicial en este abordaje, precisamos abordar las prácticas que suponen jerarquía y exclusión.. Las diferencias entre las necesidades de mujeres y hombres, así como la desigual posición suelen ser invisibles en los programas y en las políticas de salud. El cambio cultural es difícil y gravoso, y por lo tanto requiere de todas y todos, no sólo de mujeres líderes.

3. LAS DESIGUALDADES EXISTEN EN EL GÉNERO, PERO TAMBIÉN EN EDUCACIÓN, GEOGRAFÍA, INGRESOS... ES IMPORTANTE PARA TRABAJAR LA INTERSECCIONALIDAD , PROMOVER PARTICIPACIÓN INCLUSIVA Y DISMINUIR LAS BARRERAS DE ACCESO AL CONOCIMIENTO PARA TODAS LAS PERSONAS

No se puede abordar el género sin abordar otras desigualdades; la salud global debe ser interseccional. Las mujeres no somos un grupo homogéneo.



4. HAY QUE ATRAVESAR LOS PREJUICIOS DE GÉNERO. TODAVÍA LAS MUJERES SIGUEN SIENDO MAYORITARIAMENTE LAS CUIDADORAS, ASÍ COMO OCUPANDO MENORES PUESTOS DE RESPONSABILIDAD Y RECIBIENDO MENOR SALARIO POR EL MISMO TRABAJO

La salud global depende de las mujeres que prestan atención no remunerada; esta realidad debe ser reconocida, calculada y el trabajo pagado.

5. LAS DESIGUALDAD DE GÉNERO SIGUE SIENDO INFORMAL Y PRIVADA, DENTRO DE LOS HOGARES E INVISIBLE. SE PRECISA MÉTODOS DE ESTUDIO PARA EXPONER, RECONOCER Y VISIBILIZAR TODAS LAS DESIGUALDADES ESCONDIDAS

La investigación feminista ha demostrado que las mujeres desproporcionalmente son quienes se dedican al cuidado doméstico e invisible. A menudo, estas cargas de trabajo repercuten negativamente sobre la salud de las mujeres.

6. EL DIALOGO CRITICO DEBE IR ACOMPAÑADO DE UNA ASIGNACIÓN DE RECURSOS POR GÉNERO, APOYANDO LAS CAMPAÑAS PARA LAS MUJERES, ASÍ COMO PROMOVRIENDO UNA REFORMA INSTITUCIONAL PARA FACILITAR LOS INVESTIGACIÓN Y LA CREACIÓN DE PROGRAMAS QUE ASEGUREN UNA PRACTICA COTIDIANA Y UN LIDERAZGO BASADA EN VALORES FEMINISTAS

Imágenes:

- <https://knowyourmeme.com/photos/1177200-politics-government>
- <http://www.upsocl.com/mujer/5-trabajos-tipicamente-masculinos-que-no-sabias-fueron-realizados-primero-por-mujeres/>
- Oposiciones y privilegios. <https://es.wikipedia.org/wiki/Interseccionalidad>
- Imagen de La boca del logo
- Imagen de Carlin
- Imagen diversidad

**Texto trabajado por Carmen Fando,
Clara Benedicto y Marta Sastre Paz**



LA ESTRATEGIA AUSTRALIANA PARA ALCANZAR LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LAS CARRERAS STEM

AUSTRALIA'S STRATEGY TO ACHIEVE GENDER EQUALITY IN STEM

Latimer, J., Cerise, S., Ovseiko, P. V. et al.

POTENCIAR A LAS MUJERES EN LAS CARRERAS STEM: TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL

ADVANCING WOMEN IN STEM: INSTITUTIONAL TRANSFORMATION

Shaw, S. M., Bothwell, M., Furman, K. et al.

En estos dos artículos de correspondencia sus autoras informan acerca de tres iniciativas desarrolladas para impulsar no ya la presencia, sino el avance de las mujeres en las carreras de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (STEM por sus siglas en inglés). En ambos trabajos las autoras destacan la importancia que ha adquirido la igualdad de género en la ciencia en términos formales, por un lado, y la escasa participación de los hombres en posiciones influyentes, por el otro. Se presenta un nuevo eje de acción, centrado en involucrar a los hombres en posiciones influyentes para acelerar esa deseada igualdad de género en STEM.

El primer trabajo presenta dos programas nacionales complementarios en Australia: el programa de equidad de género (SAGE, *Science in Australia Gender Equity*), dirigido a mejorar la atracción, la retención y el éxito de las mujeres, personas transgénero y personas de diferentes géneros en los sectores de investigación superior e investigación de las áreas STEM. En este programa participan 45 instituciones de educación superior e investigación: 33 universidades australianas (83% del total) y 12 instituciones de investigación desde 2017. Se trata de un programa analítico, estructurado y a largo plazo, en el que las instituciones analizan los datos relativos a la equidad de género y desarrollan planes de acción.

El segundo programa, Hombres defensores del cambio (MCC, *the Male Champions of Change*), reúne a hombres líderes de empresas, gobiernos, universidades y sectores de investigación con el fin de emprender medidas que aceleren el progreso en materia de igualdad de género.

El MCC STEM es un programa más experimental. Se basa en que la información que reciben los altos cargos de la mayoría de las organizaciones se encuentra a menudo filtrada y carece de crítica. Lo que se propone es generar un espacio en el que dar la vuelta a este enfoque, de tal manera que los hombres en posiciones senior escuchen a las personas empleadas en sus organizaciones, especialmente a las mujeres. Se persigue que reflexionen sobre las experiencias de desigualdad de género en las entidades y

especialmente, sobre su papel en la dirección de esa estructura.

Una de las cuestiones en la que se ha centrado el MCC STEM es en redefinir mérito, noción sobre la que descansa gran parte de las culturas y estructuras establecidas en las organizaciones. Describen una práctica que comienza preguntando si se produce un 50/50 de hombres y mujeres en todas las etapas de los procesos de reclutamiento y promoción. En el caso de que no se produzca, se debe preguntar por qué. Con esta sencilla estrategia se desafía a que los líderes reflexionen sobre su aplicación del mérito, que expresen sesgos, suposiciones y estereotipos.

En 2018 SAGE y MCC STEM convocaron a un grupo de hombres, líderes de las instituciones de SAGE, para reflexionar sobre su liderazgo personal e identificar acciones prácticas que aceleren el progreso en la igualdad de género. Sus resultados se están evaluando en la actualidad.

El segundo trabajo, se centra en un programa en la Universidad Estatal de Oregón, EEUU, OREGON STATE ADVANCE. Su adaptación innovadora radica en un seminario intensivo con un contenido basado en las teorías de la opresión, que reconocen la discriminación no como el resultado de malas acciones individuales, sino de estructuras e ideologías institucionales que se reproducen a sí mismas (McIntosh, 1988; Pharr, 1988; Collins, 2016).

Estas teorías reconocen que los sistemas de género no existen aparte de los sistemas de raza o etnicidad, sexualidad y otras diferencias (Crenshaw, 1990; Collins, 2016). Las teorías de la opresión

proporcionan un método para explicar la persistencia de la discriminación, a pesar de las buenas intenciones de los individuos, al hacer visibles los sistemas que distribuyen intencionalmente el poder de manera desigual entre las diferencias sociales para reproducir y mantener el dominio de un grupo social de élite.

Transformar las áreas STEM en la academia requiere cambiar las relaciones de poder y reestructurar los acuerdos institucionales para crear políticas, procesos y estructuras más equitativas y justas. En el seminario de inmersión de la Universidad Estatal de Oregón se introduce a los participantes en las Teorías de la Opresión, se les ayuda a aplicar estas teorías a su trabajo y se facilita el desarrollo de planes de acción para lograr un cambio estructural. Hasta la fecha han participado 125 personas en nueve seminarios, incluyendo al presidente de la universidad, al rector, 22 decanos y decanos asociados, y 20 jefes de departamento.

En este trabajo se presentan ya varios resultados. Por un lado, las autoras advierten que los/as participantes han adquirido una mayor comprensión acerca de los sistemas de opresión, tanto en lo que se refiere a sus amplios efectos históricos y contemporáneos como al caso específico de la Universidad. Por otro lado, los planes de acción y su implementación muestran cambios notables en los procesos y políticas de la universidad, que van desde un mayor énfasis en la sensibilización sobre cuestiones de género y diversidad, hasta cambios en las prácticas de contratación y promoción, y el avance de las mujeres a roles de liderazgo.

Un ejemplo que exponen es el de la Facultad de Ingeniería en la que se

introdujeron cambios estructurales en los comités de búsqueda y contratación. El resultado visible es que el porcentaje de mujeres titulares en la Facultad de Ingeniería aumentó del 15% en 2014 al 20% en 2017. Desde 2018, la Facultad de Ingeniería ha aumentado en más del doble el número de mujeres en la facultad.

La evidencia sugiere que OREGON STATE ADVANCE es una intervención efectiva para catalizar la transformación institucional en la diversidad y promover el papel de las mujeres en el STEM académico. La inclusión tanto de administradores como de profesores en el seminario garantiza que los cambios de políticas de arriba a abajo encuentren aceptación por parte de los profesores y que los esfuerzos de abajo a arriba estén habilitados y respaldados por el liderazgo. Se trata por tanto de un enfoque que podría beneficiar a otras instituciones para que sean más equitativas para las mujeres y otros grupos con poca representación.

Textos trabajados por Celia Díaz

Referencias:

- Collins, P. H. (2016). Toward a new vision: Race, class, and gender as categories of analysis and connection. In *Race, Gender and Class* (pp. 65-75). Routledge.
- Crenshaw, K. (1990). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stan. L. Rev.*, 43, 1241.
- McIntosh, P. (1988). White privilege: Unpacking the invisible knapsack.
- Pharr, S. (1988). *Homophobia: A weapon of sexism*. Chardon Press



BUENAS PRÁCTICAS HACIA LA IGUALDAD DE GÉNERO EN ORGANIZACIONES MÉDICAS Y CIENTÍFICAS

[Y LAS DERIVAS DE LA AUTORA QUE LEE Y RESUME]

ORGANISATIONAL BEST PRACTICES TOWARDS GENDER EQUALITY IN SCIENCE AND MEDICINE

Prof Imogen R Coe, Ryan Wiley, Prof Linda-Gail Bekker

En agosto de 2018, el Banco Mundial declaró que el “capital humano” va a ser la inversión más importante a largo plazo que cualquier país puede hacer por la prosperidad y calidad de vida futuras de la gente. *[Empezar un artículo con el Banco Mundial y con un vocabulario mercantilista y utilitarista me despierta un prejuicio espantoso. De la deshumanización que supone poner juntas las palabras “capital” (o “recurso”) y “humano” ya ni hablamos. Me viene a la cabeza “gestionar”, otra palabra que aborrezco por sus connotaciones. Me pregunto si hay que usar las palabras del capitalismo para subvertirlas y hacerse entender, o es mejor criticarlas y evitarlas a toda costa. Busco quién presidía el Banco Mundial en 2018. Es un señor coreano, que además es médico. Ninguna sorpresa.]* Sin embargo, la gente no es consciente de las barreras a la plena participación de mujeres y minorías en ciencia y medicina, y esto impide que se movilice el capital humano de esta población *[qué horror, de nuevo el discurso utilitarista, ¿será porque esto es The Lancet y no se puede reventar a la vez la forma y el fondo?]* y limita los avances médicos y tecnológicos globales. Las barreras para la equidad y la inclusión son sistémicas, estructurales, organizativas, institucionales y socioculturales. *[señalar al sistema es bien]*. El artículo sugiere aumentar la conciencia de estas barreras, así como abordajes basados en la evidencia y en datos para llegar a objetivos medibles.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres están infrarrepresentadas en medicina y ciencia, sobre todo en posiciones de liderazgo, así como en las especialidades mejor pagadas o más prestigiosas.

La OCDE cifra el aumento de mujeres en la medicina del 29% en 1990 al 46% en 2015, aunque los números varían mucho entre países, lo que sugiere un gran impacto de la cultura y las normas sociales. *[Me pregunto por dónde vamos en España. Lo busco y veo que el Ministerio tiene datos de 2016-17. Se separa por “médicos especialistas mujeres” (sic), que son las hospitalarias, y “médicos de atención primaria mujeres” (más sic). Las primeras varían por comunidad entre 29.9% (Melilla) y 56.99% (Madrid), con una media ligeramente por encima del*

50%. En Atención Primaria somos más: entre un 46.24% (de nuevo Melilla) y un 73.17% (de nuevo Madrid), con una media del 58%. Vamos, una minoría bastante mayoritaria.]

Una causa relevante que limita la participación es el **clima organizativo**, que se define como los significados asignados a las políticas, prácticas y métodos de una organización. El clima debería reflejar la **cultura organizativa**, que son las creencias y valores compartidos. Si estas creencias existentes compartidas entran en conflicto con los significados, los esfuerzos serán infructuosos; por eso hay que abordar ambas cosas a la vez. Muchas mujeres [esto que sigue es para aplaudir] están cansadas de iniciativas que se centran en ellas como problema y asumen una visión del mundo masculina y heteronormativa, pidiendo a las mujeres que cumplan una serie de comportamientos y estándares predefinidos, que están determinados y evaluados por sistemas que son inherentemente sexistas y racistas por definición.

Informes de la Royal Society of Chemistry en UK [¿por qué todas las sociedades inglesas son "royal"? ¿se dedica la reina a poner sellos validadores como la AEP con los productos infantiles?] y de las National Academies of Science, Engineering and Medicine en USA describen algunas barreras organizativas: la incertidumbre económica, una cultura académica inflexible y que no apoya, expectativas basadas en estereotipos de género sobre prioridades familiares y doble jornada, o la cultura del acoso (como refleja el movimiento [#MeTooSTEM](#) [STEM es un acrónimo para ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas]) [Hay muchos más: [#MeTooFisio](#) [#MeTooNurse](#) [#MetooDoctor](#) [#Cuéntalo](#) y un largo etcétera]

Este cambio organizativo hacia la igualdad de género en ciencia y medicina es parte de un desafío social más amplio para reducir los estereotipos de género y empoderar a los hombres a abrazar la igualdad como una meta que también sirve a sus intereses. [Me quedo incómoda con esto: hay un conflicto sutil entre que los hombres luchen por la igualdad de género porque es lo justo, o porque al renunciar a sus privilegios se liberan de la masculinidad tóxica y la presión social que conlleva, y eso les beneficia a ellos. Sé que es sólo un argumento más y que es muy cierto, pero ¿y si no nos beneficiase eliminar algunas desigualdades? El argumento de [Wilkinson](#) para construir sociedades más justas y equitativas es parecido, y sin embargo me suena mejor]

CAMBIAR LA CULTURA Y EL CLIMA ORGANIZATIVOS

Se plantea una estrategia de equidad, diversidad e inclusión (EDI) para llegar al objetivo de un cambio cultural en la organización duradero y sostenible: la EDI es un viaje, no un destino.

En entornos científicos este cambio puede ser particularmente difícil, porque los individuos a menudo priorizan la objetividad y (a veces ilusorias) ideas sobre que la meritocracia es lo más justo y que las políticas de equidad disminuyen el umbral de excelencia. *[Pienso con pena en algunas mujeres de la generación de mi madre (tradición feminista de la segunda ola), que lucharon por entrar en el mundo laboral, a las que se les ha dicho que tenían que trabajar el doble que un hombre para llegar a puestos de responsabilidad y resignificaron ese exceso de esfuerzo como orgullo... y que cuando ahora oyen hablar de cuotas se sienten estafadas. Esto el artículo lo llama "el mito de la meritocracia"]* Estos individuos pueden sentirse ofendidos cuando se les dice que tienen que recalibrar su "objetiva" visión del mundo o reconocer y corregir sus prejuicios *[la referencia 12 de la bibliografía sobre prejuicios evaluando la existencia de prejuicios es oro]*, como que hombres y mujeres tienen distintas habilidades para la ciencia y las matemáticas, aunque no haya ninguna evidencia de esto. *[Este y otros determinismos biológicos se desmontan de una forma maravillosa en "Mujeres, Salud y Poder" de Carme Valls (Ed. Cátedra, 2009)]*. Los científicos tienen también a menudo creencias irracionales sobre las causas de la infrarrepresentación de las mujeres en sus campos, y cuando estas creencias son emitidas por líderes respetados y presentadas como "científicamente probadas" *[cencia]* son particularmente dañinas.

Se proponen varias vías de mejora:

- Líderes comprometidxs que desafíen activamente los estereotipos y sesgos de género; particularmente hombres en posiciones de poder, porque las mujeres confrontando estas creencias pueden recibir una doble dosis de hostilidad: como científicas, y como mujeres que alzan la voz. *[Me viene de nuevo este (falso) dilema sobre si deben hablar los hombres, que lo tienen más fácil, o deben callar y dar voz a las mujeres]* Por tanto, una parte importante del cambio es que los líderes y legisladores escuchen a las mujeres y crean sus historias y experiencias. *[ah, vale]*
- Visibilizar y celebrar las contribuciones de las mujeres y normalizar la diversidad, no sólo de género.
- Compartir modelos positivos de científicas, lo que puede ayudar a motivar a niñas y jóvenes y configurar su identidad profesional futura. *[El artículo menciona el "Ada Lovelace day". En España existen Mujeres con Ciencia, y cada 11 de febrero el Día internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia]*

Se destacan distintos aspectos de este liderazgo:

- Es esencial que la carga de trabajo no recaiga únicamente sobre grupos vulnerables e infrarrepresentados, porque vendría a amplificar la interseccionalidad de desigualdades y sobrecargar a quienes están motivadxs para el cambio. *[El artículo llama a esto la “minority tax”. Ni idea. Lo busco y se refiere a la carga extra que supone ser una excepción en un mundo de hombres blancos cis heterosexuales: no sólo trabajar y demostrar más para llegar a un mismo punto, sino bregar con los prejuicios, la hostilidad, el aislamiento... y encima, la responsabilidad implícita de guiar y aconsejar a colegas de otras minorías o representar siempre a tu grupo en nombre de la diversidad...].*
- Asignar recursos (incluyendo los económicos) que reconozcan y compensen la carga de trabajo.
- Tomas de posición activas y visibles por parte del grupo dominante (típicamente hombres blancos) para desarrollar valores de equidad, diversidad e inclusión.
- Dar prioridad institucional para garantizar que las personas en roles de liderazgo, independientemente de su género, posean competencias fundamentales (inteligencia cultural, reconocimiento de sesgos de género...) y esto condicione las políticas de contratación.
- Formación en pre y postgrados científicos y médicos, con la garantía de que se precisarán estas competencias para progresar profesionalmente.
- Compromiso de reflexión interna sobre los propios sesgos como medio para cambiar comportamientos individuales e institucionales. Se señala como herramienta el Harvard Project Implicit Test *[lo hago: al parecer tengo una asociación moderada de lo masculino con ciencias exactas y lo femenino con ciencias sociales, aunque no me queda claro si lo que me preguntan es que si quiero o que si tengo. También hay uno sobre prejuicios en salud mental y otro sobre preferencias de alimentación]*. Aumentar la conciencia sobre los sesgos implícitos no es suficiente para conseguir cambios sistémicos *[igual que declarar los conflictos de interés aumenta la transparencia pero no elimina el conflicto]*, y sin compromiso para el cambio se corre el riesgo de que este entrenamiento sea “otra cosa más que se pide”.
- Rendición de cuentas sobre la inclusión y equidad reales, de forma que no se pueda argumentar que “no se han encontrado mujeres cualificadas” (el mito de la meritocracia) o que ninguna ha querido, o se asuma una sanción.

EL ROL DE COLEGIOS Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Se exige un compromiso transversal en liderar y defender la igualdad, desafiar los esencialismos de género y recalcar la ausencia de evidencia al respecto.

En concreto, toda institución debería comprometerse a que sus conferencias y eventos fueran equitativas e inclusivas en cuanto al género de ponentes, comités organizadores y asistentes [*¿Cómo se puede controlar el género del público asistente? La selección del sitio y el horario son ideas básicas, la de ponentes mujeres con las que identificarse otra, y la de poder entrar con bebés o flexibilizar la asistencia, una muy acuciante (recuerdo el ejemplo positivo de los SIAP, y el negativo de un congreso de pediatría que echó a una pediatra lactante del recinto)*] (de nuevo se insiste en que esto es tarea de todxs y no sólo de las mujeres o de colectivos infrarrepresentados).

Se propone que las organizaciones que no cumplan con estos estándares no reciban fondos públicos, y sean señaladas formalmente y también en redes sociales como ha sucedido con el hashtag [#AllMalePanels](#) [*la variación española debería ser #CampoDeNabos*].

ALIADOS

Se trata de una acción, más que una identidad: alzar la voz en apoyo a las mujeres, amplificar sus voces, o señalar la discriminación en lugar de callar. Se ha comprobado que es una herramienta útil en la lucha contra el acoso y el bullying en ámbitos como las escuelas.

El entrenamiento para actuar como aliados será más efectivo en el marco de un cambio organizacional que reconozca a quien abusa de su poder y privilegios laborales, y potencie la responsabilidad de cada miembro de la comunidad en apoyar a los más vulnerables.

Esta formación debe incluir auto-reflexión, humildad cultural y sensibilidad a interseccionalidades, escuchando, aprendiendo e incluso aceptando verdades difíciles, que conduzcan a acciones lideradas por las propias comunidades discriminadas. [*una nota de Roxane Gay remarca que lo que las personas negras necesitan es gente que tome la opresión como su propio problema incluso aunque no comprendan plenamente lo que supone ser oprimida, sin la distancia que supone la alianza; se trata por tanto más de justicia social que de estrategia*].

APROXIMACIONES LEGISLATIVAS: LAS CUOTAS

Hasta ahora todos los enfoques propuestos eran voluntarios, pero es importante también legislar proporciones mínimas de mujeres en distintos niveles de las organizaciones. Las cuotas

suelen despertar fuertes reacciones en contra argumentando que son contrarias a la meritocracia *[la neutralidad de la ciencia y la de la adquisición de méritos son mis animales mitológicos favoritos]* y desafían el status quo amenazando el poder del grupo dominante. Sin embargo, un estudio sueco reciente *[se llama “cuotas de género y la crisis del hombre mediocre”]* que evalúa el efecto de políticas paritarias desde 1993 *[¡1993!]* sugiere que cuanto más subía la participación femenina más mejoraba la competencia masculina; por tanto, los más susceptibles de perder sus puestos eran los hombres incompetentes.

En medicina y ciencias el uso de cuotas es muy limitado en Europa y Norteamérica pero sí hay experiencias exitosas en Sudáfrica, en este caso combinando las raciales y las de género. Este país se pone como un ejemplo de éxito en la entrada de mujeres en el mundo laboral, de forma que cada vez más mujeres negras están priorizando sus carreras profesionales sobre roles más tradicionales *[Ay, la doble y triple jornada y la carga mental... y además, cada vez que leo “fuerza de trabajo” me acuerdo de Federici]*. Aún así, las desigualdades de género persisten y las mujeres dominan “los sectores informales” *[qué feo nombrar lo informal por oposición]*, siendo mujer sólo una de cada 3 posiciones directivas.

Los estudios sugieren que para que una minoría *[recordemos que las mujeres somos la minoría mayoritaria -igual que la raza negra en sudafrica-, y que el uso espurio de la palabra “mayoría” maquilla la expropiación del poder]* sean escuchadas y tenidas en cuenta y se genere un cambio cultural, la representación tiene que ser de al menos un 30%.

CONCLUSIONES

Conseguir la igualdad de género en ciencia y medicina requiere disponer de un conjunto de herramientas disponibles y conocidas, para poder seleccionar las más apropiadas en función del contexto *[aunque, añadiría yo, debería haber consensos de mínimos irrenunciables]*. Además, es importante una formación para su uso (por qué, para qué, cómo) y una monitorización de los resultados.

Los programas formativos de pregrado en adelante deben incluir consciencia y educación sobre estereotipos de género, interseccionalidad y el valor de la diversidad.

Pero todo esto debe ocurrir dentro de un cambio social y cultural más amplio; comprender que desarrollar el potencial de nuestro capital humano es un motor fundamental de la innovación y el desarrollo económico *[puf, de nuevo el utilitarismo]*

Necesitamos políticas basadas en la evidencia y planes de acción valientes para romper las barreras organizativas, institucionales, estructurales y sistémicas, y conseguir la plena participación de las mujeres en ciencia y medicina. *[por mí, y por todas mis compañeras]*



¿LAS BRECHAS DE GÉNERO SE DEBEN A LAS EVALUACIONES DEL SOLICITANTE O A LA CALIDAD CIENTÍFICA? UN EXPERIMENTO NATURAL EN UNA AGENCIA NACIONAL DE FINANCIACIÓN

ARE GENDER GAPS DUE TO EVALUATIONS OF THE APPLICANT OR THE SCIENCE? A NATURAL EXPERIMENT AT A NATIONAL FUNDING AGENCY

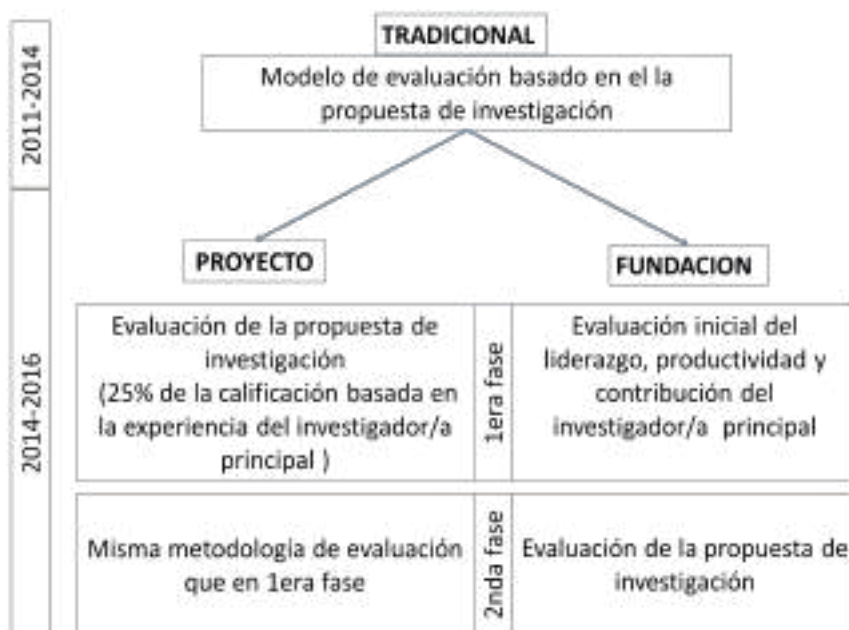
Witteman HO, Hendricks M, Straus S, Tannenbaum C.

¿Qué sabemos? Estudios de diferentes países y disciplinas¹⁻¹⁰ han mostrado que los investigadores varones reciben más fondos para proyectos de investigación que sus compañeras mujeres. Estos datos se han obtenido en su mayoría de estudios observacionales y no se ha demostrado si las diferencias de género se deben al hecho de que las investigadoras principales sean mujeres, o a la calidad del contenido de las propuestas de investigación.

¿Qué aporta este trabajo de investigación? Conseguir financiación constituye la base de cualquier carrera académica, por eso entender el motivo de esta desigualdad de género es tan relevante. Este artículo analiza la desigualdad de género en la obtención de financiación científica y sus causas, a través de un estudio prospectivo cuasi experimental.

MÉTODOS

A partir de 2014, los Institutos Canadienses de Investigación en Salud crearon un experimento natural eliminando el programa de solicitud de financiación tradicional. A partir de entonces, las solicitudes de financiación se dividieron en dos nuevos programas de financiación: **Proyecto** y **Fundación**. Ambos consistían en un proceso de revisión por etapas, sin embargo, en el programa Proyecto se evaluaba principalmente la propuesta de investigación y en el programa Fundación, al investigador principal.



RESULTADOS

- Se analizaron un total de 23918 solicitudes de 7093, 63% hombres, 37% mujeres desde 2011 hasta 2016.
- Un 15.8% del total de solicitudes fueron exitosas.
- Después de ajustar por edad y área de investigación, el porcentaje de éxito de las investigadoras mujeres con respecto a los investigadores hombre fue significativamente más bajo en el programa Fundación, pero no en el programa Proyecto ni en los programas tradicionales.

	Probabilidad éxito en hombres % 95 IC	Probabilidad éxito en Mujeres % 95 IC
Tradicional	16.3% (15.5-17.2)	15.4% (14.5-16.4)
Proyecto	12.9% (11.6-14.4)	12.1% (10.3-14)
Fundación	12.7% (11.1-14.6)	8.8 (6.9-11.2)

- Las diferencias en el programa Fundación, ocurrieron en la primera etapa de revisión, en la que la evaluación se centró en los investigadores principales hombres y mujeres (ver cifras en el artículo).
- Las probabilidades de éxito de financiación fueron menores en dominios no biomédicos y para los solicitantes más jóvenes comparados con los de mayor edad (ver cifras en el artículo).

CONCLUSIONES

- Cuando la decisión de financiar un proyecto se basa en la evaluación de la propuesta de investigación, la probabilidad de éxito no es diferente entre hombre y mujeres.
- Las brechas de género en la subvención que se han descrito en numerosos países, se deben, por lo tanto, a evaluaciones menos favorables de las mujeres como investigadoras principales.
- Los autores proponen tres explicaciones a estos resultados y sus posibles soluciones:

POSIBLE EXPLICACIÓN

Sesgos individuales:
la evaluación subjetiva de cada revisor puede presentar un sesgo por género, ya sea consciente o inconscientemente.

Sesgos del sistema:
los programas de financiación están diseñados de tal forma que favorecen a los investigadores hombres desde el inicio y estos van acumulando ventajas, siendo cada vez mayor la desigualdad de género.

Menor rendimiento:
las investigadoras femeninas, a pesar de tener una capacidad equivalente, realizan descripciones menos convincentes en los criterios específicos de la aplicación respecto a su rendimiento.

POSIBLES SOLUCIONES

→ Capacitación contra los prejuicios del revisor, revisión a ciegas o ajustes automáticos para corregir sesgos conocidos

→ Criterios de revisión más equitativos o ajustes automáticos en la financiación, garantizar procesos de publicación en revistas y premios equitativos, recursos y apoyo equitativos por parte de las instituciones

→ Las investigadoras pueden necesitar enfocarse más en los resultados de la investigación para asegurar que los objetivos de los financiadores se alcancen al máximo y describir sus logros en un lenguaje convincente.

- La selección de proyectos evaluados por cada tipo de programa no ha sido aleatoria, y por tanto los resultados pueden ser en parte debido a sesgos de selección y factores de confusión no medidos (financiación y publicaciones previas, tiempo protegido de investigación, raza, afiliación a instituciones). Sin datos que indiquen como se distribuyen estos parámetros según género en los/las investigador@s en Canadá no se puede saber si han contribuido a las diferencias observadas.
- Las diferencias observadas podrían ser debidas exclusivamente a las diferencias en las evaluaciones de investigadores hombres y mujeres más senior, ya que debido al porcentaje bajo de mujeres investigadoras senior, el análisis realizado ha sido bidireccional.
- Se asume que aquellas personas que se han reportado como hombres y mujeres se identifican como hombres y mujeres respectivamente.

***Texto adaptado por Cristina Garcia Mauriño y
Sheila Fernández Luis***

Referencias:

1. Bornmann L, et al. J Informetr 2007.
2. Tamblyn R, et al. CMAJ Open 2016.
3. Ley TJ, et al. Science 2008.
4. Pohlhaus JR, et al. Acad Med 2011.
5. Waisbren SE, et al. J Womens Health 2008.
6. Bedi G, et al. Lancet 2012.
7. Head MG et al. BMJ Open 2013.
8. Svider PF, et al. J Surg Educ 2014.
9. Hechtman LA, et al. Proc Natl Acad Sci USA 2018.
10. Mutz R, et al. Zeitschrift für Psychologie.



EL MOMENTO PARA UN CAMBIO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

TIME FOR GENDER TRANSFORMATIVE CHANGE IN THE HEALTH WORKFORCE

Myra Betron, Ivy Borgeault, Mehr Manzoor et al.

La subinversión en profesionales de la salud socava la perspectiva para lograr los objetivos para el desarrollo sostenible en relación a la salud.

Un déficit de al menos 18 millones de profesionales se espera para 2030. La inversión en mujeres trabajadoras en el ámbito sanitario es la respuesta para revertir esta tendencia. El estancamiento de la tasa de participación laboral de las mujeres es deplorabile. Sin embargo, en el sector sanitario y social ofrece una solución ya que la participación de mujeres es mayor que en otros sectores. Las mujeres suponen el 70% de los trabajadores sanitarios y contribuyen con 3 trillones de dólares anuales al cuidado de la salud global. La mitad de la cual es en forma de trabajo no remunerado. Uniendo el género, los profesionales sanitarios y una agenda laboral decente se podría llegar a una transformación de género que consiguiese los objetivos de desarrollo sostenible de la salud. Este cambio lleva a un nuevo marco, uno en el que se

reconozca legítimamente a las mujeres en la salud global como las catalizadoras del cambio en salud de todos.

El punto principal de este reto puede encontrarse en la ausencia de relativa en la toma de decisiones y en los puestos de liderazgo. La representación femenina en los puestos de toma de decisiones es baja, una revisión reciente indica que solo el 25% de las organizaciones mundiales de la salud tienen paridad en los puestos de mayor nivel y que el 20% de las organizaciones la tiene en sus órganos de gobierno. Como consecuencia de esto persiste una política masculina dominante con establecimiento de políticas establecidas según las normas masculinas. La ausencia de paridad de género en los líderes de los cuidados de la salud no es debido a falta de interés, diferencias en el compromiso profesional o en los años de educación. Es debido a prejuicios de género, a la escasez de



oportunidad para avanzar y al techo de cristal que existe en el sistema sanitario, al igual que en otros sectores.

Otra forma de discriminación es la brecha salarial entre hombres y mujeres, su trabajo es a menudo infravalorado y con menor salario. La brecha salarial es particularmente notable en el sector sanitario, se estima que el 26% en países de altos ingresos y del 29% en países de ingresos medios. Tanto la subcompensación como la ausencia de retribución puede devaluar las habilidades de las trabajadoras sanitarias, y puede considerarse que su trabajo es una extensión de su papel indiferente en el hogar, particularmente evidente en la comunidad de los trabajadores de la salud.

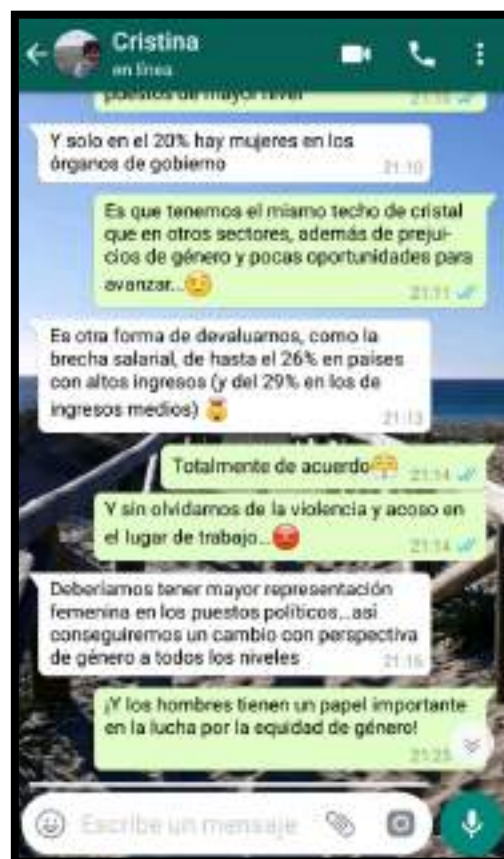
La devaluación del trabajo de las mujeres en el sector sanitario puede estar vinculado a su desproporcionada experiencia de violencia y acoso en el lugar de trabajo. La violencia y el acoso no solo limita las habilidades de las profesionales de la salud para completar eficazmente sus deberes, también apaga sus voces cuando abogan por el avance y el incremento de responsabilidad.

Nosotros proponemos un cambio de género enfocado en promover la equidad de género en los trabajadores sanitarios apoyando el reclutamiento, la permanencia y el ascenso de mujeres a través del personal directivo, incluyendo a nivel comunitario, para preservar su mantenimiento activo. Una mayor representación femenina en los puestos políticos es

crucial para que la voz de las mujeres sea activa en la toma de decisiones políticas, de este modo se conseguirá un cambio de género político a nivel nacional, de distrito y a nivel de la comunidad. Llegado a esto, los hombres tienen que reconocer que tienen un papel importante en la lucha por la equidad de género.

Estructuras integrales para la maternidad y la paternidad para todos los profesionales de la salud, reservando una representación proporcional de mujeres en la directiva, trabajando exclusivamente con compañeros y proveedores que estén comprometidos con la igualdad de género y se alíen para que las mujeres puedan probar unos puntos de inicio que faciliten el cambio.

Sin embargo, ir más allá de las experiencias laborales tradicionales y políticas será necesario así como emplear estrategias de cambio social. El fallo en las políticas y en la





formación ante el acoso sexual constituye un ejemplo de las buenas intencionadas políticas que se han quedado cortas en la prevención del acoso laboral. Las estrategias basadas en la evidencia incluyen empoderamiento de los que ahora son espectadores para intervenir, enseñando comportamientos civiles a todo el personal, y facilitando el dialogo participatorio sobre las relaciones de poder. Un método basado en la evidencia para el cambio con perspectiva de género incluiría normas más amplias en salud y programas de desarrollo con una pedagogía y un método educativo que despierte la conciencia crítica para un continuo dialogo reflexivo en grupos. Estos enfoques pueden promover responsabilidad cuando las políticas sean violadas.

La acción es necesaria ahora para desarrollar el propósito del cambio con perspectiva de género en

los profesionales de la salud. Fue establecido en el cuarto foro de recursos humanos de la salud como una acción comunitaria orientada en busca del desarrollo de cambio de género en la política global.

Texto trabajado por Cristina Ruiz y Begoña Navas

Érase una vez en algún lugar recóndito de Nepal hace más de 30 años, un grupo de mujeres voluntarias llamadas "Mahila Swoayemsewika", comenzó a organizarse para cuidar la salud de su comunidad.

Trabajaban sobre el terreno, incluso con visitas puerta por puerta, promocionando la salud. Poco a poco fueron creciendo, ganándose su confianza, hasta contar con más de 50.000 voluntarias llevando a cabo tareas de saneamiento, nutrición, planificación familiar, salud infantil y maternal, desparasitación, campañas contra la polio y el VIH, manejo integral de patologías infantiles y hasta recogida de datos demográficos.

La población confiaba tanto en estas voluntarias que les expresaban todos sus malestares, incluso atendieron a personas con trastornos mentales, estigmatizadas con frecuencia. Fueron las primeras en responder al terremoto de 2015, asegurando la continuidad de todos los programas de salud y proporcionaron soporte psicológico para prevenir el síndrome de estrés postraumático en las víctimas.

A pesar del conflicto civil en Nepal durante la década del 1996 al 2006, los indicadores en salud llegaron a ser mejores que en los países vecinos y gran parte de ello, gracias al trabajo de estas voluntarias. Es por todo esto que los programas gubernamentales sanitarios las eligieron para conseguir sus objetivos sirviendo así de eje vertebrador del sistema de salud.

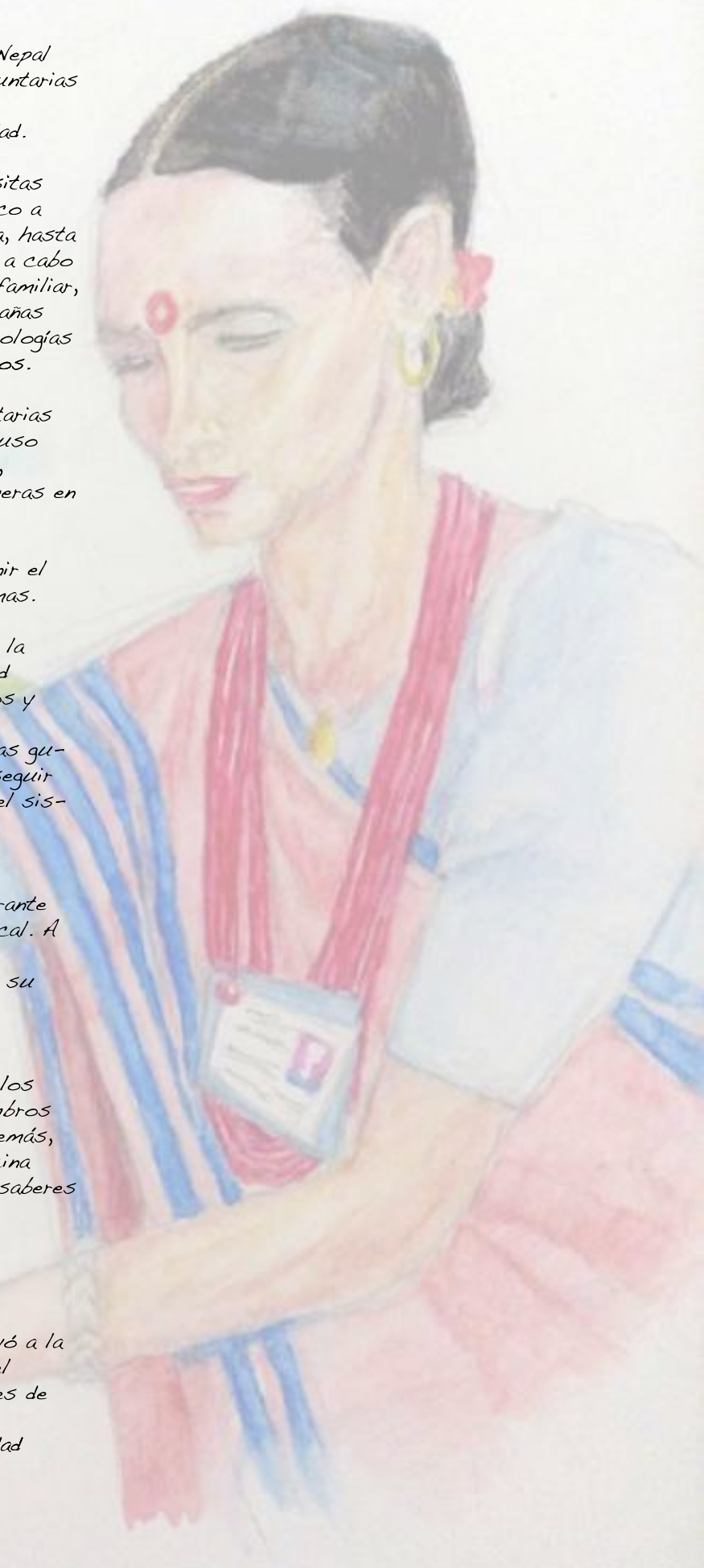
El valor de lo que hicieron era tan alto, que incluso los partidos políticos lo utilizaron durante las campañas para influenciar a la población local. A pesar de que esto condujo en algún grado a la politización de las voluntarias, ayudó a mejorar su conocimiento en derechos básicos y políticos, extendiéndose a familias y comunidades.

Estas voluntarias consiguieron romper con los roles tradicionales, estableciéndose como miembros respetables y reconocidos de la comunidad. Además, contribuyeron a la reconciliación entre la medicina ancestral, con sus rituales de sanación, y los saberes biomédicos actuales, ejerciendo un papel de intermediarias en este pluralismo sanitario.

La contribución de estas voluntarias en los programas nepalíes de salud, no sólo logró los objetivos en salud de Nepal, sino que contribuyó a la salud global. Consiguieron erradicar la polio y el sarampión, repercutiendo sobre la salud de miles de personas gracias a su formación, motivación, capacidad de mediación y respeto en la comunidad junto con un intenso trabajo comunitario.

Marta Balaña
Romina Espi
Laura Hebeisen

Inspirado en el artículo *Female health volunteers of Nepal: the backbone of health care*.
Autoras Nirmal Candel y Jaya Lamichhane (publicado en la revista *The Lancet*, el 9 de febrero de 2019)





TRABAJANDO HACIA LA DIVERSIDAD E INCLUSIÓN DE GÉNERO EN MEDICINA: MITOS Y SOLUCIONES

WORKING TOWARD GENDER DIVERSITY AND INCLUSION IN MEDICINE: MYTHS AND SOLUTIONS

Sonia K. Kang, Sarah Kaplan

Ideas clave:

- La presencia de un mayor número de mujeres en el ámbito sanitario no se traduce necesariamente en una mayor inclusión de las mismas
- Los estereotipos prevalecen a pesar de los programas destinados a eliminarlos, obteniendo en numerosas ocasiones un efecto contrario al deseado
- Las posibles soluciones al problema han de ser de carácter estructural más que orientadas a los individuos
- Los programas de inclusión deben incluir objetivos medibles y ser flexibles, de tal modo que puedan modificarse en función de las evaluaciones

Las autoras del artículo, de origen canadiense, tienen su trayectoria profesional en departamentos de gestión, economía y género. Es desde este nivel “macro”, es decir; a nivel de actuaciones institucionales, desde donde presentan este artículo. Revisan los trabajos realizados desde los campos de la gestión y afines (psicología, sociología y economía) sobre estrategias vinculadas a la inclusión y diversidad de género en empresas y organizaciones, exponiendo cinco mitos que encuentran sobre diversidad e inclusión a la vez que ofrecen cinco posibles soluciones.

Parten de la paradoja de que una mayor diversidad (entendiendo diversidad exclusivamente como el aumento cuantitativo de mujeres en el campo sanitario) no conlleva una mayor inclusión (entendiendo inclusión como el sentimiento de pertenencia, reconocimiento y la capacidad de tener unas aspiraciones y metas propias) ya que las mujeres siguen enfrentándose al sexismo cotidiano en forma de chistes, trato inadecuado, peores cartas de recomendación que sus compañeros varones, peor remuneración económica por acabar en áreas de la medicina que están peor pagadas y la clásica atribución de tener menos formación de la que se tiene (la señorita, la enfermera, etc).

Dicen las autoras: “Pese a que estemos mejorando en cifras –un aumento de la diversidad de género- falta un progreso real en mejorar el sentimiento de pertenencia e inclusión de las mujeres” (p.579). Posteriormente en el artículo señalan que la inclusión consistiría en mejorar

las experiencias de las mujeres, además de sus aspiraciones y oportunidades para tener éxito. Nosotras leyendo esto no podemos evitar pensar en Nancy Fraser y su triada reconocimiento-redistribución-representación.

Esta incapacidad para ver el problema más allá de los números, señalan las autoras, no es exclusivo en medicina y por eso revisan las investigaciones (sobre todo europeas y norteamericanas) en relación a políticas y prácticas de diversidad e inclusión de género, desglosando cinco mitos o lugares comunes y cinco posibles soluciones. Una de las cosas que queremos señalar es que el artículo tiene un claro sesgo anglosajón, ya que se centra en las políticas que desde hace años se están llevando a cabo en el mundo corporativo e institucional principalmente en Estados Unidos y países del norte de Europa.

LOS MITOS

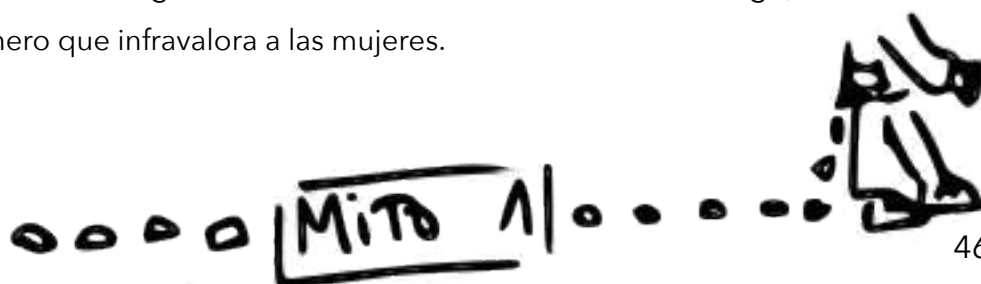
La otra paradoja que no explicitan totalmente las autoras pero que sí que mencionan en la introducción a los mitos es el aumento -casi ubiquidad en el

mundo anglosajón- de declaraciones institucionales sobre el compromiso con la diversidad de género y étnica (haciendo referencia explícita al presupuesto no desdeñable que ocupa), que no se ha traducido en un aumento de la inclusión sino que se está convirtiendo en otra tendencia inefectiva (más).



Mito 1: Son los demás los que tienen sesgos de género, no yo

La tendencia a pensar que la discriminación es un problema sólo de unos cuantos, que son los racistas y sexistas, hace que pasemos por alto la propensión que tenemos todas al sesgo para entender el mundo en el que vivimos. El sesgo es mecanismo de supervivencia, dicen las autoras, y como el género es muy llamativo en la percepción se ha convertido en un marco claro desde el que vemos el mundo. Así se entiende como una cuestión humana socialmente construida que las normas y expectativas vinculadas al género generen unos estereotipos y sesgos desde los que interpretemos la realidad. Por eso mismo, puede darse que en ambientes masculinos sean las mujeres las que apliquen sesgos de género devaluando el trabajo de otras mujeres, ya que lo intrínseco-argumentan las autoras- es la tendencia al sesgo, no el propio sesgo de género que infravalora a las mujeres.



Mito 2: La clave para controlar el sesgo es controlar como piensa la gente



Los métodos que se han usado para “luchar” contra los sesgos o minimizarlos se han centrado en controlar o erradicar el sesgo de nuestras mentes a partir de tests que ayudaran a hacer explícito dicho sesgo (por ejemplo el IAT, test de asociaciones implícitas <https://implicit.harvard.edu/implicit/spain/takeatest.html>) no han conseguido cambios organizacionales.

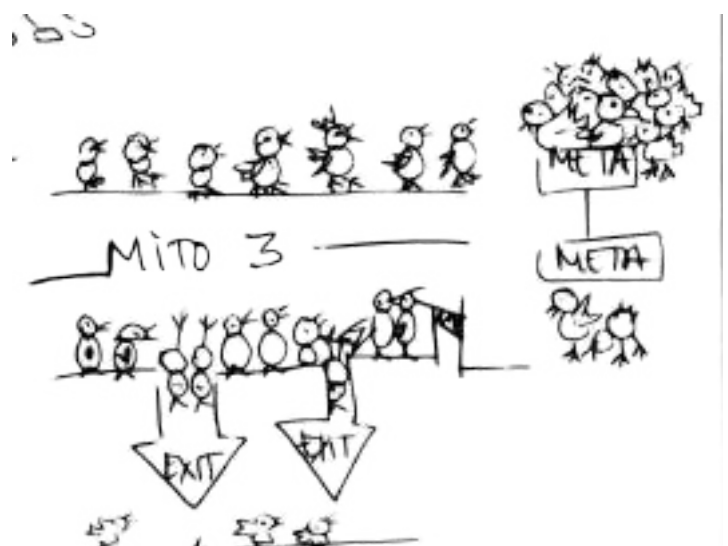
“La formación en diversidad, sobre todo cuando no se acompaña de otras intervenciones organizativas ha producido una gran variedad de resultados inesperados. Se ha asociado a una reducción de la diversidad, peores actitudes hacia compañeras de minorías, creando la ilusión de igualdad (ya está resuelto el problema por hacer un test) y favoreciendo actitudes de duda ante las experiencias de discriminación de otras” (p.580).

“Instruir a la gente para evitar el uso de estereotipos puede paradójicamente conllevar la activación de esos estereotipos”.

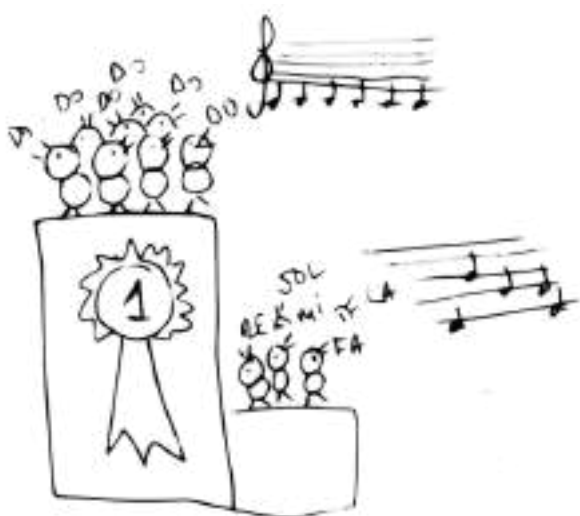
Mito 3: La infrarrepresentación se debe a un problema de “suministro”, de “base” (pipeline problems)

Acceden cada vez más mujeres, así que no es un problema de cantidad de mujeres talentosas, sino las presiones que hacen que las mujeres vayan desapareciendo en el ascenso profesional. La discriminación está presente en todas las etapas de la vida profesional, desde la selección y contratación hasta las recomendaciones, evaluación, promoción, formación y remuneración, siendo más llamativos en mujeres de color o en minorías.

Las mujeres son menos respetadas y tienen menos status, también realizan más tareas invisibilizadas y no retribuidas (sobre todo en lo que tiene que ver con lo emocional) que los hombres.



Mito 4: Promover la diversidad va en contra de la meritocracia



Señalan que hay abundante literatura que muestra como lo que definimos como meritocracia no lo es tanto: las mujeres con CV iguales puntúan peor si muestran que son mujeres: por ejemplo, para conseguir un puesto de postdoctorado siendo mujer tienes es preciso realizar de 2 a 5 veces más trabajo que la media de los solicitantes varones. Así, que parece que la meritocracia con su sesgo lo que está causando es que se queden fuera muchas mujeres valiosas y miembros de otros grupos minoritarios.

Mito 5: Tenemos que arreglar/ayudar a las mujeres

Muchas organizaciones se centran en “arreglar” a las mujeres enseñándoles habilidades de negociación, de cómo mostrar sus puntos de vista, cómo adoptar posiciones de poder, cómo hablar más en las reuniones, ser más asertivas... Se trata no de incluir a las mujeres sino de hacer que las mujeres se comporten como hombres porque estas actitudes están mejor consideradas y se conciben como la manera de alcanzar el éxito.

Sin embargo, esto tiene su lado oscuro o cara B, que es el rechazo que sufren las mujeres que adoptan estas actitudes por “dejar de ser femeninas”.

Así que lo de “arreglar” a las mujeres, se mire desde el ángulo que se mire, acabe siendo contraproducente.



LAS SOLUCIONES

A continuación las autoras proponen una serie de soluciones basadas en su experiencia, que consideran que palian los mitos. Si bien muchos de los mitos anteriormente expuestos tienen que ver con la subjetividad

individual en la percepción del género, incidiendo en los estereotipos, las propuestas que se plantean en este apartado pertenecen exclusivamente al ámbito institucional. En su conjunto, las catalogan como medidas estructurales, ya que argumentan que poner el peso en los cambios individuales suele ser ineficiente, sobre todo en trabajos estresantes y poco reflexivos.

Resulta interesante que si el argumento central es que la discriminación de género es estructural, así lo sean las soluciones. Si bien las medidas, según nosotras entendemos, están muy adaptadas al modelo anglosajón de empresa con una aplicación dudosa a nuestro medio, sobre todo si pensamos en el modelo público y la falta de propuestas supraestructurales (apoyo legislativo).

Solución 1: Tratar la igualdad de género como innovación

Es habitual que el punto de partida a la hora de abordar la igualdad de género en una institución sea justificar la necesidad del cambio en base a criterios morales o directamente de productividad. Así, los esfuerzos se focalizan más en discutir estos argumentos que en buscar medidas concretas que favorezcan la inclusión. En contextos donde la igualdad de género sea un derecho básico ampliamente reconocido, aclaran las autoras, se puede comenzar directamente adoptando estas medidas de manera experimental.

Esta primera solución plantea crear un clima que favorezca un cambio de conducta colectivo, basándose en la llamada "nudge theory" (o teoría del empujón). Se trata de impulsar el cambio de actitudes y comportamientos de manera indirecta generando un ambiente inclusivo, sin necesidad de que se dé un esfuerzo consciente a nivel individual.

Las prácticas que se proponen son: incrementar la representación de mujeres y personas de género no binario en los puestos de liderazgo, usar imágenes que naturalicen la diversidad, lenguaje no sexista en las comunicaciones corporativas y adoptar sistemas de evaluación anónimos que minimicen el riesgo de sesgos. Lo importante no son tanto las prácticas concretas como la voluntad de innovación mediante el ensayo- error de las mismas.

Solución 2: Cambiar las normas

Entendiendo normas como patrones de comportamiento, o convenciones, que son considerados aceptables por un grupo social. El género se encuentra sometido a estas normas, lo que se traduce en que de las mujeres se esperan actitudes y cualidades distintas a las de los hombres. Así, los patrones de comportamiento entendidos como femeninos se orientan a especialidades médicas de perfil más "comunal" mientras que los masculinos lo hacen hacia otras de perfil más "individual". Las diferencias entre ambos tipos de especialidades no son solo

cualitativas, ya que la repercusión de estas percepciones simbólicas en otras realidades más tangibles como el reconocimiento o el salario es patente.

La propuesta para acabar con esta dualidad es, de nuevo, un cambio en las culturas de trabajo, acabando con prejuicios y actitudes discriminatorias (paradigma de estos ambientes sería la llamada "*iron man surgery culture*") Las autoras invitan a que sean las personas que ejercen el liderazgo de grupo las que encabezen el cambio mediante el ejemplo personal. Teniendo en cuenta el problema "de suministro" ya mencionado (entre otros) para que las mujeres alcancen estos puestos de liderazgo, y que educar para acabar con los estereotipos puede potenciarlos... quizá esta propuesta incurra en una contradicción con los mitos previamente expuestos. Si bien no aparece en el texto, cabría reflexionar si otra medida no debiera partir de reactualizar la jerarquía entre lo biomédico y lo biopsicosocial, lo individual y lo comunitario, que subyace al mayor prestigio de las especialidades quirúrgicas y hospitalarias.

Solución 3: Hacer a la gente responsable del cambio

La gente por lo general reacciona negativamente cuando se siente coaccionada, y esto puede llevar al fracaso de los programas de inclusión. Los métodos seguidos por los programas de inclusión más frecuentemente aplicados en los últimos 30 años (formación obligada en diversidad, cuestionarios para los solicitantes de empleo o los sistemas de reclamaciones) han conducido a la menor representación de mujeres blancas, así como de mujeres y varones negros, hispanos o asiáticos.

Una manera alternativa de potenciar la inclusión, y que ha demostrado ser exitosa (al menos en el ámbito anglosajón) son los programas de mentores, más aun cuando la mentora, o el mentor, se compromete personalmente con el éxito de su "protegida". De este modo se potencia la autonomía y se elimina (al menos parcialmente) el problema de los sesgos, ya que prevalecen otro tipo de alianzas.

Solución 4: Implementar guías y planes de acción

Resulta complicado traducir los objetivos o valores abstractos en planes de acción, así como implementar fórmulas para medir el progreso y metas alcanzadas. Para evitar esto resulta esencial especificar no sólo los objetivos sino también las medidas que se irán instaurando para su consecución, es decir, aplicando guías.

Como ejemplos concretos en el ámbito médico asistencial, proponen asegurar que al menos un tercio del equipo de contratación sean mujeres, identificando como marcadores de progreso que en tres años la representación en dicho comité sea 50:50 y que de manera

estadísticamente significativa se hayan incrementado los contratos a mujeres. Aunque se trate sólo de un ejemplo, de nuevo se incurre en una contradicción respecto a las motivaciones de esta revisión, ya que de múltiples maneras se ha explicitado previamente que un incremento cuantitativo en el número de mujeres no se traduce en una mayor inclusión.

Además de esto, las autoras enlazan diversos recursos (Bias Interrupters <https://biasinterrupters.org/>, Bias Busting Strategies <http://successinstem.ca/wp-content/uploads/2018/05/Bias-Busting-Strategies-Institutions.pdf>) donde se proponen herramientas centradas en la evitación de sesgos, fundamentalmente enfocadas al ámbito corporativo de nuevo anglosajón (contratación, sistemas de evaluación, imagen).

Solución 5: Crear responsabilidades compartidas

Igual que el cambio individual ha de ser circunscrito en estructuras organizativas, las organizaciones deben integrarse en sistemas más amplios que apoyen las acciones concretas y colaboren en su evaluación. Aquí la transparencia y la capacidad de autocrítica basada en datos desempeñan un papel fundamental.

Poner en común las distintas experiencias, asumiendo los errores, permite redefinir, rediseñar y ensayar distintas estrategias que puedan ir integrando y sosteniendo la diversidad.

Traducido y comentado por: Beatriz Aragón, Elena Ruiz Peralta, María G. Barral
Ilustraciones: Elena Ruiz Peralta



PAÍSES, OCUPACIÓN DE LAS MADRES/ PADRES E INTERÉS DE LAS CHICAS POR LA CIENCIA

COUNTRIES, PARENTAL OCCUPATION, AND GIRLS' INTEREST IN SCIENCE

Jiesi Guo, Herbert W Marsh, Philip D Parker et al.

Estudio en el que se compara el interés de las niñas por la ciencia en función de la ocupación de los padres/madres, los estereotipos de género en la ciencia y el nivel socioeconómico del país.

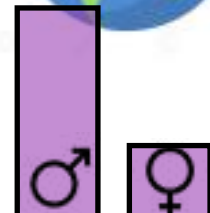
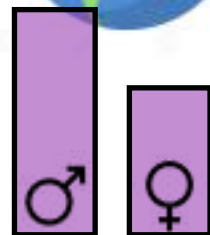
**MADRE RELACIONADA CON LA CIENCIA VS NI PADRE NI MADRE RELACIONADA
CON LA CIENCIA**



NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL PAÍS



ÍNDICE DE BRECHA DE GÉNERO EN EL PAÍS



Tener una madre con una ocupación relacionada con la ciencia y la tecnología aumenta el interés de las hijas por la ciencia; sin embargo, este efecto es menor en los países con menor índice socioeconómico y en los que tienen mayor índice de brecha de género o mayores estereotipos negativos de género en la ciencia y la tecnología.

Texto trabajado por Emilia Roy Vallejo

LOGRAR LA IGUALDAD DE GENERO EN LA MEDICINA ACADEMICA

DESAFIANDO LOS ESTANDARES

A pesar del trabajo que se ha desarrollado durante décadas para alcanzar la igualdad de género en la medicina académica, las mujeres se siguen encontrando por detrás de los hombres en los puestos de titularidad y de liderazgo.

En 2004, en el Centro Medico Irving de la Universidad de Columbia (CUIMC) se creó un grupo de trabajo para estudiar los problemas que enfrentan las profesoras y proponer medidas para alcanzar la igualdad.

Se implementaron algunas de sus sugerencias, como políticas de conciliación con la vida personal, permisos de paternidad, mejoras en los recursos para la crianza y salas de lactancia en las instalaciones. La carrera profesional se modificó para permitir mayor flexibilidad entre investigación, docencia y clínica.

*** LOS SESGOS IMPLICITOS SON ACTITUDES Y ESTEREOTIPOS QUE AFECTAN NUESTRO PENSAMIENTO, ACCIONES Y DECISIONES DE MANERA INCONSCIENTE. PUEDES LEER MAS AQUI.**

La Comisión sobre el Estado de las Mujeres (una comisión permanente de la ejecutiva de la Universidad de Columbia) llevó a cabo una investigación sobre las posiciones y las oportunidades disponibles para las mujeres en



todos los niveles de la Universidad.

Se analizaron los datos del periodo 2007-2017 (*tabla 1*). Aunque el porcentaje total de profesoras había aumentado (pasando del 40% en 2008 al 46% en 2017), **no había aumentado sustancialmente el número de profesoras titulares ni de mujeres en puestos de liderazgo.**

De hecho, el porcentaje de mujeres titulares o en proceso de titularidad disminuyó del 16% al 12%. Sólomente en 2 departamentos (Pediatría y Ginecología y Obstetricia) se encontró igualdad en los puestos de liderazgo. En 2018, sólo el 11% de las jefaturas de departamento, el 28% de las jefaturas de división

y el 13.3% de las direcciones de centro eran ocupadas por mujeres.

Para las autoras del estudio, **las intervenciones actuales, centradas en el desarrollo profesional individual, no son suficientes para conseguir el cambio necesario.** Son necesarias iniciativas institucionales que propicien entornos para el desarrollo de todos los grupos históricamente infrarepresentados, y es fundamental que en dichos programas se involucren activamente las personas en posición de liderazgo. Un factor fundamental en la perpetuación de estas desigualdades son los **sesgos implícitos (*)** y las autoras

proponen que todos los líderes institucionales y comités de selección tengan formación sobre esta cuestión.

Se presenta como fundamental la **transparencia** y la rendición de cuentas en los procesos de selección para los puestos de liderazgo, a través de informes periódicos y accesibles. Además, se propone el establecimiento de límites para los periodos de liderazgo para aumentar las oportunidades de todas las personas.

CONCLUSIONES

- El statu quo actual dificulta el acceso de las profesoras a los puestos de autoridad.

- Para conseguir la igualdad de género en la medicina académica se necesita una nueva ola de intervenciones innovadoras que desafíen los estándares actuales, además de abordar los sesgos implícitos de forma sistémica. Se requiere

que las instituciones tomen iniciativas valientes para asegurar que las mujeres puedan alcanzar posiciones de liderazgo que permitan tomar las decisiones necesarias para que el cambio sea realmente posible.

"LA DEMOGRAFIA DE LA MEDICINA ACADEMICA SE DEBERIA ASEMEJAR A LA DEL RESTO DE LA POBLACION"



Tabla 1

"ACHIEVING WOMEN'S EQUITY IN ACADEMIC MEDICINE: CHALLENGING THE STANDARDS"

Texto original elaborado por Jeanine D'Armiento, Susan S Witte, Kuheli Dutt, Melanie Wall y Geraldine McAllister en nombre de la Comisión sobre el Estado de las Mujeres de la Universidad de Columbia.

D'Armiento J, Witte SS, Dutt K, Wall M, McAllister G. Achieving women's equity in academic medicine: challenging the standards. *The Lancet*. 2019. Feb 9;393(10171):e15-6.

Traducción y resumen de Marta Palomino Gómez

Ilustración extraída de Intermón Oxfam: "Ejemplos de desigualdad de género en el trabajo" Accesible aquí.



MEJORANDO EL LIDERAZGO DE LAS MUJERES CIENTÍFICAS EN HO CHI MINH (VIETNAM)

INCREASING WOMEN'S LEADERSHIP IN SCIENCE IN HO CHI MINH CITY

Ngo Thi Hoa, Nguyen Thuy Thuong Thuong et al.

En este artículo se critica que la inmensa mayoría de datos con respecto a iniciativas de apoyo a científicas se basan en datos de países con altos ingresos. Teniendo en cuenta esta perspectiva, la unidad de investigación clínica de la universidad de Oxford en Ho Chi Minh ha iniciado la búsqueda de datos con respecto a la situación de las científicas en su unidad de Vietnam.

Entre diciembre de 2017 y febrero de 2018 enviaron encuestas estructuradas anónimas a las 121 personas (79 de 121 - 65% mujeres) que están empleadas en este departamento. Se solicitaba información sobre becas solicitadas y aceptadas, publicaciones, CV y percepciones vitales. Recojo algunos datos numéricos que arroja el artículo:

- Ayudantes de investigación (research assistants): 53 (**78%**) mujeres de 68.
- Estudiantes de doctorado: 11 (**50%**) de 22.
- Postdoctorado: 9 (**45%**) de 20.
- Jefas de grupo investigador: 5 (**45%**) de 11.
- Profesoras asociadas - catedráticas: 1 (**14%**) de 7.
- Becas solicitadas y otorgadas: 58 (**54%**) mujeres obtuvieron beca de las 108 que solicitaron vs 116 (65%) de 179 hombres.
 - ▶ De estas becas, tan sólo 117 (**37%**) de las 318 solicitudes tenían investigadora principal.
 - ▶ Becas de más de 500000\$: de las solicitadas, el **20%** se dieron a mujeres vs 33% a hombres.
- Publicaciones: una mujer era la primera autora en **55%** (63 de 115), un 50% en revistas de factor de impacto >20; una mujer era la última autora en el **20%** (20 de 99); **CERO%** en revistas de factor de impacto >20.

Aunque según los datos recogidos hay un pseudoequilibrio en algún casos entre las publicaciones de mujeres y hombres "senior", el artículo reafirma las grandes diferencias de género con respecto a la práctica totalidad de variables (a tener en cuenta posibles sesgos del estudio que no se describen). Entre las barreras identificadas destaca la necesidad de solicitar excedencias temporales que "entrecortan" la carrera científica. La decisión de solicitar excedencia o reducción de jornada habitualmente viene impuesta por los roles sociales que tienen las científicas por el mero hecho de ser mujeres en un contexto de familias extensas y

una sociedad en la que se asume que la mujer cuidará de los más vulnerables de la familia, además de realizar las tareas domésticas, entre otras.

- Solicitud de excedencia temporal por necesidad: **56%** de las mujeres vs 15% de los hombres.
- Percepción de impacto negativo de su género sobre su carrera profesional: **77%** mujeres vs 25% hombres.
- Personas dependientes que precisan su cuidado: **57%** de las mujeres.
 - ▶ Media de 10-20 horas semanales invertidas en cuidado de familiares.
 - ▶ Más de 10-20 horas semanales invertidas en otras tareas domésticas.
- Dificultad para asistir a reuniones y eventos fuera del horario laboral: **83%** de las mujeres vs 60% de los hombres.
- El **50%** de las mujeres aceptaron que las responsabilidades familiares habían afectado a sus decisiones acerca de oportunidades laborales que implicaban estar lejos del domicilio habitual.
- El **70%** de las mujeres preferirían trabajar desde casa a pesar de la posible falta de espacio y/o ambientes ruidosos.

El artículo concluye afirmando que están implementando iniciativas específicas como formación para solicitud de becas, liderazgo adaptado al contexto Ho Chi Minh, medidas de identificación de necesidades y apoyo a las mujeres, con idea de crear una plataforma para potenciar el intercambio de experiencias entre científicas y facilitar la movilidad internacional (básica en la carrera profesional de casi cualquier persona que haga ciencia). Los efectos de estas iniciativas -que tampoco se especifican a fondo en el artículo - se medirán a través de una evaluación cualitativa y cuantitativa.

Texto trabajado por Isabel Becerra



ATHENA SWAN Y ADVANCE: EFECTIVIDAD Y APRENDIZAJES

ATHENA SWAN AND ADVANCE: EFFECTIVENESS AND LESSONS LEARNED

Rosser SV, Barnard S, Carnes M, Munir F.

Athena SWAN y ADVANCE son dos iniciativas lanzadas a principios de los 2000 en Reino Unido y EE.UU respectivamente con el objetivo de abordar la infrarrepresentación de mujeres y trabajar hacia la equidad de género en la esfera académica de STEM (siglas en inglés de Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Medicina).

<u>Athena SWAN Charter (RU)</u> <i>Athena Scientific Women's Academic Network</i>	<u>ADVANCE (EE.UU)</u> <i>Institutional Transformation wards</i>
Proyecto orientado a abordar la representación desigual de mujeres e incentivar y reconocer el apoyo a las trayectorias académicas de mujeres en STEM en educación superior e investigación. Recientemente el proyecto amplió su esfera de acción incluyendo también otras disciplinas académicas y categorías profesionales. Lo hace a través de un estatuto (charter) de 10 principios con los cuales las instituciones pueden comprometerse públicamente.	Este proyecto nace de un análisis mixto de los programas del National Science Foundation (NSF) dirigidos a promocionar las carreras académicas de mujeres en ciencia, realizado en el 1997. La conclusión de este análisis fue que se necesita un abordaje estructural para trabajar hacia cambios sistémicos en cuanto a la equidad de género. A partir de esto NSF lanzó ADVANCE, usando becas competitivas para procurar diversificar el perfil de profesionales trabajando en STEM.
FUNCIONAMIENTO	
Reconocimiento	Financiación
El estatuto es propiedad del Equality Challenge Unit (ECU) del Advance Higher Education Academy. Como institución uno puede afiliarse y hacer explícito su compromiso con los principios que lo componen. Se puede entregar documentación detallando cómo hace efectivo este compromiso, los datos compartidos son analizados y se asocian planes de acción elaborados a partir de las cuestiones detectadas con el análisis. Basándose en la documentación remitida ECU puede conceder una distinción de oro, plata o bronce a la institución que se afilia. Desde el 2011 para recibir financiación del National Institute for Health Research en el Reino Unido un debe contar mínimo con una distinción de plata del SWAN Charter.	Beca de 5 años de duración para financiar proyectos de equidad de género en instituciones de investigación del ámbito STEM. Las características comunes detectadas en la becas de Transformación Institucional son el uso de métodos de segmentación de los datos por género, la implementación de programas de orientación, establecer políticas de conciliación familiar y la existencia de un asesoramiento a líderes institucionales para asegurar la comprensión de los cambios en políticas y prácticas orientados a promocionar las carreras académicas de mujeres en STEM. Para ampliar el ámbito de acción ahora también pueden aplicar a estas becas mayor variedad de instituciones académicas, como ONGs o sociedades científicas.
INTERSECCIONALIDAD	
Según comenta el artículo cada vez más ECU pone la atención en analizar la experiencia de mujeres en educación superior desde una perspectiva interseccional. Por eso han generado un estatuto de igualdad en cuanto a raza además del estatuto de igualdad de género.	Ante la evidencia de que ADVANCE estaba privilegiando las experiencias y demandas de mujeres blancas, NSF ha reconocido la importancia de la interseccionalidad (concepto que emerge de teoría racial crítica y feminista) y el efecto de solapamiento de diferentes ejes como raza, etnia, clase, religión y otras identidades sociales.

EFFECTIVIDAD PARA FORJAR CAMBIOS SISTÉMICOS Y ELIMINAR SESGOS INSTITUCIONALES DE GÉNERO

La evaluación del efecto global de estas iniciativas es difícil de medir y ambos proyectos reconocen que es imprescindible contextualizar las iniciativas histórica e institucionalmente para determinar la efectividad de determinadas estrategias o acercamientos dirigidos a eliminar sesgos y facilitar el cambio.

MEDIDAS DE IMPACTO Y EFECTIVIDAD	
Investigación sobre los efectos de Athenea SWAN se han centrado en analizar las experiencias laborales de mujeres en relación al estatus SWAN de la institución en la que trabajan (bronce / plata / oro). Pero comentan la dificultad de establecer relaciones causales con un tema tan complejo.	Sobre ADVANCE se comenta en el artículo que ha contribuido a una mayor conciencia sobre las desigualdades de género y que dentro de las instituciones becadas entre 2001 y 2003 han aumentado los porcentajes: a) de mujeres facultativas: de 16 a 24% b) de mujeres trabajando en STEM: 25 a 35% c) de mujeres con roles de liderazgo: 10 a 16% Matiza también que es difícil saber cuál es la contribución de ADVANCE y qué parte del progreso hay que atribuir otros empeños y cambios sociales.

APRENDIZAJES

1. La importancia de generar datos segmentados por género, tanto cuanti como cualitativos, de cara a poder:
 - Evidenciar las desigualdades en cuanto al género y así justificar inversión en acciones para contrarrestarlas.
 - Nombrar el problema y sus especificidades en contextos concretos para pensar las acciones a medida.
 - Realizar evaluaciones comparativas y longitudinales de las acciones implementadas.
 - Consensuar definiciones conceptuales.
2. Nuevos liderazgos:
 - La adopción de roles de liderazgo por parte de mujeres a través de los programas de SWAN y ADVANCE se ha vivido tanto como una oportunidad para demostrar capacidades y adquirir competencias administrativas como un factor que ha jugado en detrimento de la trayectoria investigadora por limitación de tiempo. Esto sugiere que se debe ajustar estos cambios al nivel y alcance de las transformaciones deseadas.
 - Destaca la escasa implicación de hombres en la aplicación de las becas ADVANCE. Partiendo de que son también beneficiarios de las políticas y cambios

resultantes, de cara a generar transformaciones sistémicas y duraderas los hombres también deben implicarse.

3. Implementación y sostenibilidad de los cambios en las políticas:

- La percepción y monitoreo de políticas de igualdad depende de las creencias individuales y colectivas de los equipos gestores sénior y de una representación suficiente de mujeres en estos equipos que se sientan cómodas y con seguridad para contestar las creencias que van en contra de la igualdad y diversidad.
- Las comparaciones entre instituciones en la aplicación de políticas de igualdad son escasas pero debe reconocerse que las prácticas efectivas en una institución muchas veces no son trasladables a otros contextos y que la investigación en cuanto a su efectividad a menudo no es generalizable.

4. Tendencias futuras:

- Ampliar el ámbito de actuación a una mayor variedad de instituciones ligadas a la investigación.
- Incorporar perspectiva interseccional, analizado el género junto a otros ejes de desigualdad operantes.
- Distinguir bien iniciativas ideadas con intención de transformar radicalmente las dinámicas sociales con abordajes sistémicos de las iniciativas que 'apoyan' a las mujeres en decisiones que reproducen desigualdades y estereotipos.

Resumen y Traducción libre de Jas McGhie



EQUIDAD DE GÉNERO EN CIENCIA, MEDICINA Y SALUD GLOBAL: ¿DÓNDE ESTAMOS Y POR QUÉ ES IMPORTANTE?

GENDER EQUALITY IN SCIENCE, MEDICINE, AND GLOBAL HEALTH: WHERE ARE WE AT AND WHY DOES IT MATTER?

Shannon G, Jansen M, Williams K, Cáceres Cr et al.

Ideas clave:

- Los esquemas restrictivos de género conducen a desigualdades y a un exceso de morbi-mortalidad.
- Aunque las diferencias / desigualdades en cuanto al género son evidentes es importante no asumirlas como inherentes e inmutables.
- Existe amplio consenso sobre la importancia de trabajar hacia la igualdad de género en el campo de la ciencia, medicina y salud global.
- Los indicadores de igualdad de género elaborados por las grandes organizaciones internacionales (ONU, OMS, BM, etc) no están dando resultados. Esto se debe en parte a limitaciones metodológicas y faltas conceptuales.
- Para avanzar hacia relaciones más igualitarias en cuanto al género tenemos que poner atención a las propuestas que vienen de movimientos sociales contemporáneos, tales como: las campañas digitales contra la violencia, el feminismo interseccional, las nuevas masculinidades y el movimiento trans.

El género en el campo de la ciencia, medicina y la salud global está a prueba y 4 movimientos sociales contemporáneos contribuyen a dar forma a la manera en la que se examina: campañas digitales contra la violencia, feminismo interseccional, la evolución del reconocimiento del hombre y las masculinidades y el movimiento por derechos trans. Lo hacen forzando a la sociedad a lidiar con cuestiones de agencia, vulnerabilidad y las realidades cambiantes y dinámicas de las relaciones de poder en cuanto al género.

Así abre la introducción esta revisión, que plantea por qué la equidad de género es importante en el ámbito de la ciencia, la medicina y la salud global a la vez que sitúa #LancetWomen en el contexto de movimientos globales transformadores.

GÉNERO, SALUD Y SOCIEDAD

Empiezan aludiendo al género como un determinante social de salud compartido por hombres, mujeres, chicos, chicas y personas con género no binario. De entrada plantean como las normas de género generan desigualdades en salud. Por un lado hacen referencia a valores sociales discriminatorios, normas y creencias, pero también a los sesgos propios de los sistemas sanitarios y de la investigación en salud. Como ejemplos mencionan la violencia contra las mujeres detallando cómo esta viene influenciada por normas de género y sistemas más amplios de opresión. Hablan también del estrés y la ansiedad relacionados con la obligación de cumplir

con el rol social asignado a cada género (cuidadoras vs trabajadores asalariados), pero también relacionado con la penalización social que reciben las personas transgénero, por cuestionar el binarismo de género.

Afirman que actualmente disponemos de evidencia que señala el género como uno de los determinantes sociales más relevantes en la salud y en el desarrollo económico. A pesar de que este hecho pueda ser reconocido como prioritario a nivel global (citan por ejemplo que la igualdad de género se ha definido como uno de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por la ONU en 2015) no existen consensos sobre cómo definir este objetivo ni cuáles deben ser las estrategias que lo promuevan.

Hacen hincapié en la importancia de las definiciones partiendo del término género en sí mismo, utilizado habitualmente de forma errónea como sinónimo de sexo y muchas veces excluyendo categóricamente a personas trans o no binarias. Según las autoras, para entender la complejidad de las implicaciones del género en salud, hay que reconocer el género como inherentemente político y citan a Hawkes y Buse para alertar de que “El género está ausente, se entiende mal, y solo a veces se integra en las políticas y programas de salud global”.

Conceptos clave y definiciones:

Género

Las normas socialmente construidas que imponen determinados roles, relaciones y posiciones de poder para toda la gente durante su vida. El género interacciona con el sexo, las características biológicas y físicas que definen mujeres, hombres y identidades intersex. De acuerdo con la definición de “The Global Health 50/50”

Datos de género

Los datos de género incluyen segmentación por sexo y asegura que los “conceptos, definiciones y métodos empleados en la producción de datos son concebidos para reflejar los roles de género, relaciones e inequidades”, como describe el Instituto para Igualdad de Género de la Unión Europea.

Equidad de género

Igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de mujeres, hombres, niñas y niños. Esto implica que los intereses, necesidades y prioridades de hombres y mujeres sean considerados por igual y que se reconozca la diversidad de diferentes grupos de mujeres y hombres. De acuerdo con la definición de la “UN Women”

Transgénero

“Un término paraguas que se usa para describir a las personas cuyo género no es el mismo o no conforma con el sexo asignado al nacimiento” como definido por StoneWall UK.

LA SITUACIÓN DE LOS DATOS GLOBALES SOBRE EQUIDAD DE GÉNERO

Aquí hacen referencia a diversas tentativas de grandes organismos internacionales (ONU, Banco Mundial, OCDE, etc) de generar datos e indicadores de equidad de género, pero hablan de las importantes limitaciones metodológicas y errores conceptuales, como la asunción de heteronormatividad o cuantificación deficiente del trabajo doméstico y de cuidados, que limitan su uso. Celebran la aparición de iniciativas como Data2x y EqualMesures que pretenden dar respuesta a estas carencias y apuntan que el análisis de datos epidemiológicos nacionales a gran escala, junto con datos subnacionales y el análisis interseccional, muestran una heterogeneidad que está permitiendo un enfoque más individualizado en el análisis de datos de género.

De forma paradójica algunos de los países que tienen niveles de equidad de género más altos de forma global, tienen una brecha de género mayor específicamente en cuanto a educación secundaria y terciaria de ciencias, tecnología, ingenierías y matemáticas.

IGUALDAD DE GÉNERO EN CIENCIA, MEDICINA Y SALUD GLOBAL

Nos ofrecen datos sobre los porcentajes relativos de mujeres investigadoras y la probabilidad de publicar o participar en colaboraciones internacionales, todos dejan entrever obstáculos en las carreras científicas de las mujeres. Hacen referencia también a que la feminización de la profesión que se está dando de forma desigual, generando segregación laboral con menos mujeres en posiciones de poder, liderazgo y gobernanza y con una brecha salarial en todas las especialidades que no se explica por antigüedad, bajas temporales o jornadas parciales. Llegan a afirmar que con la feminización de la profesión, esta se precariza con peores condiciones laborales y una remuneración menor.

Hablan de la equidad de género como una función que depende de variables sistémicas, independiente de las capacidades, y que incluye sesgos, restricciones organizacionales, cultura organizacional y un efecto diferencial de las exigencias laborales y familiares. En línea con la importancia de las definiciones, toma la de Beaglehole y Bonita (97) para hablar de Salud Global como “la investigación y acción colaborativa y transnacional para promover la salud para todxs”, matizando que a pesar la aparente inclusividad de esta conceptualización, la Salud Global sigue siendo ciega a las desigualdades de género. Esto lo demuestra con datos de la ausencia de paridad en la gobernanza de organizaciones como Naciones Unidas y la OMS.

Afirman que a no ser que el género -y sus intersecciones con otros ejes de estratificación social- se reconozca de forma explícita, puede que el progreso hacia Salud Global y acceso universal a la salud no solo deje de abordar sino que agrave las desigualdades de género.

En relación a los hombres comentan que carecen muchas veces de apoyo para transformar las estructuras de género existentes en el ámbito laboral, ejemplificándolo con los

permisos de paternidad. Y en relación a personas transgénero denuncian la escasez de información dado que las encuestas no contemplan identidades de género no binarias.

POR QUÉ EL GÉNERO IMPORTA: OPORTUNIDADES EN CIENCIA, MEDICINA Y SALUD GLOBAL

Empiezan mencionando la evidencia sobre los beneficios de la igualdad de género en el ámbito empresarial: promocionando crecimiento económico, mejorando productividad e innovación, la toma de decisiones y la retención y satisfacción de plantillas. Menciona también el efecto sobre la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de nutrición y reducción de la fertilidad.

En cuanto al ámbito de la investigación argumenta que los equipos más diversos serán capaces de producir investigaciones más adecuadas y beneficiosas para poblaciones más extensas; a través de esta y otras vías afirman que la transformación de los esquemas de género en el ámbito de sanitario y científico pueden contribuir de forma sustancial a la igualdad de género en la sociedad general.

Enumeran algunos datos sobre resultados diferenciales de atención sanitaria administrada por hombres o mujeres. En casos atendidos por mujeres se da menor morbi-mortalidad y menor tasa de readmisión hospitalaria. En un estudio canadiense del ámbito de la atención primaria vieron que también se daban menos visitas a urgencias hospitalarias en población atendida por profesionales mujeres. La explicación que dan es que las mujeres generalmente siguen las guías de práctica clínica más detenidamente y tienen mejores habilidades comunicativas.

Finalmente concluyen el apartado con una consideración importante y es que “aunque las diferencias de género son evidentes es importante no asumirlas como inherentes e inmutables. Las causas de estas diferencias se deben investigar para revelar las aptitudes que conducen a mejores resultados y optimizar así la formación y el desempeño de totxs lxs profesionales.”

PROMOCIONANDO IGUALDAD DE GÉNERO EN CIENCIA, MEDICINA Y SALUD GLOBAL

Muchas grandes organizaciones internacionales diferentes cuentan con estrategias específicas para promocionar a las mujeres en el ámbito de la salud y ciencia, pero estas políticas no han sido suficiente para dar respuesta a los extensos cambios sociales necesarios para asegurar igualdad de género en ciencia, medicina y salud global.

Los movimientos sociales traen consigo importantes enseñanzas sobre cómo mejorar la representación e inclusión de mujeres en el campo de la ciencia, medicina y salud global: trabajan politizando las discusiones, reclamando los derechos de los colectivos excluidos o con menos poder de maneras que transforman las relaciones de poder y crean entornos donde las demandas se pueden escuchar. De una lectura global de la literatura se desprende por una

parte la importancia de las redes colectivas para dar pie a cambios fundamentales en las desigualdades de género, y por otra la necesidad urgente de acción feminista para transformar la posición de las mujeres en ciencia, medicina y salud global.

CONCLUSIONES

La igualdad de género importa para la salud. Es uno de los principales determinantes de salud y de inequidades en salud en nuestros tiempos. Estudiando cómo atraviesa el género el ámbito de ciencia, medicina y salud global se revela la necesidad de situar los análisis de género en la trama de influencias políticas e inequidades estructurales que lo envuelve y la necesidad de atender a los movimientos sociales contemporáneos para progresar en esta lucha.

Más allá de promocionar la igualdad de género en términos cuantitativos debemos aspirar a una transformación cultural que permita la inclusión de valores como la transparencia, la honestidad y la justicia. En este contexto de cambios continuos podemos exigir más de la evidencia e innovar los discursos. Lograr la igualdad de género no es solo un objetivo instrumental para la salud y el desarrollo, su impacto tiene beneficios transversales en términos de justicia social para todxs.

Resumen y Traducción libre de Jas McGhie



EL PROGRAMA DE LA MENTORAS Y PROTEGIDAS EN INVESTIGACIÓN EN SALUD EN CAMERÚN

THE MENTOR-PROTÉGÉ PROGRAM IN HEALTH RESEARCH IN CAMEROON

Pierrette Essama Mekongo, Sylvie Kwedi Nolna, Marceline Djuidje Ngounouerah Hawkes et al.

En Camerún, como en muchos otros lugares del mundo, las mujeres están infrarepresentadas en el ámbito de la investigación científica. Son muy pocas las que consiguen desarrollar una carrera científica en el ámbito sanitario y aún menos las que ocupan los puestos de mayor nivel como profesoras o catedráticas. Ante este panorama, el programa de las Mentoras y Protegidas del Consorcio de las Mujeres del Alto Instituto para la Promoción de la Investigación en Salud (HIGHER Women Consortium), persigue promover las carreras científicas de las mujeres.

Para ello propone un sistema de "amadrinamiento" en la que una investigadora consolidada se compromete a acompañar y asesorar a una joven científica durante cinco años. El objetivo es que las jóvenes investigadoras adquieran las capacidades y la seguridad necesarias para desarrollar su trabajo, y que se sientan acompañadas en un entorno laboral altamente masculinizado y un contexto social marcado por la escasa valoración del desarrollo profesional de las mujeres.

La ayuda mutua entre investigadoras de distintas generaciones constituye la pieza angular del programa. Por ello, más allá de los intercambios en el ámbito profesional, se organizan distintas actividades lúdicas y festivas destinadas a generar vínculos de confianza entre mentoras y protegidas que permitirán que este acompañamiento integral perdure en el tiempo. También, se proponen algunas actividades como los retiros de escritura, que proporcionan a las investigadoras las condiciones materiales para poder avanzar en su trabajo.

Las evaluaciones llevadas a cabo muestran un incremento en el número de publicaciones, la participación en reuniones científicas y en la obtención de fondos para la investigación entre las jóvenes participantes. Ahora bien, entre los límites del programa se señala que algunas jóvenes no siguen las actividades, así como que está dirigido exclusivamente a las mujeres con estudios de postgrado que son una mínima parte de la población de Camerún. Estos límites, avanzados por las propias autoras, nos recuerdan la importancia de incidir sobre las condiciones materiales que dificultan el acceso de la mayoría de las mujeres a la educación superior, relacionadas con las difíciles condiciones socio-económicas que enfrentan y con su designación, tanto material como simbólica, como responsables del trabajo de reproducción.

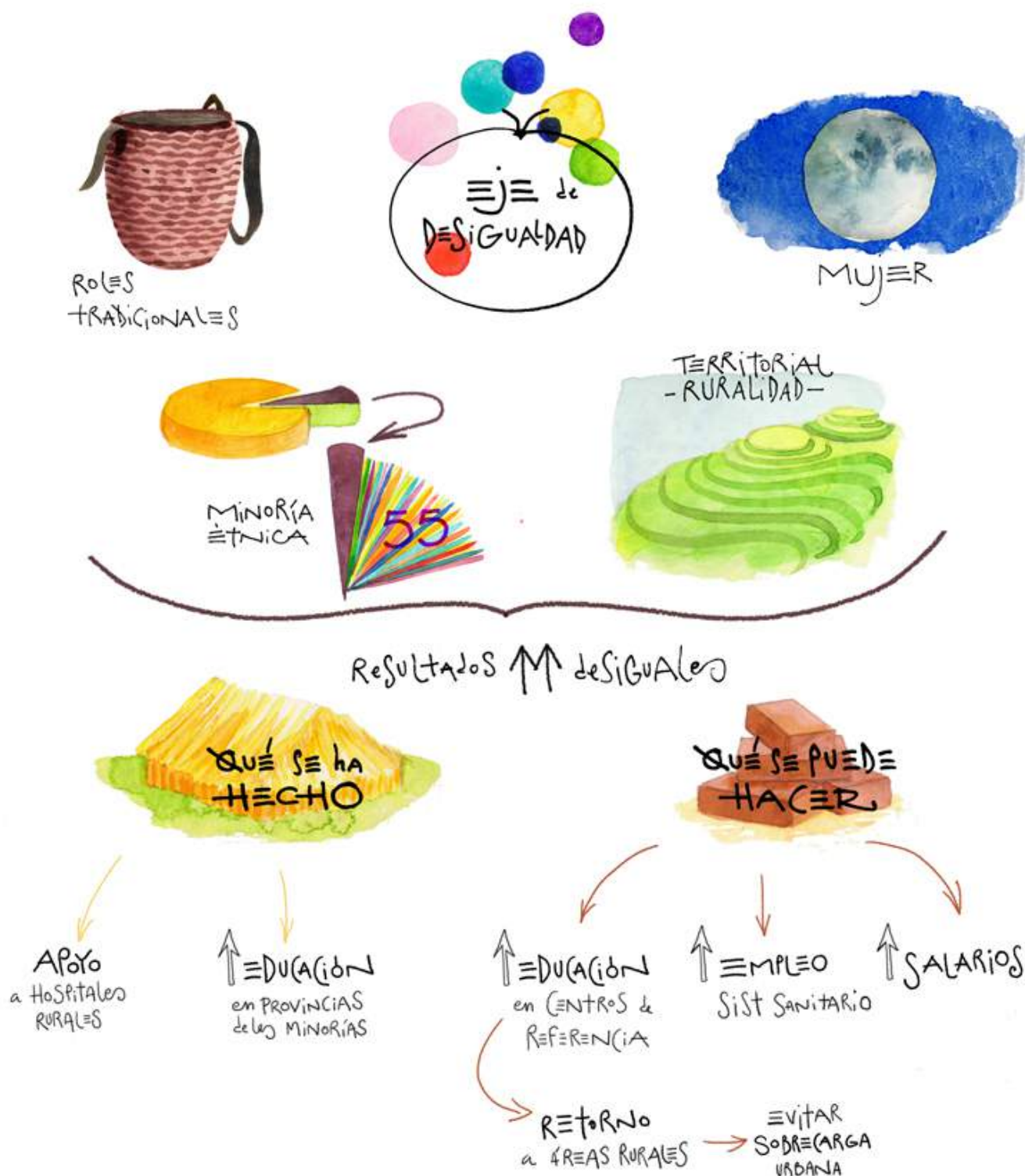
Para más información sobre el HIGHER Women Consortium, se puede consultar su página facebook www.facebook.com/HigherWomen/ o su cuenta de Twitter: @HIGHER_WOMEN o escribir a *pierrette.essama@univ-yaounde2.org

Fortalecimiento del PapeL de las MUJERES de MINORIAS ÉTNICAS CHINAS en la CIENCIA y la MEDICINA

STRENGTHENING the ROLE of ETHNIC MINORITY WOMEN in
SCIENCE and MEDICINE in CHINA, by JIAYUE HU, GEORGETU GAO, Ji-LONG CHEN

Chinese Academy of Sciences Key Laboratory of Pathogenic Microbiology and Immunology, Institute of Microbiology,
Chinese Academy of Sciences, Beijing, China (JH, GFG); and Key Laboratory of Fujian-Taiwan Animal Pathogen Biology,
College of Animal Sciences, Fujian Agriculture and Forestry University, Fuzhou, Fujian 350002, China (J-LC)

Traducción libre, esquema e ilustración de Jara Cubillo Llanes, médica de familia y comunitaria, y Marta Ramos Ituarte, ilustradora





EL VALOR DE LAS MUJERES: LA DIVERSIDAD Y LA INCLUSIÓN MÁS ALLÁ DE LOS ARGUMENTOS EMPRESARIALES

WOMEN'S VALUE: BEYOND THE BUSINESS CASE FOR DIVERSITY AND INCLUSION

Cordelia Fine, Victor Sojo

Este número de la revista Lancet sobre las mujeres en la medicina trata de abordar retos muy diversos sobre enfoque de género. En este artículo en concreto, lo que se plantea es que ideas tan importantes en temas de género como el sesgo de género que impregna a todo el sistema como la desigual distribución de poder dentro de la sociedad tiene una serie amenaza cuando se produce un desplazamiento de los valores que pueden aportar las mujeres basados en la ética y la justicia social hacia un discurso más económico y empresarial.

Así, en las discusiones sobre igualdad en las últimas décadas, los principios de equidad y justicia social se han visto desplazados por otros discursos que siguen la lógica y retórica marcada por el mercado. Por ejemplo, el periodista Anand Giridharadas en una conferencia en la Fundación Clinton sobre el "aprovechamiento" del poder de las niñas y las mujeres para el desarrollo sostenible, enfatizó la ventaja competitiva y oportunidades de negocio que supone el empoderamiento de las mujeres. Priorizar este enfoque empresarial hace que la lucha y esfuerzo en pos de la igualdad parezca discrecional, es decir, se trataría de una de las

muchas medidas que una organización puede introducir (o no) para aumentar su rendimiento o ventaja competitiva. Como sugiere irónicamente Giridharadas: *"Si la lógica de nuestro tiempo se hubiera aplicado a los hechos de una época anterior, alguien habría publicado un informe sugiriendo que acabar con la esclavitud era bueno para reducir el déficit comercial"*.



Desde nuestro campo de trabajo en temas de género, también vemos señales de intromisión de los valores del mercado en el ámbito de la justicia social. Las investigaciones sobre violencia de género, a menudo, comienzan por un balance del impacto de su coste económico para la sociedad. Así mismo, surge un aumento de las investigaciones que intentan relacionar la inclusión de mujeres y grupos minoritarios en los equipos de alta dirección de las empresas y la mejora de resultados económicos. Si

bien, puede ser útil saber el impacto, tanto a nivel económico como empresarial de la igualdad y desigualdad de género, resulta aún más importante entender como los cambios sociales tienen repercusión en el sistema económico social y en las organizaciones. De esta manera, las empresas que se asientan en modelos económicos de igualdad de género pueden ser formas poderosas de presionar y movilizar colectivos que de otra manera pasarían desapercibidos, pero se trata simplemente de sentido empresarial y de creer aumentar su meritocracia basándose en la igualdad de oportunidades más que impulsar organizaciones inclusivas. Esta mirada, meramente instrumental, no está exenta de problemas. Al centrarse en mediciones estándar, el enfoque empresarial no tiene en cuenta como la mayor diversidad puede influir positivamente en otros aspectos de funcionamiento de la organización. Como Jenny Hoobler y sus colegas dicen “los métodos tradicionales utilizados para medir el liderazgo de las mujeres puede limitar nuestra capacidad para entender el valor que las mujeres aportan al liderazgo”

¿Cómo podrían producirse cambios en la cultura organizacional al haber más igualdad de género? Jennifer Berdahl, Peter Glick y Marianne Cooper han descrito los efectos perjudiciales para las organizaciones que fomentan ciertas actitudes y normas estereotipadas masculinas como “no mostrar alguna debilidad”, “lo primero el trabajo”, o el “aquí te pillo aquí te mato”. Estas formas de

masculinidad dentro de las organizaciones están asociadas con una baja cooperación con líderes, compañeros abusivos, situaciones de acoso sexual, conflicto entre trabajo y familia, y consecuencias negativas para la salud física y mental. Esta especie de “concurso” de masculinidad es menos común en las organizaciones con más equilibrio de género tanto en número como en liderazgo.

Las organizaciones con un liderazgo más igualitario en materia de género, ¿atienden mejor los intereses, necesidades y preocupaciones de los diferentes actores implicados en la organización? Aunque no hay mucha evidencia, las investigaciones apuntan a la existencia de una asociación positiva entre la representación femenina en los consejos de administración de las empresas y un comportamiento más responsable desde el punto de vista social. También en el sector gubernamental, es más probable que las mujeres líderes consulten a las comunidades que representan, promuevan una legislación que proteja a la familia y la infancia, apoyen los servicios públicos y eviten la corrupción. Esto es solo una pequeña tendencia pero como Christopher Karpowitz y Tali Mendelberg documentan en [“El sexo silenciado: Género, Deliberación e Instituciones”](#) introducir el género, en interacción con otros factores en la toma de decisiones políticas puede influir en mostrar una mayor concienciación hacia la pobreza y vulnerabilidad. O lo presentado por Hoobler y colegas que cambia el enfoque de “lo que las mujeres pueden

hacer por las empresas" a "lo que las empresas pueden hacer por las mujeres y, posiblemente, por todos sus empleados". Un estudio longitudinal de 30 años, liderado por Matt L. Huffman, encontró que una mayor proporción de mujeres en puestos directivos estaba asociado con una disminución de división por género en los niveles inferiores no directivos. Entonces, ¿cuáles son las implicaciones para investigadores y activistas de la justicia social en la ciencia, la medicina y salud? Sugerimos tres.

① Profundizar mediante la investigación y el debate la manera en la que el equilibrio de género podría mejorar la cultura organizativa. Los centros de investigación de medicina, ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (STEM) encajan más con ciertos patrones de masculinidad que enmascaran la discriminación por motivos de género, acoso sexual o psicológico. Este modelo de trabajo exige una brutal cultura competitiva por conseguir financiación para la investigación y ello amenaza con eliminar a cualquiera, por muy talentoso y apasionado que sea si no puede ajustarse a este modelo rígido e hipercompetitivo. En una conversación con el director de investigación de un hospital sobre las consecuencias de este sistema comentó que, estas condiciones, no solo parecían potencialmente perjudiciales para la igualdad de género sino también para la creatividad científica. Sus palabras hacia ese sistema fueron fulminantes: "Nos está matando a todos"

② Realizar investigaciones sobre la cuestión del impacto de la diversidad de género en la ciencia, la medicina y la política sanitaria. Habría que profundizar y entender cómo la composición de género de los equipos podría impactar en las ideas que se producen en la investigación, en la práctica médica, en las políticas y en el bienestar de profesionales de la salud y pacientes. En su libro de próxima publicación "Mujeres invisibles: El sesgo de los datos en un mundo diseñado para hombres" [Caroline Criado Pérez](#) proporciona varios casos en campos tan variados como la medicina, salud y seguridad en el trabajo, transporte, tecnología, política y ayuda en casos de emergencia, en los que se da una perspectiva sesgada hacia los hombres que tiene efectos adversos sobre la salud y el bienestar físico y mental de las mujeres. Por ejemplo, la investigación sobre salud y seguridad laboral, ha cosechado éxitos en la reducción de lesiones en el lugar de trabajo pero ha pasado por alto, en gran medida, los riesgos para las trabajadoras. Se sabe mucho sobre la prevención de lesiones para evitar levantar objetos pesados en la construcción, sin embargo, se ha prestado poca atención en ocupaciones tradicionalmente femeninas, a pesar de que el levantamiento realizado por cuidadoras y limpiadoras puede ser superior al de quienes trabajan en la construcción o la minería. Del mismo modo, la investigación en cánceres relacionados con el lugar de trabajo está mucho menos desarrollada, cuando se trata de los efectos

de las exposiciones químicas en ocupaciones con predominio de mujeres como la limpieza y la cosmética. Haciéndose eco de muchos estudios, la solución propuesta por Criado Pérez resulta convincente: "Para cerrar la brecha de representación femenina es necesario que las mujeres estén involucradas en la toma de decisiones, en la investigación y en la producción de conocimiento, así es como la perspectiva de las mujeres se visibiliza y no se olvida". Corregir el sesgo de género en el sistema podría tener un impacto transformador en la forma en que hacemos investigación médica, acumulamos conocimiento científico, y lo aplicamos a la práctica.

3 Es vital que los argumentos que se centren en la empresa no ahoguen los valores éticos de la justicia, honestidad, compasión, respeto y no maleficencia que, en última instancia, pueden ser más proclives a cambiar el conocimiento y formas de ser de las personas. Si tomamos como ejemplo el acoso sexual, que es ampliamente reportado por las mujeres que trabajan en instituciones médicas, éste empeora si se le suma además otra identidad minoritaria. En definitiva, este tipo de comportamiento dice mucho sobre a quién se puede considerar como compañero de trabajo digno de respeto y quién no lo es. ¿Se vería esta situación paliada por una organización con cultura organizacional inclusiva que implícitamente acepta que mujeres y otros grupos infrarepresentados se visibilicen por el valor que añaden? O, quizás, podría ser más efectivo, centrar las

estrategias y políticas en mejorar las normas y valores de un comportamiento respetuoso y enfatizar la obligación del cumplimiento de las normas y la misión que tienen las organizaciones sanitarias que, en definitiva, se basan en fomentar el bienestar de todas las personas en todos los niveles.

En general, muchas investigaciones sobre el tema se han cuestionado si los argumentos de racionalidad económica sobre la igualdad son realmente efectivos en la lucha contra los prejuicios y sesgos de género y empujan a la inclusión de las mujeres y otros grupos infrarepresentados en puestos de liderazgo, y más ampliamente dentro del sector profesional. Hasta la fecha, los pocos estudios que han comparado la eficacia del énfasis empresarial frente a argumentos legales o de equidad han encontrado poca evidencia que apoye la conclusión de que la primera es mejor que la segunda. Estos hallazgos seguramente precisen de más profundidad en otras investigaciones.

CONCLUSIÓN:

- Se pueden producir cambios culturales de mayor calado e impacto cuando se señala que la discriminación y el abuso violan valores éticos universalmente compartidos de justicia y respeto antes que promover elementos del mercado y de ventaja competitiva mediante el discurso de la inclusión.
- Se ha trabajado mucho para visibilizar las desigualdades pero se requiere aún más

para identificar aquellas que están ocultas así como estudiar qué mecanismos las refuerzan y cual es la mejor manera de eliminarlas y motivar a las personas para actuar frente a las mismas.

- No cabe duda de que para conseguir estos cambios hay que enfatizar la desigualdad sistémica o estructural de género antes que los argumentos económicos y empresariales, ello facilitará un abordaje desde el coraje y la imaginación.

Traducción libre y abierta de Maite Cruz & Alina Danet

- **Further reading**
- Berdahl JL, Glick P, Cooper M. How masculinity contests undermine organisations, and what to do about it. Harv Bus Review, Nov 2, 2018
- Brannon TN, Carter ER, Murdock-Perriera LA, Higginbotham GD. From backlash to inclusion for all: instituting diversity efforts to maximize benefits across group lines. Soc Issues Policy Rev 2018; 12: 57-90
- Fine C. Feminist science: who needs it? Lancet 2018; 392: 1302-03
- Fine C. Business as usual? The confused case for corporate gender equality. The Monthly, March, 2017
- Giridharadas A. Winners take all: the elite charade of changing the world. New York: Alfred A Knopf, 2018
- Hoobler JM, Masterson CR, Nkomo SM, Michel EJ. The business case for women leaders: meta-analysis, research critique, and path forward. J Manage 2018; 44: 2473-99
- Karpowitz CF, Mendelberg T. The silent sex: gender, deliberation, and institutions. New Jersey: Princeton University Press, 2014
- Rast DE, Hogg MA, Randsley de Moura G. Leadership and social transformation: the role of marginalized individuals and groups. J Soc Issues 2018; 74: 8-19



OFFLINE: SALUD GLOBAL Y GÉNERO-UNA OMISIÓN INEXCUSABLE

OFFLINE: GENDER AND GLOBAL HEALTH- AN INEXCUSABLE GLOBAL FAILURE

Richard Horton

En el momento actual:

- 200 millones de mujeres no tienen acceso a medidas contraceptivas, aun teniendo el deseo de emplearlas.
- 30 millones de mujeres dan a luz sin la posibilidad de ser asistidas en establecimientos sanitarios.
- 45 millones de mujeres no reciben asistencia prenatal.
- 25 millones de mujeres al año abortan en condiciones inseguras.
- Una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia sexual.
- Alrededor de un millón de mujeres al año mueren de cáncer de mama, cervix, ovario o endometrio.

Todas estas situaciones son consecuencia directa de la inequidad de género (y esto obviando que la salud de las mujeres puede ir -incluso- más allá de las paredes del útero...).

Sin embargo, la OMS ha omitido este hecho en su reciente publicación: "Diez amenazas para la salud global en 2019"¹. Las amenazas percibidas por los líderes mundiales en salud (cambio climático, resistencias antibióticas, virus emergentes, etc) no contemplan la inequidad de género de manera explícita, sin embargo todas ellas ponen en riesgo fundamentalmente a las poblaciones más empobrecidas, y la pobreza tiene rostro de mujer². Concebir la salud global sin un enfoque de género constituye una omisión inexcusable y difícilmente comprensible.

"El desarrollo sostenible precisa de las contribuciones de las mujeres en lo social, lo económico y lo ambiental, lo cual sólo sucederá cuando las mujeres estén sanas y se encuentren suficientemente valoradas, capacitadas y habilitadas para desarrollar su potencial en todos los aspectos de sus vidas."

Traducido y comentado por María G Barral

¹ <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>

² "Poverty has many faces. When poor people are asked, 'What is poverty?', a central theme emerges. Poverty is not just about lack of money, but even more about lack of choice. This is particularly evident in people's - especially women's - sexual and reproductive lives" Gro Harlem Brundtland (1999). <http://www.un.org/popin/unpopcom/32ndsess/gass/state/brundtland.pdf>



CÓMO LA FINANCIACIÓN DE PROYECTOS PERPETÚA LA BRECHA DE GÉNERO Y QUÉ PUEDEN HACER LAS INSTITUCIONES PARA EVITARLO

PROMOTING GENDER EQUITY IN GRANT MAKING: WHAT CAN A FUNDER DO?

Sindy N Escobar Álvarez, Reshma Jagsi, Stephanie B Abbuhl et al.

Este artículo pretende abordar los obstáculos concretos referentes a la financiación de proyectos que enfrentan muchas mujeres en su trayectoria científica. Algunos de ellos ya han sido estudiados, como la brecha económica en los paquetes de puesta en marcha (presupuesto inicial que la institución concede para el proyecto) y los salarios. Este estudio analiza otra variable: el proceso de concesión de becas, factor esencial en la promoción del éxito profesional cada vez más derivado de la financiación no gubernamental.

¿QUÉ SESGOS HAY Y CÓMO EVITARLOS?

A la hora de conceder una beca el proceso de selección debería basarse en el proyecto científico en sí y no en el prestigio de la persona que investiga; las selecciones que priman esto último perjudican a las mujeres. Por ello, se decidió realizar un estudio que analiza el proceso de selección y concesión de becas en la Doris Duke Charitable Foundation según los datos de los participantes. Algunas de las variables que tuvieron en cuenta fueron el género, el número de publicaciones, el compromiso con la investigación, la persona que actuaba de mentor/a así como la financiación que ésta recibía. Otras variables incluidas en el análisis fueron si los participantes tenían un PhD (el máximo grado universitario), si trabajaban en alguna de las instituciones que recibían el 10% del presupuesto de los National Institutes of Health, si eran hombres o mujeres, si dedicaban al menos el 50% de su tiempo a investigar y si tenían mentores con más de cuatro becas concedidas.

VARIABLES ASOCIADAS CON MAYOR PROBABILIDAD DE OBTENER LA BECA

1. Tener un PhD y dedicar más del 50% del tiempo a investigar
2. El género no fue significativo

Dentro de las posibles explicaciones, tener un PhD se podría asociar a más conocimientos a la hora de diseñar estudios, analizar datos o presentar becas. Por otro lado, dado que se busca garantizar el (máximo) tiempo dedicado a la investigación, hacerlo más del 50% beneficia a quien puede permitírselo (quizás aquellas instituciones que conceden becas podrían preguntarse si aspirar a una dedicación completa a la investigación es compatible con la vida, la propia y la sostenida).

- **Cambiar el lenguaje** para minimizar un vocabulario asociado a rasgos masculinos: capacidad de liderazgo por compromiso a realizar contribuciones relevantes, importancia por influencia, innovación por originalidad y creatividad por ingenio.
- **Pedir a los departamentos que adjuntaran el cuartil de salario** de la persona candidata en comparación con los salarios de las personas en el mismo rango del departamento (esto no influía a la hora de ser seleccionadx, era un modo de hacer pensar a las instituciones de las que provenían lxs participantes en el salario). Esta información fue analizada entre todxs lxs participantes, revelando la brecha salarial entre hombres y mujeres (hubo un caso anecdótico de una mujer que recibió un aumento de salario por parte de su institución). La información sobre la brecha salarial se devolvió a los departamentos en 2017; cuando se analizaron los datos de 2018 la brecha salarial fue más estrecha.

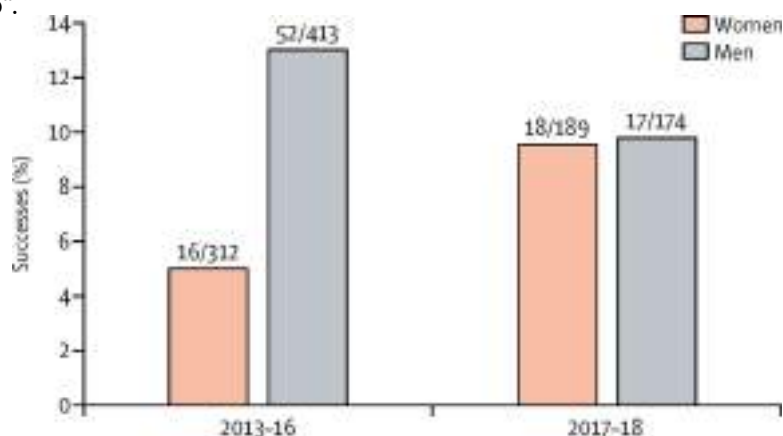
- **Detectar los sesgos de género:** la solicitud de la beca también incluía una valoración por parte del departamento y de lxs mentorxs de las personas participantes. No se encontraron diferencias por género entre las valoraciones de los departamentos, aunque sí por parte de lxs mentorxs: calificaban menos a las mujeres como “destacadas” en su potencial para la carrera investigadora, en su capacidad para llevar a cabo investigación clínica y en su compromiso investigador en comparación con otros miembros del departamento del mismo rango. Aunque los comentarios sobre género, edad y situación familiar fueron minoritarios, predominaron en las valoraciones sobre mujeres (9:1).

A la hora de tener en cuenta estas valoraciones se eliminaron todas las categorías en las que se encontró asociación con el género y aquellas que no eran esenciales. Sólo se evaluaron aquellas que no mostraban sesgo de género o eran consideradas útiles (por ejemplo, las valoraciones sobre el conocimiento y liderazgo... ¿evaluar un modelo de liderazgo esencialmente masculinizado no conlleva un sesgo de género en sí?).

- **Implementar cambios en el proceso de solicitud:** en 2017 se adjuntaron con la solicitud instrucciones para evitar el sesgo de género basadas en las guías STRIDE de la Universidad de Michigan. Se pedía a quienes escribían la carta de recomendación que se ciñeran a los logros y currículum del aspirante y evitaran referencias al estatus matrimonial, edad, conciliación laboral y tareas fuera del entorno profesional.

Desde la implementación de los cambios la institución ha registrado una mayor participación de mujeres, así como mayor proporción de mujeres con candidaturas exitosas, aunque “son cautelosamente optimistas al respecto”.

Gráfica con la proporción de hombres y mujeres que recibieron la beca antes y después de implementar cambios para abordar el posible sesgo de género en el proceso de selección.



DESPUÉS DE ESTE PROCESO, LA INSTITUCIÓN SUGIERE LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

- En las convocatorias de becas o convocatorias para seleccionar revisorxs de guías clínicas, describir la candidatura ideal en términos no sexados (y analizar qué entendemos por candidatura ideal y si esto es compatible con el cuidado de lxs otrxs, si el proyecto a valorar es pertinente en términos sociales, si estamos pidiendo un liderazgo masculino o aspiramos a otras formas de organización...).
- Retar a las instituciones a buscar posibles sesgos de género, como por ejemplo, la distribución de los salarios (y añadir sanciones y legislación para ponerles solución).
- Pedir que las cartas de recomendación muestren el historial investigador objetivo del candidatx y eviten referencias personales irrelevantes para la beca.

Manolo es el directivo encargado de una importante fundación que financia proyectos de investigación.

Manolo quiere contribuir a generar investigación relevante en términos sociales y no discriminatoria por género y raza del investigador/a

Manolo se da cuenta de que su fundación otorga menos becas a mujeres y personas racializadas.

Manolo piensa que quizás tienen menos aptitudes, pero antes de darlo por hecho y fiarse de su instinto manolil decide estudiar y analizar los procesos de solicitud y concesión de becas.

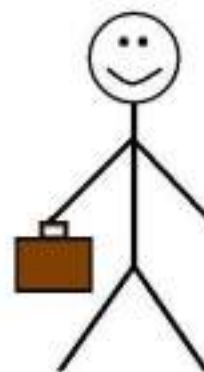
Manolo detecta sesgos y pone medios para eliminarlos.

Manolo además se da cuenta de que los criterios de selección no contemplan el cuidado de lxs otrxs. Manolo piensa que pedir dedicación completa a la investigación impide que otros pequeños Manolos nazcan, vivan y aprendan a cuidar y sostener la vida.

Manolo lucha contra la precariedad, revisa los criterios de selección, protege los permisos de p/maternidad, denuncia la brecha de género, escucha a sus trabajadoras.

Sé feminista.

Sé como Manolo



Texto trabajado por Maribel Valiente



MUJERES Y LIDERAZGO MÉDICO: CUANDO LOS MÉRITOS NO EXPLICAN NADA

ADDRESSING WOMEN'S UNDER-REPRESENTATION IN MEDICAL LEADERSHIP

Johnny Boylan, Jane Dracre, Harriet Gordon

Aunque cerca de la mitad de médicxs en el Reino Unido son mujeres, los puestos que ocupan en los escalones más altos de la medicina y la universidad son minoritarios (menos del 25% de los puestos de dirección y sólo el 13% de los contratos universitarios de profesorado). Si buscamos el por qué de esta brecha, no encontramos evidencia alguna que sugiera menos voluntad, capacidad o empeño para desarrollar las tareas necesarias; este trabajo busca analizar los factores que puedan explicar esta diferencia.

El Royal College of Physicians (RCP) ha establecido como reto motivar e inspirar a las mujeres a los puestos de liderazgo. Para ello, se propusieron identificar los factores que posibilitan el acceso e investigar cómo la construcción social de la masculinidad y la feminidad influyen en el ascenso de las mujeres dentro del ámbito médico.

A lo largo de 2017 se entrevistaron a 12 mujeres en puestos de liderazgo, incluyendo actuales y antiguas presidentas de los Reales Colegios de Médicxs. El análisis temático mostró tres puntos clave:

- 1) Dificultades prácticas, como el cuidado de hijas/os, la falta de asesoramiento profesional oportuno y la jornada de trabajo a tiempo parcial.
- 2) Barreras sociales, como la identidad en torno a la maternidad y la presión cultural sobre la conciliación de la vida familiar y laboral.
- 3) La importancia de la resiliencia para transitar por un modelo de liderazgo, tutorización y apoyo esencialmente masculinizado (y no morir en el intento).

Cuando se preguntó a las entrevistadas por la disparidad de género existente en los Premios a la Excelencia Clínica, muchas sugerían que las mujeres son menos dadas a proponerse como candidatas, quizás por la falta de confianza en ellas mismas, en contraposición a sus colegas masculinos. Del total de candidaturas presentadas, las mujeres sumaron un 32% al premio de bronce, un 24% al de plata y un 17% al de oro. Asumiendo que no son menos "excelentes" en la clínica que sus compañeros, ¿es cierto que no tienen confianza en sí mismas para presentarse como candidatas? ¿o quizás no están cualificadas para hacerlo? (esta pregunta es significativa del análisis realizado por el RCP) ¿o el proceso de presentar candidatura resulta discriminatorio para las mujeres?

¡PRESENTEN SUS CANDIDATURAS A LAS
MEDALLAS DE LA EXCELENCIA!



El Royal College of Physicians, como órgano de representación, ha estado buscando formas de generar el cambio necesario para promover un liderazgo más representativo de pacientes, profesionales y población. Un grupo de trabajo revisó las estrategias del RCP en diversas áreas, incluidos los criterios de valoración para los Premios a la Excelencia Clínica. Las recomendaciones incluyeron: hacer más accesible el proceso de participación, publicar el proceso de selección y los indicadores demográficos de aquellas personas destinadas a valorar las candidaturas, así como asegurar que éstas hayan recibido un curso en diversidad e introducido un sistema para asegurar un reparto de género y raza equitativo.

El RCP está plenamente comprometido en visibilizar los logros conseguidos por las mujeres en medicina y promover una imagen positiva de las mujeres médicas. Para celebrar el legado de estas mujeres y derribar algunas barreras sobre liderazgo

en medicina en el año 2017 inauguró la exposición "MUJERES EN MEDICINA : UNA CELEBRACIÓN", un recorrido reconociendo los logros conseguidos en distintas épocas que ha tenido tanto éxito que aún se sigue exhibiendo.

La investigación cualitativa realizada sobre médicas en puestos de liderazgo muestra la importancia de recibir apoyo y tener modelos para imitar formas de ejercer ese liderazgo. Este hallazgo junto con la buena acogida de la exposición han llevado al RCP a comisionar un programa: "Estelle Wolfson Emerging Women leaders Programme " que busca sobre todo promover y proteger el desarrollo de liderazgos positivos entre mujeres así como la creación de redes que sostengan y apoyen el cambio.

APORTACIONES DE LAS AUTORAS:

Cabe destacar, por paradójico, que el artículo esté firmado en primer lugar por John Boylan, seguido por Jane Dacre y Harriet Gordon. Artículo sobre liderazgo femenino presidido por un hombre.

Además, llama la atención que en ningún momento se analice y cuestione el modelo de liderazgo actual. Parece un intento por añadir mujeres y diversidad racial a un modelo masculino, jerarquizado y alejado de las formas que muchas entendemos como adecuadas para trabajar en equipo: horizontales, colaborativas y de apoyo mutuo. Un añade mujeres y revuelva propenso a incluir mujeres y productividad en un sistema que atenta contra la vida, más que una revisión del mismo. ¿Dónde queda el trabajo no remunerado de cuidados? ¿Qué mujeres nos estamos dejando fuera, cuáles estamos impulsando? ¿Cómo abordar este feminismo liberal que se introduce en las instituciones médicas? Para una aproximación al tema, [Susan Watkins](#) y [Amaia Pérez Orozco](#).

Esta revista, traducción y reelaboración de diferentes artículos de The Lancet publicada para el 8M, es ejemplo de ello.

Inspirándonos en esta forma de hacer, acompañamos este artículo de un mosaico autocreado en el que aparecen algunas de las autoras y algunas de sus referentes elegidas por ellas. Mujeres visibilizando mujeres inspiradoras.



Texto trabajado por Maribel Valiente y Carmen Fando



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCORPORACIÓN DE LA VARIABLE SEXO EN INVESTIGACIONES MÉDICAS. ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO E INTERDISCIPLINAR

FACTORS AFFECTING SEX-RELATED REPORTING IN MEDICAL RESEARCH:
A CROSS-DISCIPLINARY BIBLIOMETRIC ANALYSIS

Cassidy R Sugimoto, Yong-Yeol Ahn, Elise Smith, Benoit Macaluso, Vincent Larivière

Puntos claves:

- La inclusión de la variable sexo en 11.5 millones de artículos médicos analizados ha aumentado progresivamente desde 1980 a 2016.
- El aumento se observa en diferentes proporciones, siendo mayor a nivel de investigaciones clínicas (del 59 al 67%) y de salud pública (36 al 69%), y mucho menor en estudios biomédicos (solo incluido en el 31% de los estudios en 2016).
- Las temáticas que más frecuentemente incluyen la variable sexo son fertilidad (clínica), dietética y nutrición (biomedicina) y rehabilitación (salud pública).
- relación entre el género de los/las autores/as y la proporción de investigaciones publicadas que incluyen la variable sexo.
- Las autoras suelen incorporar con mayor probabilidad la variable sexo en sus estudios.
- A mayor número de autores/as más posibilidad de incluir la variable sexo en todo tipo de investigaciones (biomédica, clínica y de salud pública).
- Las investigaciones que incorporan la variable sexo tienen más probabilidad de ser publicadas en revistas de menor impacto.
- Las investigaciones médicas que más incluyen la variable sexo son los artículos procedentes de África, Asia y Sudamérica.

No es ninguna sorpresa afirmar que existe una menor representación de población femenina en la investigación médica. Este artículo realiza un análisis interdisciplinar del porcentaje de investigaciones médicas publicadas que tienen en cuenta la variable sexo y su evolución a lo largo de 36 años. Así mismo, estudia si existe alguna relación entre el género de los/las autores/as y la proporción de investigaciones publicadas que incluyen la variable sexo.

Con respecto a la metodología utilizada se trata de una revisión bibliométrica de 11.5 millones de artículos médicos, incluyendo investigación biomédica, clínica y de salud pública, indexados en páginas web científicas y Pubmed, publicados entre 1980 y 2016, que toman en cuenta la variable sexo. Dicha variable es analizada a través conceptos indexados en Mesh como "análisis por sexo", "inclusión de sexo", "sesgo de género" "desigualdades de género" y factores sexuales".

Se realizó un análisis estadístico descriptivo y de regresión (controlando el número de autores y representación femenina en determinadas enfermedades, países, continentes, año y

área de especialización), para estudiar la asociación entre género del autor/a y las publicaciones de investigaciones que tienen en cuenta la variable sexo.

Con respecto a los resultados, se observa un aumento progresivo de investigaciones que tienen en cuenta la variable sexo desde 1980 a 2016. Al analizar por tipo de investigaciones (figura 1), en el caso de los estudios de medicina clínica se incrementó del 59% al 67% el número de publicaciones que incluyen ambos sexos; en las investigaciones de salud pública del 36 al 69%; mientras que en la investigación biomédica el sexo sigue estando escasamente incorporado, reflejándose solo en el 31% de los artículos publicados en 2016.

Con respecto a las temáticas más prevalentes en las que se incluye la variable sexo, se observa:

I. - Investigaciones biomédicas: estudios de nutrición y dietética.

II. - Investigaciones clínicas: estudios de fertilidad, ginecología y obstetricia, urología, enfermedades adictivas y psiquiatría, encontrándose en último lugar las temáticas sobre investigaciones farmacéuticas, inmunológicas y hematológicas.

III. Investigaciones en salud pública: estudios de rehabilitación, patología del lenguaje y audición y geriatría. En último lugar los estudios de políticas de salud y servicios sanitarios.

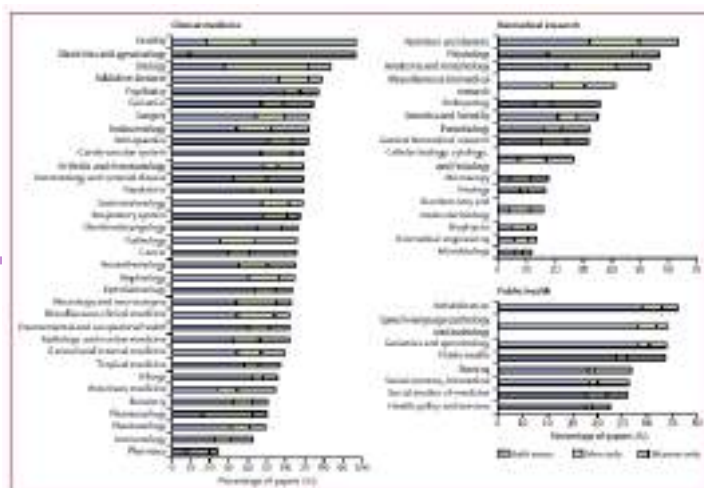


Figure 2: Percentage of papers addressing sex (MeSH terms), by discipline, 1980-2016

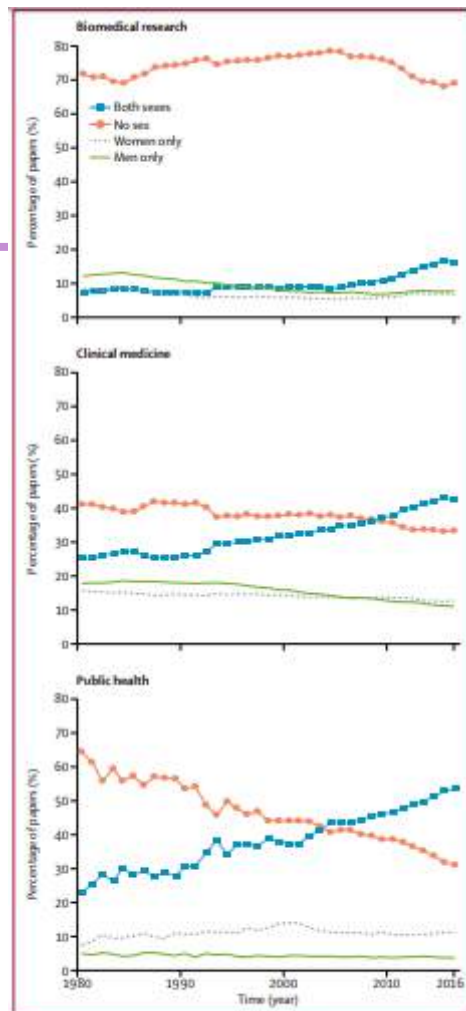


Figure 1: Percentage of papers addressing sex (MeSH terms), by discipline, 1980-2016

Nos llama la atención que estudios de medicina general y medicina interna se encuentran en la posición 25, lo que demuestra una escasa utilización de la variable sexo en investigaciones de estas dos especialidades, con las consecuencias que esto puede conllevar en su aplicación clínica. Así mismo, resulta paradójico la escasa utilización de la variable sexo en investigaciones

sobre políticas de salud y servicios a pesar de su incidencia práctica y su importante papel para la disminución de las desigualdades en salud basada en género.

A continuación, el artículo realiza un análisis de regresión logística (figura 3) para determinar la posible relación entre el género del/a autor/a (primero/a y último/a del artículo) y la presencia de la variable sexo en los artículos publicados. Se objetiva una asociación positiva entre el hecho que el género de las autoras sea femenino con una mayor probabilidad de que el artículo incluya la variable sexo. Este resultado es complementario con los hallazgos de otro estudio (GenderMedDB) que demuestra que, si la primera y/o última autoría corresponde a mujeres, es más probable que sus investigaciones incluyan la variable sexo. Además, se observa que las mujeres son más tendentes a investigar sobre mujeres. Así mismo, los resultados reflejan que a mayor número de autores/as existe más posibilidad de incluir la variable sexo en todo tipo de investigaciones (biomédica, clínica y de salud pública).

En el estudio también se analizó el origen de las investigaciones incluidas. Por un lado, al compararlo con estudios procedentes de Estados Unidos, se observa que todas las otras regiones a nivel mundial, especialmente en África, presentan mayor número de publicaciones que consideran la variable sexo. Por otro, al analizar por continentes, las investigaciones que más incluyen la variable sexo son las africanas, seguidas

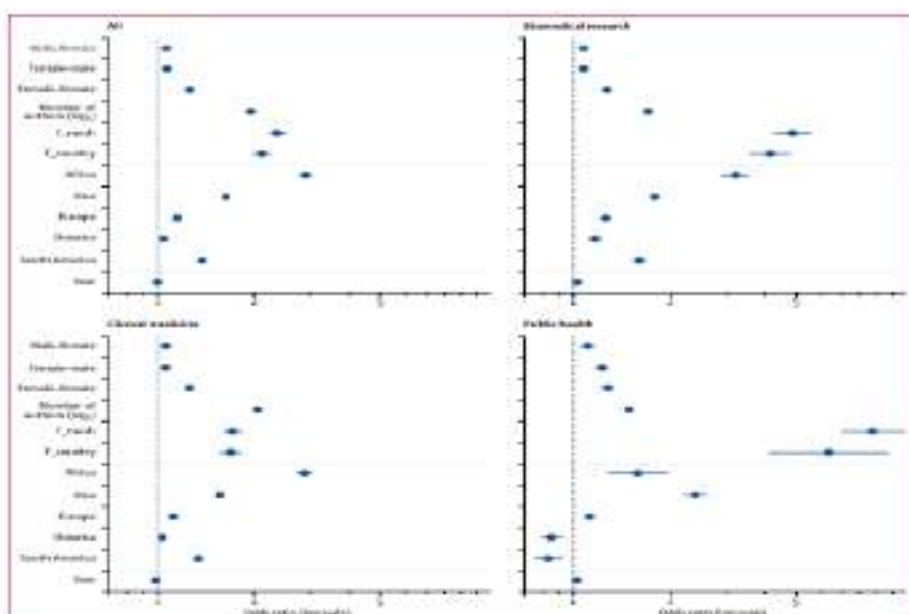


Figure 3. Odds ratios of sex-related reporting from the logistic regression analysis. Through logistic analysis, the reference variable for sex-related reporting is male author. The odds ratios and their 95% confidence intervals for the following categories are shown: Female author, Number of authors (log), Country, Africa, Asia, Europe, Oceania, South America, and Other. The effect of having female author(s) is greater for African authors. See the appendix for the full regression tables, including those for the 10, 20, 30, and 50+ authors.

por las asiáticas y sudamericanas. Desde nuestro punto de vista, este último dato sugiere un interesante y esperanzador fenómeno de investigación en salud desde el sur global.

Por último, el artículo señala que existe mayor probabilidad de que las publicaciones que incluyen la variable sexo sean publicadas en revistas de menor impacto. Por ello, se considera que la inclusión del enfoque de sexo/género en revistas científicas podría ser facilitado a través de la estandarización de prácticas en la bibliografía indexada, lo que ayudaría a un aumento de la transparencia en la investigación.

El estudio hace hincapié en la necesidad de políticas científica que aseguren la paridad en investigación, desde las líneas de estudio celular básico hasta las de salud pública pasando por toda la investigación clínica.

Con respecto a las limitaciones del estudio, los autores identifican que el uso de indicadores para medir la ciencia trae consigo limitaciones intrínsecas. La utilización de MeSH para el análisis de la variable sexo en la investigación es relativamente preciso para la

identificación de dicha variable, pero es inadecuado para documentar el alcance de análisis relacionados con el sexo. Se necesita seguir desarrollando distintas herramientas para garantizar que los datos relacionados con el sexo se proporcionan a editores e indexadores de una manera matizada y válida para futuros análisis. Se observaron también dificultades al utilizar el nombre de lxs autores como un indicador de su género. Los algoritmos de desambiguación de género son restringidos en el sentido de que sólo pueden aplicarse a aquellos que tienen un nombre completo (en lugar de las iniciales) y tener un nombre que puede ser clasificado de forma binaria de género. Por lo tanto, no se pudo asignar género al 25.8% de lxs autores por contar solo con siglas o nombres no diferenciables por género, con una mayor proporción de autores sin asignar nombres en países asiáticos.

Ante la dificultad de poder analizar el enfoque de sexo/género en las publicaciones científicas, en 2012, la Asociación Europea de editores científicos comenzaron un proyecto de 3 años que resultó en las guías "Equidad de sexo y género en investigación". A pesar de estas iniciativas, las editoriales han tardado en adoptar estándares universales, desviando a menudo a las entidades financiadoras la responsabilidad de que se tenga en cuenta el enfoque de sexo/género. Las mujeres registran un menor porcentaje de autoría en ciencias, representando solo un tercio de las primeras autorías en revistas médicas de alto impacto y es poco probable que tengan roles de liderazgo dentro de los equipos de investigación. El estudio sugiere que la ausencia de mujeres liderando y diseñando investigación podría significar una menor cantidad de artículos con inclusión sexual en general, y estudios de mujeres en particular. Esta situación advierte que las disparidades de género en la ciencia no son inocuas, sino que pueden tener consecuencias para la salud de toda la población. Además, las mujeres tienden a estar subrepresentadas en los consejos editoriales. Esta baja representación femenina podría agravar aún más la escasez de abordajes con perspectiva de sexo/género.

En resumen, el artículo finaliza considerando la importancia de la inclusión de un enfoque de sexo/género en la investigación científica y en la educación médica, con el fin de fomentar la formulación de políticas y garantizar la prestación de servicios de salud que permitan la eliminación de las desigualdades en salud basadas en género. El sexo y el género deben ser tomados en cuenta a lo largo del ciclo de vida de la investigación. La diversificación en el ámbito científico y académico, desde líneas de investigación celulares hasta los seres humanos es esencial para producir una investigación médica más rigurosa y eficaz.

Consideramos, teniendo en cuenta todo lo anterior que es importante continuar el análisis de la inclusión del enfoque de género y sexo en la investigación en salud, y realizar un seguimiento de su desarrollo y su ampliación (más allá del binarismo), como una herramienta en la lucha contra las desigualdades en salud basadas en género.



¿Y SI APLICAMOS LAS TEORÍAS FEMINISTAS A LA EDUCACIÓN SANITARIA*?

UN DIÁLOGO A 5 VOCES A PARTIR DEL ARTÍCULO:

APPLYING FEMINIST THEORY TO MEDICAL EDUCATION

Malika Sharma

IDEAS CLAVE:

- El objetivo final de la teoría feminista es el cambio social.
- Las teorías feministas en la educación sanitaria permiten incluir un enfoque de justicia social desde la empatía, la reflexión sobre nuestro poder y nuestros privilegios y dando voz a las minorías.
- Se entiende a las personas/pacientes como un cúmulo de identidades que interaccionan y pueden ser transformadoras.
- El dominio de lo masculino y la visión patriarcal de la medicina se relacionan intrínsecamente con el valor que se le da a los cuidados y su papel en el sistema sanitario.
- La aplicación de teorías críticas de corte feminista a la educación y la investigación médica puede ser un poderoso medio de transformación sobre cómo se forman las profesiones sanitarias y cómo se escuchan sus voces.

EL PAPEL DE LAS TEORÍAS FEMINISTAS EN LA INVESTIGACIÓN Y LA EDUCACIÓN SANITARIA

La educación sanitaria está enmarcada en un mundo de dominancia masculina, entendida como la forma cultural dominante basada en una particular lógica que abraza el heroísmo, el racionalismo, la certeza, el intelecto, la distancia, la objetivación (=tratar como objeto) y la explicación antes que la apreciación. Vivimos en la creencia de que la cultura occidental y el conocimiento biomédico general (incluyendo la visión de la educación sanitaria y la educación en investigación) es neutro y que los asuntos de raza, género, clase social son irrelevantes en la práctica clínica.

Se trata de un ideario que cree en la Medicina como una ciencia neutra, sin embargo está enmarcada en una visión patriarcal y masculina. Nuestro modo de ver el mundo está influido por muchísimos factores de los cuales en ocasiones ni siquiera somos conscientes, lo cual hace que creamos que estamos siendo personas objetivas o justas cuando puede no ser así.

En el artículo revisado, se presenta una tabla donde se resumen las principales teorías feministas, sus principios fundamentales, ejemplos en medicina y sus críticas. Nos ha parecido necesaria su traducción:

	Principios Fundamentales	Ejemplos en medicina	Críticas
Feminismo liberal	Mujeres = hombres; las condiciones sociales resultan en desigualdad; se requiere acción política	Políticas para aumentar el número de mujeres en posiciones de liderazgo	Puede ignorar el rol de otros factores de opresión como la raza y la clase
Feminismo cultural	Mujeres ≠ hombres; naturaleza femenina relacional y empática	Bioética feminista centrada en los valores del cuidado y las relaciones	Puede ser reduccionista; noción controvertida de los valores inherentes masculinos y femeninos
Feminismo queer	Sexo y género contruidos socialmente	Trabajo cualitativo en las experiencias de género de las mujeres en formación	Centrarse solo en el discurso podría impedir el análisis de las condiciones sociales o materiales
Feminismo antirracista	Destaca el papel de la raza en la opresión; frecuentemente ignorado en el pensamiento feminista liberal	Curriculo sobre raza y salud; investigación en raza	Puede no incluir otras condiciones de opresión; la interseccionalidad se posiciona habitualmente como solución
Feminismo radical	El patriarcado como método de opresión fundamental; necesario un cambio revolucionario	Introducción de derechos reproductivos y contraceptivos	El cambio revolucionario se considera poco realista
Feminismo socialista	Se centra en la opresión económica; la opresión femenina es parte de la desigualdad estructural basada en la clase	Políticas sociales abogando por la equiparación salarial y la baja maternal	Ignora otros ejes de opresión (raza, sexo, orientación sexual)
Feminismo postmoderno	Centrado en la identidad y en cómo el discurso social y el lenguaje crean nuestra comprensión de las mujeres	Sesgos de género en los libros médicos y en las cartas de referencia	Centrarse solo en el lenguaje podría desviar la energía de la acción en torno al cambio tangible y político
Feminismo indígena	Forma interseccional de feminismo centrada en la descolonización y la soberanía indígena; teoría y movimiento activista	Requisito en muchas instituciones de un curso de seguridad cultural	Frecuentemente centrado solo en comunidades de Norteamérica
Feminismo marxista	El capitalismo es la causa primaria de opresión en la sociedad moderna; dependencia económica y valoración del trabajo femenino	No se ha encontrado ninguno. Fuera de la medicina: pagar a las mujeres por el trabajo de ama de casa	No tiene en cuenta el efecto de otros ejes de opresión como la raza o la orientación sexual
Feminismo postcolonial	En respuesta al colonialismo y a la tendencia feminista euro-americana de universalizar las experiencias y valores de las mujeres blancas	Examinar las diferencias en los encuentros educativos y clínicos; exámenes del poder	A la luz de la economía moderna y las prácticas culturales imperiales, el prefijo post es prematuro
Feminismo interseccional	Intersección de varias partes de la identidad (raza, clase, género, orientación sexual) en la opresión; necesario cambio social e individual	Trabajo en la reflexividad, diversidad e inclusión	La aplicación de la educación sanitaria frecuentemente ignora las raíces y los estudios en curso del pensamiento feminista negro

Tabla: Diversidad de teorías feministas (traducción del artículo original)

DE LA ACADEMIA A LA CALLE: ¿QUÉ PUEDE APORTAR EL FEMINISMO A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD?

Es necesario incorporar las ciencias sociales y humanistas en la enseñanza de las ciencias de la salud para superar el actual modelo biomédico. Las perspectivas feministas aportan una forma de confrontación crítica a este modelo dominante, incluyendo la justicia social dentro de la educación.

Permiten a profesionales y docentes pasar de la teoría a la acción, construyendo puentes de solidaridad entre la academia médica y las comunidades a las que están llamadas a servir. Se basan en el cuidado de las personas usuarias, acercándose a su entorno cultural y social, comprendiendo el género desde varias perspectivas e incorporando cómo el género converge con otros aspectos de la identidad.

Algunos aspectos que nos parecen relevantes son los siguientes:

- Las identidades múltiples -referidas a género, orientación sexual, raza, clase social- son transformadoras.

- La empatía y la reflexividad son componentes cruciales que se pueden enseñar desde la facultad.
- La necesidad de incluir las teorías feministas, las ciencias sociales y la justicia social en la práctica sanitaria para promocionar el trabajo en salud comunitaria y el papel de servicio a la comunidad a la que se atiende.
- La necesidad de empoderar a las poblaciones respecto a su bienestar y calidad de vida, de que participen y se involucren en los procesos de salud que se desarrollan y la humanización de la asistencia sanitaria, están muy ligadas a la asunción de esos valores feministas por parte de las y los profesionales sanitarios.
- Las teorías feministas que recogen las limitaciones del conocimiento científico existente y la producción del mismo, pueden ayudarnos a cuestionar conceptos y prácticas en la educación médica que son tomadas de manera establecida como beneficiosas.
- Un tema común identificado en muchas pedagogías feministas es la necesidad de “aprender con”, en lugar de “aprender sobre”.
- Un enfoque interseccional permitiría escuchar muchas de las voces y perspectivas que tanto tiempo llevan ocultas en la educación sanitaria.
- Podemos considerar las teorías feministas claves para cuestionar y desafiar las bases establecidas en la educación sanitaria, y crear así lugares de estudio y trabajo inclusivos para profesionales y pacientes donde personas de todas las razas, géneros, orientación sexual, clase social, etc. se sientan reconocidas, oídas y apoyadas.

PROFESIONES FEMINIZADAS CON LIDERAZGOS MASCULINOS: ¿CÓMO ROMPER ESTAS DINÁMICAS DE PODER?

Las profesiones sanitarias cuentan con muchas más mujeres que hombres y sin embargo se siguen manteniendo estructuras piramidales de poder en las que suelen permanecer ellos en la cúspide y ellas en la base. Cuando esta pirámide se modifica, suele ser a expensas de adaptarse a roles patriarcales de competición y meritocracia. La investigación en ciencias de la salud ha seguido patrones androcéntricos y la líneas de estudio dejan las perspectivas de las mujeres, especialmente de las mujeres racializadas, en los márgenes. Nos preguntamos, ¿es posible revertir esta situación?

En la aplicación de las teorías feministas no hay una única metodología. En cuanto a la educación en investigación, los cambios se expresan en 4 pilares: (1) qué preguntas se hacen, (2) el marco teórico en el que se hace la pregunta, (3) metodologías que se usan y (4) la forma en la que la investigación se traslada a la acción.

Las políticas enfocadas a aumentar el número de mujeres en puestos de poder, en muchas ocasiones integrando a éstas en un mundo masculino, y/o trabajar aspectos concretos para lograr la equidad de género (brecha salarial, proporción de solicitantes para acceder a medicina, etc.) son insuficientes e ineficaces. Es necesario transformar las estructuras sociales y lingüísticas. Además, para ser completamente transformadas y transformadoras cualquier enfoque interseccional debe luchar por reconstruir las estructuras de poder y privilegios de la medicina misma (para ello primero tenemos que reconocernos privilegiadas).

Así mismo, además de existir diferencias en cuanto al género, el modelo biomédico también fomenta un sistema clasista donde se infravaloran otros colectivos sanitarios.

Tanto la empatía como otros valores y cualidades asociadas a los cuidados han sido asociadas al rol femenino y por ello han sido menospreciadas tanto por la sociedad como por el mundo sanitario, fomentando dinámicas de poder dentro de las profesiones sanitarias.

Así pues, las mujeres que han apostado por profesiones que priorizan los cuidados han sido históricamente infravaloradas y, cómo ya comentábamos anteriormente, las mujeres que han apostado por asumir puestos de responsabilidad médica han tenido que aceptar entrar en la concepción patriarcal de la salud y la investigación sanitaria. Esto ha generado una dinámica dual en la que predomina la perspectiva androcentrista tanto en la visión y comprensión de la salud de las personas usuarias como de las propias profesiones sanitarias, generando jerarquías que a toda cuenta son innecesarias y absurdas.

Las teorías feministas buscan romper con estas jerarquías tanto de valores como de estructuras, para aprender a trabajar con las personas desde sus identidades individuales, dándoles voz y empoderándoles.

NUEVOS VALORES EN LAS PROFESIONES SANITARIAS: DE LA EMPATÍA A LA SORORIDAD

En su trabajo sobre la bioética feminista, Rosemarie Tong sostiene que la empatía como habilidad de enseñanza es un componente crucial del cuidado, pero que es poco probable que esta se valore por completo hasta que las habilidades y virtudes culturalmente asociadas al género femenino se valoren y distribuyan de igual forma entre las líneas de género en la sociedad.

En el artículo revisado se comenta que la empatía consiste en tener en cuenta la experiencia del paciente, permitiendo a profesionales dejar de lado



sus propias expectativas de omnipotencia médica y patriarcal. ¿Los/as médicos/as no ceden el poder a sus pacientes porque lo han interiorizado como algo negativo? No solo a nivel de poder, sino también a nivel de conocimiento. ¿Se educa al personal sanitario para pensar que ceder algo del poder al paciente significa que son peores profesionales?

Además, para desarrollar esta empatía, es también fundamental que trabajemos la reflexividad. Es clave que todas las personas que trabajamos en el cuidado de la salud seamos capaces de entendernos a nosotras mismas, comprender nuestra posición y el lugar de poder que ocupamos, así como reconocer de qué manera la sociedad y la cultura en la que vivimos nos moldean.

Una vez hayamos reflexionado sobre ello, será más fácil que seamos capaces de entender a las demás y ofrezcamos unos cuidados centrados en la/el paciente y culturalmente adecuados. Tanto la empatía, la reflexividad como otras muchas habilidades pueden desarrollarse y potenciarse, y por lo tanto, deberían ser una parte más y/o con mucho más peso en las carreras sanitarias.

Aprovechemos la educación como un proceso de liberación y crecimiento para todas las personas e intentemos que ésta no fomente el mantenimiento de jerarquías sociales (hombres > mujeres / medicina > enfermería > usuarias, en el caso que tratamos - esta jerarquización se mantiene o es mayor si cabe con otras profesiones sanitarias y no sanitarias). Para ello, demos un paso más y analicemos y reflexionemos sobre las limitaciones existentes y las estructuras que sostienen estas jerarquías y trabajemos colectivamente para superarlas.

* Lectura compartida por enfermeras y médicas, por lo que nos permitimos la licencia de hablar no sólo de la educación médica a la que se refiere el artículo original.

En esta revisión crítica del [original](#) hemos participado en orden alfabético inverso:

Emilia Roy Vallejo

Marina Pola García

Natalia Formento Marín

Patricia Escartín Lasierra

Saray Aparicio Juez



¿POR QUÉ LAS MUJERES ABANDONAN LA FORMACIÓN Y EL OFICIO DE CIRUJANAS? UN ESTUDIO CUALITATIVO Y FEMINISTA

WHY DO WOMEN LEAVE SURGICAL TRAINING? A QUALITATIVE AND FEMINIST STUDY

Rhea Liang, Tim Dornan, Debra Nestel

¿Qué se sabía sobre esta cuestión?

En el ámbito de la cirugía, las mujeres están infra representadas y es más probable que abandonen su oficio en comparación con sus respectivos compañeros varones. La mayor parte de los estudios publicados hasta la fecha han empleado metodologías cuantitativas para abordar esta problemática. Esta problemática que, si bien permiten la identificación de posibles factores contribuyentes, no ofrecen la posibilidad de comprender cómo y por qué estos factores operan en los contextos y estructuras existentes

¿Qué aporta este trabajo?

El presente artículo pone en el punto de mira las instituciones y estructuras que amparan y reproducen la desigualdad. Las autoras señalan la necesidad de diseñar intervenciones que no estén única y exclusivamente destinadas a mejorar las condiciones de las mujeres cirujanas, sino que se atrevan también a cuestionar las estructuras de discriminación y los roles de género existentes, generando nuevos espacios donde se reconozca y represente la diversidad.

En el ámbito de la cirugía, las mujeres están infra representadas y es más probable que abandonen su oficio en comparación con sus respectivos compañeros varones. Sin embargo, según las autoras esta realidad no ha sido suficientemente bien estudiada ni abordada en la literatura científica. La mayor parte de los estudios que han procurado analizar este fenómeno han empleado metodologías cuantitativas que si bien permiten la identificación de posibles factores contribuyentes (tales como, un insuficiente apoyo institucional, el acoso laboral, la maternidad y las labores de cuidado no remuneradas, etc), no ofrecen la posibilidad de comprender cómo y por qué estos factores operan en los contextos y estructuras existentes. Los estudios cualitativos, por el contrario, tienen el potencial de superar estas limitaciones y retratar las realidades en su total complejidad y contexto, enfatizando las vivencias y los discursos de las mujeres, y encontrando el sentido de los fenómenos a partir de los significados que ellas les conceden. Las autoras evitan “hipótesis cerradas de partida” y permanecen atentas y abiertas a fenómenos emergentes y nuevas interpretaciones de la realidad.

El objetivo de este estudio, por tanto, sería comprender cómo, por qué y en qué contexto las mujeres cirujanas abandonan su carrera formativa y profesional.

Las autoras anunciaron su voluntad de entrevistar a mujeres que habían abandonado su formación en cirugía a través de los foros del Colegio Australiano de Cirujanos. Las participantes fueron seleccionadas por un “muestreo en bola de nieve”. Esto significa que la identificación y selección de nuevas mujeres se consiguió solicitando a quienes iban participando en el estudio nombres de nuevas potenciales participantes. El proceso de selección finalizó cuando la información comenzó a repetirse en las sucesivas entrevistas a la vez que permitía confirmar los datos previamente recogidos (“saturación”).

Se recogió el consentimiento escrito de las participantes, incluyendo su permiso para la audio grabación y posterior transcripción de las conversaciones. Tras las entrevistas, el equipo investigador compartió las transcripciones con las participantes para poder confirmar la veracidad de los textos, invitándoles a suprimir apartados si así lo deseaban.

Las autoras analizaron los textos identificando “temas”, categorías e interrelaciones, que fueron compartidos con las participantes y afinados a la luz de sus comentarios y correcciones. A la hora de combinar los contenidos temáticos y esbozar modelos explicativos que permitieran comprender porqué y cómo los contextos sociales influyen en la decisión de abandonar la formación en cirugía se tuvieron en cuenta e incorporaron aportaciones teóricas feministas, así como el concepto de “habitus” propuesto por Pierre Bourdieu.

(UN BREVE PARÉNTESIS)

Una feminista nos diría

que... instituciones como los departamentos de cirugía (los quirófanos), creados y gestionados tradicionalmente por hombres, han sido configurados acorde a los roles masculinos. En este contexto, las cirujanas que reproduzcan roles identificados como femeninos permanecerían fuera de las estructuras tradicionales o sujetas a constante escrutinio, mientras que aquellas que reproduzcan el rol mayoritario o impuesto (el masculino) tendrían más fácil integrarse y avanzar en su carrera profesional.

Pierre Bordieu nos diría

qué... las formas de hacer, pensar y juzgar el mundo (*habitus*) son construidas culturalmente y están condicionadas por la posición social que ocupamos. Esto significa que existe un sesgo inconsciente a la hora de percibir y juzgar las habilidades de los demás, que consiste en mostrar una preferencia hacia aquellos con un origen y antecedentes culturales/ sociales similares a los nuestros. Personas con un *habitus* diferente (ejemplo: una mujer en un quirófano) deben hacer un trabajo adicional para ser consideradas tan capaces como aquellos con un *habitus* congruente con la institución y sus tradiciones.

Estas dos teorías quedan muy bien reflejadas en...

un reciente estudio publicado por la Universidad de Surrey que revela que las mujeres que visten falda o vestido en el ámbito o contexto académico son percibidas como menos inteligentes que sus compañeras con pantalón. Desconozco las características y el rigor del estudio, pero lo rescato por su valor pedagógico pues creo que facilita la comprensión de los conceptos previamente expuestos. Las faldas o los vestidos no son poco inteligentes per se, pero al representar “lo femenino”, lo cual es discordante con el *habitus* mayoritario y normativo en el ámbito académico (“el masculino”), adquieren un significado peyorativo.

12 mujeres australianas y neozelandesas participaron en el estudio. El tiempo transcurrido entre el comienzo del programa formativo y el abandono del mismo varió desde los 6 meses hasta los 4 años. Los programas formativos representados pertenecían a 5 especialidades quirúrgicas diferentes. El artículo no proporciona más datos socio-demográficos.

La Tabla 1 resume los factores que contribuyen al abandono de la carrera profesional ya identificados en la literatura científica y confirmados por las participantes del presente estudio, y otros 6 nuevos factores que no habían sido previamente descritos y que emergen de esta nueva investigación.

Uno de los 6 nuevos factores identificados hace referencia a la “validez” de los motivos de baja. Los motivos “no válidos”, también denominados “motivos femeninos”, son aquellos relacionados con el estrés psicológico, la maternidad o la crianza. Por una parte, cabe cuestionar la asociación que se establece entre los citados motivos de baja y lo “femenino”, pues aspiramos a una sociedad en la cual tanto hombres como mujeres puedan cuidar de sus hijos/as o sentirse estresados. Pero, por otra parte, no deja de ser llamativo y crítico el juicio emitido. ¿Por qué no son motivos de baja válidos? Las autoras buscan la respuesta a esta pregunta en la intersección entre el feminismo y la teoría de Bourdieu. Pareciera que el género (“femenino”) es el principal determinante de la idoneidad de una baja, teniendo incluso más peso que el propio motivo (“la crianza”), el cual además está amparado por las políticas de contratación vigentes. La “no validez” en este sentido surge de la incongruencia entre “lo femenino” y el *habitus* quirúrgico esperado o proyectado (*habitus* masculino).

Este análisis pone en el punto de mira las instituciones y estructuras que amparan y reproducen la desigualdad. En este contexto, las autoras señalan que las políticas de discriminación positiva, es decir, aquellas intervenciones dirigidas específicamente a las mujeres, tales como proporcionar apoyo adicional, exigirles menos publicaciones para ascender en la carrera profesional o académica, etc., podrían contribuir a mantener el estatus quo al no cuestionar la construcción “masculina”, excluyente y discriminatoria (el *habitus* normativo) de la profesión.

La interacción entre los diferentes motivos por los que se decide abandonar la profesión es otro de los fenómenos analizados. Si bien los factores son acumulativos, el impulso final desencadenante puede llegar a ser relativamente pequeño. Las autoras utilizan una torre de bloques como analogía visual. Cada bloque representa un factor contribuyente y el derrumbe de la torre la decisión de abandonar la formación. De la misma forma que una torre es más inestable y proclive al derrumbe cuantos más bloques apilados tenga, la decisión de abandonar la profesión se vuelve más probable con la acumulación de nuevos factores. En la vida en general y en esta institución en particular, las mujeres no sólo lidian con más bloques que sus compañeros varones, sino que además se ven obligadas a apilarlos sobre un suelo resbaladizo e inestable, es decir, en un contexto hostil.

Estas consideraciones son relevantes a la hora de evitar que las mujeres abandonen su formación y carrera profesional como cirujanas (además de para crear sociedades más justas e igualitarias), pues permiten prestar atención no solo a los propios factores contribuyentes, sino también a los contextos que propician su acumulación y consiguiente abandono o derrumbe.

CONCLUSIONES

Si bien los factores contribuyentes identificados en el presente estudio pueden diferir dependiendo de los contextos particulares, es posible extraer conclusiones y recomendaciones generalizables.

Por una parte, teniendo en cuenta el carácter acumulativo de los bloques es probable que aquellas intervenciones destinadas a abordar factores individuales de forma aislada terminen siendo poco o parcialmente eficaces. Por otra parte, los resultados y argumentos previamente esgrimidos sugieren que las cirujanas podrían ser mejor ayudadas con intervenciones que no estén única y exclusivamente destinadas a mejorar sus condiciones, sino que se atrevan a cuestionar las estructuras de discriminación y los roles de género existentes.

Hacen falta intervenciones que garanticen la igualdad de oportunidades mediante la generación de espacios y estructuras que reconozcan y representen la diversidad.

Factores contribuyentes previamente identificados	Nuevos factores contribuyentes
• Largas jornadas laborales • Cansancio y privación del sueño • Impredecibilidad • Impacto en la relación de pareja • Impacto en el embarazo y alumbramiento • Impacto en la crianza • Falta de oportunidades de aprendizaje • Bullying o intimidación • Falta de referentes • Discriminación y sexismo • Acoso y agresión sexual	• Incapacidad de solicitar una baja • Diferenciación entre motivos de baja "validos" y "no válidos" • Mala salud mental • Falta de interacción con otras mujeres en los departamentos de cirugía • Temor a repercusiones • Falta de vías para apoyo específico e independiente



LA AUSENCIA DE MUJERES TRANS EN LA CIENCIA, LA MEDICINA Y LA SALUD GLOBAL

THE MISSING TRANS WOMEN OF SCIENCE, MEDICINE, AND GLOBAL HEALTH

Arjee J Restar

Las instituciones públicas y la academia deberían promover en sus entornos de trabajo el reconocimiento de la interseccionalidad de raza y género, la equidad y la inclusión de todas las mujeres, incluidas las mujeres transgénero (trans) y las niñas negras.

A nivel mundial, los movimientos de defensa de la igualdad de género han movilizado programas basados en el género, como los eAtlas de Desigualdad de Género en la Educación de la UNESCO; iniciativas políticas como por ejemplo, el Objetivo 5 de Desarrollo Sostenible de la ONU y campañas de sensibilización como #WomenInSTEM. Estos esfuerzos han abordado la discriminación de género y el sexismo en la educación y en los lugares de trabajo, en particular para las mujeres y las niñas que viven en países con alto desarrollo económico.

No obstante, a nivel mundial, las estadísticas y los conocimientos sobre las experiencias de las mujeres trans en ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (que responde al acrónimo anglosajón "STEM"), medicina y salud global son a día de hoy casi inexistentes y sus necesidades están ausentes en los informes publicados sobre la igualdad de género en estos campos.

El Informe Global de Salud 50/50 2018 ha revelado que 126 de las 140 organizaciones de salud globales que encuestaron no reconocieron a las personas trans en sus políticas, programas o informes.

EE.UU:

En encuestas nacionales realizadas en 2009 y 2010, las mujeres y niñas trans, informaron tasas elevadas de violencia de género en la educación (87% y 78% respectivamente).

En otra encuesta nacional realizada en 2015 en escuelas primarias y secundarias de los EE. UU. de más de 20000 participantes trans, tres de cada cuatro informaron haber sido agredidas o disciplinadas por defenderse a sí mismas y fueron obligadas a vestirse de acuerdo con su sexo asignado al nacer.

Dos de cada cinco niñas trans tuvieron que abandonar la escuela temprano o fueron expulsadas por maltrato basado en el género.

Entre las mujeres trans que llegaron a instituciones de educación universitaria, una de cada cuatro sufrió agresiones y dos de cada cinco tuvieron que abandonar la universidad debido a maltrato.

Aproximadamente dos de cada cinco mujeres trans con nivel educativo menor a la educación secundaria acuden a la economía sumergida en busca de empleo.

En EE. UU. donde el desempleo es tres veces mayor entre la población trans en comparación con la población general (15% frente a 5%), una de cada tres personas trans fue despedida, se le negó un ascenso o sufrió alguna forma de maltrato en el lugar de trabajo debido a su identidad de género.

CANADÁ:

En un informe canadiense de jóvenes trans, la mayoría de los encuestados informaron que no se sentían muy conectados con la escuela, que no se sentían seguras en los baños y vestuarios, y que estaban siendo intimidadas debido a su identidad trans.

REINO UNIDO:

Una de cada dos mujeres trans reportó haber sido acosada en su trabajo y tener un entorno laboral sin políticas de discriminación de género.

JAPÓN Y MALASIA:

Las políticas de los sistemas escolares incluyen el castigo de las estudiantes trans a través de suspensiones, expulsiones y específicamente cirugías de reasignación de sexo forzadas cuando se visten de acuerdo con su identidad de género sin documentación que pruebe de cirugía de reasignación de sexo, algo por otra parte costoso y difícil de conseguir.

Las experiencias, que generalmente comienzan en el entorno educativo, tienen un impacto negativo en el futuro empleo de mujeres y niñas trans.

Esta inequidad ahoga la capacidad de las mujeres trans para convertirse en parte de la fuerza laboral profesional y emerger como líderes en STEM, medicina y salud global.

Si bien algunos STEM y organizaciones de salud globales han iniciado medidas para abordar esta inequidad al contratar mujeres trans e incluir políticas contra la discriminación basadas en la identidad de género, aún no ha habido una monitorización suficiente de dichas medidas y el éxito aún es limitado a la hora de eliminar los sesgos de las personas trans.

Por todo ello es preciso aunar esfuerzos intersectoriales de forma equitativa e inclusiva que permitan apoyar así a las mujeres y niñas trans desde los movimientos de igualdad de género en la ciencia, la medicina y la salud global, particularmente en los contextos de capacitación y educación.

En el siguiente panel proponemos una serie de recomendaciones sobre cómo apoyar a las mujeres y niñas trans en el entorno educativo de la ciencia, la medicina y la salud global

- **Incorporar estudiantes trans e investigadoras:** Desarrollar e implementar estrategias de incorporación adecuadas que inviten a estudiantes trans e investigadoras a formar parte de STEM, medicina y salud global.
- **Crear políticas explícitas de no discriminación:** Crear políticas y estrategias de evaluación y educación en el lugar de trabajo que afirmen explícitamente todas las identidades de género y la no discriminación.
- **Dotar de oportunidades de financiación y becas:** Asignar fondos para atraer a mujeres y niñas transgénero. Apoyar iniciativas que promuevan el logro educativo de estudiantes trans.
- **Programas de prácticas y tutorías:** Proporcionar programas de rotaciones que incluyan el género y que inviten a mujeres y niñas trans a desarrollar sus habilidades científicas y analíticas y a establecer conexiones y colaboraciones con tutores y compañeros.
- **Recopilación de datos, seguimiento e informes :** Recolectar datos de manera rutinaria que incluyan los indicadores educativos de estudiantes trans. Informar regularmente los hallazgos a entidades educativas gubernamentales y no gubernamentales que rastrean el acceso y la equidad en escuelas y universidades.
- **Provisión de espacios inclusivos de género:** Crear eventos y espacios patrocinados por la escuela para establecer redes de estudiantes trans y aliados trans-positivos para cultivar y tutorizar un sentido de comunidad.
- **Uso de ejemplos inclusivos de género:** Permitir que los maestros desarrollen planes de estudio que incluyan materiales educativos no binarios.
- **Promover el uso de nombres y apellidos correctos:** Permitir que los estudiantes trans sean designados por los nombres y apellidos que usan.
- **Actualizar la política de vestimenta:** Permitir que los estudiantes trans usen ropa que coincida con sus identidades de género.
- **Formación específica contra la violencia:** Capacitar a los maestros y al personal escolar para responder y reducir la violencia de género, especialmente en relación con las microagresiones y los malos tratos experimentados por los estudiantes trans.
- **Fomentar la investigación sobre la salud transgénero**

Texto trabajado por Sara Olariaga y Aviane Tejedor



EL COMPROMISO DE LOS HOMBRES EN EL APOYO DE LAS MUJERES EN LA CIENCIA, MEDICINA Y SALUD GLOBAL

ENGAGING MEN TO SUPPORT WOMEN IN SCIENCE, MEDICINE, AND GLOBAL HEALTH

Prof Kopano Ratele, Prof Ravi Verma, Salvador Cruz et al.

Este último artículo de la serie sobre feminismo de The Lancet es un llamamiento a la Salud Global y a las STEMM (Ciencia, Tecnología, Ingeniería, Matemáticas y Medicina, por sus siglas en inglés) para incidir específicamente sobre el compromiso de los hombres en el apoyo a las mujeres a desafiar la discriminación institucional y estructural existente en estos ámbitos. Y no debe limitarse a acciones individuales y espontáneas, sino que debe basarse en programas colectivos orientados hacia la equidad de género y la transformación de masculinidades.

Insiste en la necesidad de cambiar patrones de contratación, promoción y liderazgo en universidades, centros de investigación, organismos multilaterales, asociaciones profesionales, y en autoría y edición de publicaciones. Y debe extenderse a y apoyarse en una transformación a nivel más amplio en los ámbitos político, económico y estructural, sino no será sostenible.

CONCEPTO DE GÉNERO Y MASCULINIDAD HEGEMÓNICA

El artículo parte de la afirmación de que la desigualdad de género afecta a todas las sociedades, aunque existan diferencias y dinámicas regionales, nacionales e institucionales. Los campos de las ciencias naturales, la medicina y la salud no son una excepción. Reconoce pues, que la infrarrepresentación de las mujeres en la salud global y las STEMM es un reflejo del privilegio colectivo de los hombres, y su poder sobre las mujeres en la sociedad.

Existen una serie de teorías sociales, que incluyen enfoques divergentes dentro del feminismo, sobre la definición y la comprensión del género, las causas de la desigualdad de género y las formas de abordarlo. Por ejemplo, mientras que West y Zimmerman definen el género como "la actividad de gestión de la conducta situada a la luz de las **concepciones normativas de actitudes y actividades apropiadas** para la categoría de sexo", Scott describe el género como "un elemento constitutivo de relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos y ... una forma primordial de **significar relaciones de poder**".

Un notable logro de la teoría feminista ha sido un **cambio de paradigma sobre el concepto de género** y, por implicación, de masculinidad y feminidad. Por un lado, la separación del concepto de género del supuestamente incuestionable concepto sexo biológico y por otro, la representación del género como una construcción sociocultural y no como una característica natural.

Por otra parte, el concepto de **masculinidad hegemónica** de R. Connell ha sido ampliamente utilizado como marco de trabajo para entender el poder de género de los hombres sobre las mujeres y otros hombres: "la forma de masculinidad culturalmente dominante en un contexto dado se llama masculinidad hegemónica y es una expresión del privilegio que los hombres tienen colectivamente sobre las mujeres. La jerarquía de las masculinidades es una expresión del reparto desigual que, dentro de ese mismo privilegio, tienen los diferentes grupos de hombres".

Rescato algunos fragmentos de **Audre Lorde**, ya que a pesar del llamamiento a trabajar el compromiso de los hombres en la salud y en las STEMM, he echado de menos un llamamiento a trabajar el compromiso contra TODAS las formas de opresión y discriminación en la salud y las STEMM. Además, el artículo parece centrarse en las mujeres que ya han accedido al mundo de las STEMM, y no en las barreras de acceso desde niveles de enseñanza primario y secundario.

Las “otras mujeres”

Audre Lorde, poeta y lesbiana feminista afroamericana refiriéndose a las diferencias que atravesaban al feminismo estadounidense: *“Si la teoría feminista preguntaba: ‘¿Si la teoría feminista estadounidense no necesita explicar las diferencias que hay entre nosotras, ni de las resultantes diferencias en nuestra opresión, entonces, cómo explicas el hecho de que las mujeres que te limpian la casa y cuidan de tus hijos, mientras asistes a congresos sobre teoría feminista, sean en su mayoría mujeres pobres y mujeres de color?’ ¿Qué teoría respalda el feminismo racista?”* (Lorde, 2003).



Audre Lorde, 1983

Foto: Jack Mitchell – Jack Mitchell Archives

“Como Negra, lesbiana, feminista, socialista, poeta, madre de dos hijxs, incluido un niño y miembro de una pareja interracial, normalmente me encuentro como parte de algún grupo en el que la mayoría me define como desviada, difícil, inferior o sencillamente “equivocada”.

De mi membresía en todos estos grupos he aprendido que **la opresión y la intolerancia de la diferencia vienen en todas formas, tamaños, colores y sexualidades**; y que entre aquellxs de nosotrxs que compartimos los objetivos de la liberación y un futuro viable para nuestrxs hijxs, **no puede haber jerarquías de opresión**. He aprendido que el sexismo (una creencia en la superioridad inherente de un sexo sobre todos los otros y, por lo tanto, en su derecho a la dominación) y el heterosexismo (una creencia en la superioridad inherente de un patrón de amor sobre todos los otros y, por lo tanto, en su derecho a la dominación) Surgen de la misma fuente que el racismo: una creencia en la superioridad inherente de una raza sobre todos los demás y, por lo tanto, en su derecho a la dominación”.

Traducción, resumen y opinión por Thaïs González



LA LUCHA CONTRA EL ACOSO SEXUAL EN EL MUNDO ACADÉMICO Y UNIVERSITARIO

TAKING THE BATTLE AGAINST SEXUAL HARASSMENT IN GLOBAL ACADEMIA ONLINE

Becky McCall

Las redes sociales han proporcionado canales para señalar y denunciar, casi al instante, a presuntos autores de acoso sexual en el mundo académico. Por Becky McCall.

Las experiencias de acoso y abuso sexual se escribieron en mayúsculas cuando el movimiento *#MeToo* (*#Yotambien*) se volvió viral en 2017, un momento decisivo en la era digital de los derechos de las mujeres. El Diccionario *Macquarie* de Australia incluyó la palabra *Metoo* en 2018, como sustantivo, adjetivo y verbo: ser “*Me too-ed*” (“*Metoo-ado*”) significa ser acusado de abuso sexual. El mundo académico y universitario se unió al movimiento a través de *#MeTooSTEM* y *#MeTooAcademia*.

La Campaña *#EndRapeCulture* (*#Fin a la Cultura de la Violación*) en Sudáfrica

Frente al creciente número de violaciones en las universidades de Sudáfrica, surgió la Campaña *#EndRapeCulture*, denunciando la normalización de la violencia sexual en los campus universitarios. Estudiantes de la Universidad de Rhodes de Ciudad del Cabo publicaron una lista de los nombres de 11 presuntos violadores en las redes sociales. La llamada “Lista de Referencia de RU” se volvió viral. Una forma común de acoso identificada en Sudáfrica son casos de soborno o amenaza sexual *quid pro quo*, es decir, un profesor promete una buena calificación a una estudiante si accede a participar en un acto sexual y la amenaza con un suspenso si no lo hace.

Estudiantes por todo el país se manifestaron públicamente con el mensaje:



“DEJAD DE
OBJETIFICAR Y
SEXUALIZAR
NUESTROS CUERPOS.
RECUPERAMOS EL
CONTROL”

(Foto: protesta de estudiantes en Johannesburgo, 4 de octubre de 2016)

IMPLICACIONES ÉTICAS DE LAS LISTAS ONLINE VERSUS SISTEMAS ACADÉMICOS ANTICUADOS QUE PROTEGEN SU REPUTACIÓN Y LA DE SUS PROFESORES

En octubre de 2017 en la India, la estudiante de derecho Raya Sarkar publicó en su página de Facebook una lista colaborativa de académicos presuntos acosadores sexuales (LoSHA, por sus siglas en inglés). Incluyó 75 hombres de 30 universidades de la India, Reino Unido y Estados Unidos.

Una declaración en desacuerdo con Sakar fue publicada por un grupo de feministas de la India, lideradas por la profesora universitaria y autora Nivedita Menon. Según ellas, la circulación de una lista sin contexto ni base para una rendición de cuentas ponía en peligro los avances de décadas de feminismo, individualizando los hechos de acoso sexual en lugar de dimensionarlos como un problema estructural, además de victimizar a las mujeres.

Por el contrario, Jess Wade, física en *Imperial College London*, opina que las estudiantes se vieron obligadas a actuar porque el sistema jurídico les había fallado. Wade ha escrito 500 páginas de Wikipedia para mujeres científicas y lanzó una campaña de crowdfunding para proveer copias del libro de Angela Saini a todas las escuelas secundarias de Inglaterra: *Inferior - Cómo la ciencia ha infravalorado a la mujer y cómo las nuevas investigaciones reescriben la historia*. Obtuvo 21.000£ en 12 días y lo consiguió. Wade opina que las universidades están construidas sobre reglas de hace siglos que protegen la tenencia de los académicos. En todas las disciplinas académicas, hay mayor equilibrio de género en los puestos iniciales de carrera. “En muchos casos, las estudiantes de doctorado afectadas sólo quieren terminar sin causar alboroto; una mala interacción con su supervisor podría comprometer el siguiente paso de su carrera, y en caso de denunciar un mal comportamiento no hay protección oficial por parte de muchas universidades”.

Emma Chapman de la *Royal Astronomical Society*, también de *Imperial College*, es activista del Grupo 1752, cuyo objetivo es mejorar las políticas sobre procedimientos disciplinarios en las relaciones académicas profesionales. Chapman denuncia que “cuando no se hace justicia, los acosadores se envalentonan y se disuade a potenciales denunciantes, ya que no parece que suceda nada. La protección de la reputación por parte de las universidades ha llevado a esta situación, siendo común silenciar a las denunciantes con ofertas de acuerdos de no divulgación”.

IMPLICACIONES DE LA BRECHA SALARIAL Y LA FALTA DE REPRESENTACIÓN EN PUESTOS SENIOR EN LA PROFESIÓN DE LA MEDICINA

Un reciente estudio realizado por *Doximity* concluyó que la brecha salarial entre hombres y mujeres en la profesión de la medicina ha empeorado. En 2017 las médicas ganaban un 27,7% menos (105.000 USD) que sus colegas hombres, mientras que en 2016 las médicas ganaban un 25,5% menos (91.284 USD) que sus colegas hombres. No se encontró ninguna especialidad en la que las mujeres ganaran más que los hombres. La obstetricia y ginecología,

pediatría y enfermería ilustran cuán impactante es este hallazgo, ya que, aún predominando las mujeres, se observa una diferencia salarial que favorece a los hombres.

Para Esther Choo, Profesora asociada de Medicina de Emergencia en la Universidad de Ciencias y Salud de Oregón en Portland, la falta de representación de mujeres en puestos senior alimenta un desequilibrio de poder que facilita el acoso sexual. Opina que **el acceso de mujeres a puestos de liderazgo es sólo una parte de la solución hacia la equidad de género**: “las diferencias persisten en las remuneraciones, promociones y liderazgo. Mientras la discriminación de género juega su papel en estas inequidades, **el problema no está siendo abordado desde la medicina con un enfoque más amplio**. Cuando el ambiente es tóxico, es malo para todas y para todos. Un ambiente de trabajo más seguro y equitativo también será mejor para los hombres”.

Choo percibe la forma en que la institución y las personas empleadas en ella se tratan entre sí como una extensión de los principios fundamentales de la atención sanitaria: **“no podemos ofrecer un cuidado respetuoso, seguro y equitativo a cada paciente si no estamos tratando a nuestras colegas de la misma manera”**.

Traducción, resumen por Thaïs González

Africa rising: gendered journeys of
women patients and providers

EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA... SIN VOZ
MUJERES QUE NO PUEDEN DECIDIR SOBRE SU
CUERPO, JUZGADAS POR LA COMUNIDAD...



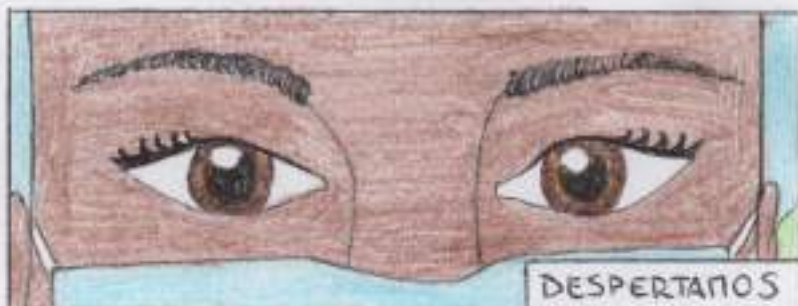
EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA... SIN VOZ
CIRUJANAS JUZGADAS POR SER MUJER,
DUDANDO DE SU PROFESIONALIDAD...



PAWAS
group:

Hey sister! ❤️

PERO TODAS UNIDAS...



DESPERTAMOS



PAN-AFRICAN WOMEN'S ASSOCIATION OF SURGEONS (PAWAS) ES UN
GRUPO DE MUJERES AFRICANAS CIRUJANAS QUE SURGE PARA OFRECER UNA
RED DE APOYO ENTRE ELLAS Y LAS PACIENTES PARA SUPERAR
ADVERSIDADES CULTURALES EN TRATOS DE GÉNERO, HACIENDOSE FUERTES JUNTAS



THE LANCET

Advancing women in science,
medicine, and global health

Fathiah Zakham, Katia Jatón



APOYANDO A LAS CIENTÍFICAS EN YEMEN

La contribución de las mujeres yemeníes al **desarrollo de la historia y la civilización de la antigua Arabia** está ampliamente recogida en la literatura histórica y en los libros sagrados de todas las religiones abrahámicas (*Judaísmo, Cristianismo e Islamismo*).



- El **reino de Saba**, una de las civilizaciones más antiguas del sur de la península Arábiga (actual Yemen), fue gobernado por una poderosa monarca (la **Reina Saba**), quien llegó a viajar a Jerusalén para conocer al rey Salomón y comprobar su sabiduría.
- Las escrituras del reino de Saba describen **sociedades en las que la mujer jugaba un papel fundamental** en el comercio, el gobierno y en el resto de los esferas cotidianas.
- En la **era islámica**, **Arwa Al- Sulayhi** se convirtió en la primera reina musulmana de la península arábiga, fomentando la construcción de centros educativos, impulsando la economía y apoyando la agricultura de Yemen.



Sin embargo, la **situación actual** refleja una triste realidad:

- Ocupa el **último puesto del índice de igualdad de género** (149/149) del Foro Económico Mundial.
- El **matrimonio precoz** y las **obligaciones familiares** son los principales obstáculos con los que se encuentran las mujeres y niñas yemeníes, agravados por prejuicios y situaciones de violencia de género.
- Yemen **no ha conseguido aún alcanzar la paridad en educación** primaria y la brecha de género se amplía de forma significativa en los niveles superiores de educación.
- Como consecuencia, las **mujeres yemeníes están infrarrepresentadas** en ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (*siglas STEM en inglés*). La ausencia de mujeres referentes que hayan tenido éxito en el campo científico retroalimenta esta baja representación.
- El número de mujeres que se **gradúa en las universidades** con alta calificación en estas áreas está en aumento en las grandes ciudades. Sin embargo, muy pocas logran iniciarse en la carrera de investigación como consecuencia de los obstáculos mencionados.
- Numerosas científicas han denunciado haber sufrido **acoso sexual** en el tiempo de trabajo.



- En **1996**, el primer ministro Abdul Ghani creó el **Comité Nacional de la Mujer** con el objetivo de empoderar a la mujer yemení.
- En **2004**, **Arwa Alrabea** se convirtió en la primera Viceministra de Sanidad y en 2005 **Fawzeeh Noaman** en Viceministra de Educación. Posteriormente, numerosas mujeres han sido contratadas en puestos académicos y científicos, muchas liderando distintas instituciones sanitarias y académicas.

Pese a las **difíciles condiciones de vida**, la **escasez de recursos** y de apoyo a la investigación, destacadas científicas han conseguido alcanzar el reconocimiento internacional:

- Han recibido durante 4 años consecutivos el **premio de la Organización de las Mujeres Científicas en Países en Desarrollo** (en distintos campos: medicina, biología, química y matemáticas).
- También han conseguido también el **premio Gro Bruntland** para mujeres en desarrollo sostenible, premios de la **Academia Mundial de Ciencia (TWAS)** o las becas del programa **L'Oreal- Unesco**.
- **Dhekra Annuzaili** es una de estas mujeres excepcionales y ha realizado contribuciones muy significativas en el campo de la **salud pública y la lucha contra las enfermedades olvidadas** (Neglected Tropical Diseases). Es coordinadora de la OMS para este problema y consejera en temas de salud y desarrollo en la ONU, USAID, el Banco Mundial y varias ONGs locales.



Las mujeres yemeníes forman parte de las mujeres **más resilientes** del mundo y pese a la grave situación actual, han mantenido su compromiso con la ciencia y la educación como camino hacia una vida independiente y digna para ellas y sus familias.

La comunidad internacional debe **fomentar iniciativas lideradas por mujeres** para promover el papel de la mismas en la ciencia, fortalecer la participación de las jóvenes científicas y lograr su participación en la reconstrucción del país.



DESPATRIARCALIZANDO Y NIVELANDO LA CIENCIA PARA MUJERES FRANCOPARLANTES

DE-PATRIARCHALISING AND LEVELLING SCIENCE FOR FRENCH-SPEAKING WOMEN

Samiratou Ouédraogo, Lara Gautier, Muriel Mc Seing et al.

El francés es la única lengua no inglesa que se habla en los cinco continentes, con el potencial de ser la lengua más hablada en el mundo en 2050. No obstante, el empoderamiento de la mujer en Francia y en las colonias francesas ha sido una batalla continua: el contexto de las condiciones de la mujer en la sociedad francesa ha afectado de manera crucial a la representación de la mujer en países que hablan esta lengua. Las mujeres de las colonias francófonas han tenido que vivir sujetas a un doble yugo, el de los hombres y el de los colonizadores.

Después de la descolonización, esas mujeres crecieron de forma paralela al patrimonio patriarcal que tan fuertemente marcó sus sociedades, incrustándolas en una complejidad sin soluciones rápidas desde las propuestas de empoderamiento que ofrece el feminismo occidental. Este trasfondo patriarcal enmarca la llamada ciencia patriarcal.



Las autoras comentan que el movimiento filosófico liderado por África (1) aboga por la descolonización de las mentes para lograr la descolonización de la ciencia y que esto podría brindar una oportunidad para *despatriarcalizar* la ciencia en los países francófonos de ingresos bajos y medios de África. El movimiento promueve el abandono de los caminos habituales y conservadores de la producción científica e intelectual, para dirigirse a aproximaciones más alternativas

(humanísticas, abiertas y equitativas) en las que las mujeres científicas de dichos países tengan más acceso, visibilidad y poder compartido en los procesos de conocimiento.

Las autoras defienden que la reevaluación de las posiciones de las mujeres científicas francoparlantes debería realizarse a través de un análisis interseccional. La interseccionalidad puede promover reflexiones sobre los contextos sociohistóricos y las dinámicas de poder que sustentan las condiciones de las mujeres en los países de bajos y medios ingresos como científicas y francófonas.

La interseccionalidad es útil para analizar la compleja realidad a la que se enfrentan las mujeres científicas de diferentes países que comparten el francés como lengua de producción de conocimiento y de comunicación. Asimismo, permite discernir los múltiples niveles de las dinámicas de poder, no solo las ejercidas por los sistemas patriarcales sino por otros sistemas de dominación que oprimen a las mujeres científicas francoparlantes según su edad, habilidad, aspecto, lugar de procedencia o reputación de la institución en la que trabajan. Promover su uso ayudará a comprender completamente la realidad a la que se enfrentan las mujeres para abordar las barreras a las que se enfrentan.

La comunidad científica internacional debe actuar para promover la equidad de género para las mujeres de estos países. La autoras proponen las siguientes recomendaciones:

- En primer lugar, **reconocer el significado y el impacto de la investigación realizada por las mujeres de habla francesa, promoviendo la publicación de sus resultados en las principales revistas científicas y otros canales intelectuales y retirar las barreras estructurales lingüísticas para garantizar el acceso a la investigación.** La eliminación de las barreras lingüísticas podría ser facilitada por llamamientos para traducción de artículos, solicitudes de becas, y artículos científicos en francés. Estos cambios podrían mejorar la voz de las mujeres de los países francófonos y de otras mujeres de países de bajos y moderados ingresos, y asegurarían que su contribución a las conversaciones científicas son buscadas, agradecidas, escuchadas y valoradas. *
- En segundo lugar, **el valor científico de las mujeres que hablan francés y que trabajan en institutos de investigación y universidades de países fuera de Norteamérica o Europa, debe ser reconocido.** Un ejemplo de un paso en una dirección positiva es la reciente llamada por la equidad en el movimiento de equidad de género en salud global. Después de este llamamiento, fue publicada una lista de más de 200 mujeres francoparlantes, líderes en salud global, con al menos un 50% de ellas trabajando en 21 instituciones en África.
- En tercer lugar, **las instituciones de los países francófonos de bajos y moderados ingresos deberían adaptar sus políticas de género para interactuar con las estructuras que ya existen e incluir la diversidad del idioma en lo que concierne a la participación, orientación, y acción investigadora.** El programa de orientación Emerging Voices for Global Health(2) es una iniciativa constructiva que tiene en cuenta estas barreras cuando forma a las nuevas generaciones de investigadoras comprometidas con su atmósfera cultural.
- Finalmente, **los gobiernos, universidades, e instituciones de estos países deberían agradecer los múltiples e intersectoriales roles de género atribuidos a las mujeres científicas que también son madres, mujeres, cuidadoras y profesionales, y que**

frecuentemente trabajan en sociedades profundamente patriarcales, sexistas y discriminatorias. Estas condiciones sociales ponen a las mujeres en una desventaja comparativa respecto a sus homólogas de todo el mundo y de países francófonos de altos ingresos. Descolonizar y poner a la altura que se merece a la ciencia para las mujeres científicas de estos países también significa cambiar la mentalidad patriarcal para superar los estereotipos y sesgos de género que limitan los horizontes, expectativas, y metas profesionales de las mujeres ya desde la primera infancia. Dentro de los esfuerzos para recoger datos en la igualdad de género en el campo de la salud global para abogar y actuar, tal y como han iniciado organizaciones como Women in Global Health, es crucial no perder la visión de las diferencias entre los países de bajos ingresos y los países de mayores ingresos, además del patriarcado al que se enfrenan las mujeres científicas francoparlantes.

**Como comentan en el texto original, es irónico que las autoras de esta correspondencia tengan que escribir en inglés para sugerir aquellos cambios que permitan a las mujeres que hablen francés desarrollarse en su lengua y dentro del mundo científico.*

Texto traducido y resumido por Irene Fernández Peralta y Lucía Alquézar Villarroya
Ilustración “el doble yugo” por Lucía Alquézar Villarroya

Referencias:

(1) Écrire l'Afrique-Monde, Mbenbe A, Sarr F.

(2) <https://www.womeningh.org/wghfrancophone>