

Revista Cubana de Salud Pública

versión On-line ISSN 0864-3466

Rev Cubana Salud Pública v.28 n.2 Ciudad de La Habana jul.-dic. 2002

Escuela Nacional de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública

Desigualdades atribuibles al género entre cirujanos(as). Ciudad de La Habana

Dra. Ileana Castañeda Abascal1 y Lic. Susana Solís Solís2

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con la finalidad de identificar las diferencias de género en los especialistas de cirugía general y otras especialidades quirúrgicas en Ciudad de La Habana, año 1998. Se encuestaron 122 cirujanos, 61 hombres y 61 mujeres de los diez hospitales seleccionados. Para dar salida a los objetivos propuestos se utilizaron medidas resumen como el porcentaje. Para conocer si habían diferencias entre los cirujanos y las cirujanas en las variables estudiadas, se aplicó el *test* de homogeneidad con una confiabilidad del 95 %. El estudio evidenció que en el *rol* productivo solo existió desigualdad entre los sexos en las responsabilidades administrativas, mientras en el *rol* reproductivo existió desigualdad entre los sexos, donde el femenino fue el más afectado en las labores del hogar, planificación de la economía familiar, responsabilidad en el cuidado de los hijos, ayudar a realizar tareas escolares, asistencia a reuniones de la escuela y preocupación por la higiene de los hijos. En el *rol* de gestión comunitaria solo existió desigualdad en la integración al PCC donde el sexo masculino fue el de más aporte. Con relación a las diferencias entre cirujanos y cirujanas relacionadas con la salud, el sexo femenino presentó más desventajas en la participación en actividades recreativas así como en las manifestaciones sistémicas, cansancio y estrés; por otra parte, los hombres estuvieron más representados en la ingestión de bebidas alcohólicas.

DeCS: CIRUGIA; MEDICOS MUJERES; COMPARACION TRANSCULTURAL.

El género está relacionado con la forma de actuar y pensar que deben tener los hombres y las mujeres de acuerdo con la forma en que se encuentra organizada la sociedad donde se desarrolla.1,2,3,4

El enfoque de género que permite analizar las diferencias entre mujeres y hombres en los *roles*, las necesidades, el acceso al poder y los recursos y la repercusión que todo esto produce en sus vidas y en particular en la salud, en cuanto a la exposición y vulnerabilidad a enfermedades, el acceso a los servicios y al tratamiento.1,2,3 Su sentido contribuye a visualizar las relaciones de poder y subordinación entre los sexos y

conocer las causas que las originan, con la finalidad de ejecutar acciones encaminadas a lograr equidad.

El hecho de haber nacido de uno u otro sexo determina en gran medida los estereotipos relacionados con la masculinidad o feminidad y a punto de partida de esto, los *roles* que deberán desarrollar cada uno, lo que se establece primero por la influencia de la familia, luego de la escuela y en gran medida por la comunidad con el objetivo de consolidar la identidad de género. Está demostrado que las diferencias de origen fisiológico provocan la existencia de condiciones, enfermedades o riesgos que son exclusivos de uno u otro sexo en particular o que afectando a ambos sexos, registran una mayor prevalencia en uno de ellos, sin embargo, en términos de equidad en el sector salud muchos países del mundo se enfrentan a la exigencia de responder no solo a las necesidades y riesgos particulares ligadas a la función reproductiva que recae exclusiva o predominante sobre el sexo femenino, sino también a la desventaja social que como grupo exhiben las mujeres frente a los varones en relación con los niveles de acceso, control sobre los recursos y procesos para proteger su propia salud y la de los demás. La salud de la mujer se ve afectada por factores como duración de la jornada laboral, trabajo nocturno, esfuerzo y posición en el trabajo, presencia de sustancias químicas, biológicas y demás condiciones ambientales del sitio de trabajo que dada su naturaleza específica originan nuevos procesos patológicos.¹

Los patrones femeninos han estado secularmente caracterizados por desigualdades causadas por una socialización diferenciada según sexo, lo cual ha generado que las mujeres soporten una carga desproporcional, mayor de problemas de salud prevenibles, que los que afligen al hombre.⁵

Es indudable que los niveles de mortalidad en el mundo han experimentado un descenso general y que ha aumentado la esperanza de vida al nacer y la ventaja en años de la mujer respecto al hombre. Las estadísticas biodemográficas cubanas acusan una esperanza de vida al nacer para el sexo femenino de 77,6 años, que para el 2005 se espera que ascienda a 78,4 años.⁶

No son pocos los países del tercer mundo donde las mujeres tienen condiciones de vida más precarias que los hombres, carecen de derechos políticos y civiles, tienen problemas en el acceso a la educación, salud, trabajo y están sometidas a la violencia y a la prostitución como única forma de sustentación, ocupando además espacios sociales asignados. Esta no es la situación de la mujer cubana porque ha logrado constituir una fuerza cuantitativa y cualitativa importante dentro de la sociedad. A pesar de ello, la familia y la sociedad exigen aún a la mujer cubana con bastante fuerza, la responsabilidad en la crianza de los hijos y al trabajo doméstico, lo que limita las posibilidades de realización profesional y se atenta contra el tiempo que deben dedicar a la superación e incluso al disfrute personal.⁷

La mayoría de las mujeres en los países de América sufren los procesos destructivos del trabajo, incluso los que comparte con el varón, por sus capacidades y vulnerabilidades específicas, que son propias de su condición de género como la discriminación, la subvaloración, la carencia de poder, la inequidad de oportunidades en los ámbitos de trabajo cotidiano en la realización de la triple carga laboral; el trabajo doméstico y la vida reproductiva les afectan y agravan mucho más las estrategias de supervivencia humana.^{1,5}

Aún persiste el criterio de que los hombres son más aptos para realizar algunas profesiones porque tienen menos dificultades personales e incluso más capacidad física, sobre todo aquellas que se ejecutan fuera del hogar, mientras que la educación y cuidado de los hijos son responsabilidades exclusivas de la mujer, al igual que las labores domésticas y el cuidado de los enfermos y ancianos de la familia. Durante mucho tiempo fue criticado el hecho de que una mujer desempeñara actividades tales como manejar vehículos, ocupar puestos militares, incluso algunas especialidades médicas eran casi privativas del sexo masculino como por ejemplo, la ortopedia.

La salud de los trabajadores se encuentra definida también por el consumo y la vida familiar. Las características del grupo social, la vivienda, alimentación, reposo, recreación, relaciones familiares tienen sus expresiones concretas en el proceso de salud-enfermedad.⁸

En el caso particular del grupo poblacional que ocupa a este estudio, los (as) cirujanos(as), en 1997, se tenían, que de los 62 624 médicos dedicados a esa labor, el 52,3 % eran mujeres,⁹ lo cual es un resultado esperado porque desde hace tiempo la sociedad cubana aceptó que esta profesión fuera ejercida por ambos sexos. Lo interesante fue que hay especialidades médicas que son desempeñadas más frecuentemente por uno de los dos sexos y es el caso de la mayoría de las especialidades quirúrgicas donde los hombres están mucho más representados. Existe el criterio que ello se puede deber a que requieren de mayor tiempo de dedicación, determinado esfuerzo físico y la necesidad de aplicar habilidades propias del sexo masculino, todo lo cual motivó la realización de este estudio que se propone determinar las diferencias entre cirujanos y cirujanas en cuanto a aspectos biosociales, trabajo productivo y reproductivo que realizan y percepción de salud.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal cuyo universo estuvo constituido por el total de cirujanos(s) generales y de las demás especialidades quirúrgicas que laboraban en los hospitales que se subordinan a la Dirección Provincial de Salud de Ciudad de La Habana, durante 1998.

La muestra estuvo constituida por 122 cirujanos(as), el tamaño de la muestra se calculó considerando una confiabilidad del 95 % y un error del 30.

Se utilizó el muestreo por conglomerados con submuestreo, donde se consideraron 28 conglomerados independientes, correspondientes a todos los hospitales de subordinación provincial más un conglomerado aparte formado por los 8 hospitales que contaban con 5 cirujanos o menos. Se eligieron 10 conglomerados con probabilidades variables al tamaño, es decir, de acuerdo con el número de cirujanos con que contaban y posteriormente se estudió el 15 % de los cirujanos que trabajaban en dichos hospitales seleccionados, los cuales fueron seleccionados al azar.

Las variables utilizadas para dar salida a los objetivos propuestos fueron:

1. Variables de caracterización biosocial

Sexo: sexo biológico

Edad: años cumplidos.

Estado civil: según el que tenga cada cirujano

Especialidad: rama de la cirugía a la que se dedica

2. Caracterización de *roles* de género

2.1. Rol *productivo*

Grado de la especialidad: I Grado, II Grado

Grado profesoral: sí, cuando refirió ser profesor instructor, asistente, auxiliar, titular y no, cuando no posee categoría docente.

Grado de investigador: ninguno, agregado, titular

Motivo de selección de la especialidad: razón por la que la escogió

Satisfacción y realización personal: dimensión que expresa la percepción de los cirujanos.

Está formada por las variables que se enumeran a continuación.

Relaciones de trabajo: aceptables, no aceptables

Responsabilidades administrativas: tiene, no tiene

Posibilidad de superación: tiene, no tiene

Reconocimiento laboral: tiene, no tiene

Cumplimiento de las tareas laborales: cumple, no cumple

Satisfacción laboral: sí, no

Consideración de trabajar con el sexo opuesto: favorable, desfavorable

Posibilidad de desarrollo personal: tiene, no tiene

2.2 Rol *reproductivo*

Tareas del hogar: dimensión que agrupa las variables relacionadas con las actividades que se realizan en el hogar para el cuidado y bienestar de la familia. Se consideró que se realizaban casi siempre cuando la frecuencia era de 5 veces o más semanales y a veces cuando se realizaban con una frecuencia semanal menor. Las variables fueron: cocinar, limpiar, lavar, planchar, fregar, compra de alimentos, cuidado de los enfermos, responsabilidades con el cuidado de los hijos enfermos o de vacaciones, asistencia a las reuniones de la escuela, ayuda a los hijos en la realización de las tareas escolares, participación en los juegos de los hijos y responsabilidad con la higiene de los hijos.

Mantenimiento del hogar: se consideró que casi siempre cuando refirió acometer la solución de arreglo o mantenimiento de los bienes del hogar de manera individual o cuando se gestiona dicha solución y a veces cuando no se acomete nunca la solución del problema o siempre se demanda de otra ayuda.

Ingreso familiar: magnitud del dinero que se dedica a la economía familiar, se categorizó en único ingreso, mayor ingreso, mitad del ingreso y menor ingreso.

Planificación de la economía familiar: si la persona realiza la planificación del dinero dedicado al hogar, las categorías fueron: sí y no.

Tenencia de hijos: sí, no

Número de hijos: ninguno, uno, dos, tres y más

Edad de los hijos: menos de 15 años, 15 años y más

Disgustos con su pareja o su familia por la actividad laboral que realiza: sí, no

Afectación de las tareas del hogar por la actividad laboral que realiza: sí, no

Responsabilidad con el control del tamaño de la familia: hombre, mujer, ambos

2.3 Rol *gestión comunitaria*

Participación en actividades comunitarias: las variables que forman esta dimensión se categorizaron en participa, no participa y fueron: trabajo

voluntario, reuniones de organizaciones de masa, asambleas del Poder Popular y guardia cederista.

Integración social: las variables de esta dimensión se categorizaron en pertenece, no pertenece y fueron: Partido Comunista de Cuba, Central de Trabajadores de Cuba, Comité de Defensa de la Revolución y Unión de Jóvenes Comunistas.

Afectación del cumplimiento de las actividades comunitarias por las actividades laborales que realizan: sí, no

3. Percepción de salud

Participación en actividades recreativas: las variables de esta dimensión se categorizaron en participa, no participa y fueron: fiestas, paseos, lectura, mirar la televisión y otros.

Enfermedades: patológicas que refirieron padecer los(as) cirujanos(as)

Hábitos tóxicos: dimensión que agrupó las variables relacionadas con la ingestión continuada de sustancias nocivas al organismo.

Hábito de fumar: si, cuando fuma actualmente, no, cuando no fuma actualmente.

Ingestión de bebidas alcohólicas: sí, cuando ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia menor a una semana y no cuando ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia semanal o más.

Drogas o medicamentos: si, cuando consume drogas o medicamentos que no forman parte de un tratamiento médico sistemático y no, en caso contrario.

Café: si, cuando toma más de 3 tazas diarias y no cuando toma menos de 3 tazas diarias.

Realización de actividades deportivas, practica, no practica.

Ingresos en hospital: sí, no

Manifestaciones: estrés, cansancio, irritabilidad, otras.

Realización de chequeo médico: nunca, hace más de un año, dentro del año, dentro del trimestre anterior.

Se diseñó una entrevista con preguntas cerradas y mixtas a partir de las variables antes mencionadas. El instrumento fue sometido a la consideración de 5 expertos, lo que ayudó a su perfeccionamiento.

Se consideraron los aspectos éticos relacionados con la voluntariedad de participación de los cirujanos(as) que formaron parte de la muestra y la privacidad de los datos que solo se publicarán con fines científicos.

Se realizó el análisis de contenido de los juicios emitidos en las preguntas abiertas, identificando los criterios o temas que se repitieron con más frecuencia que conocer los componentes subjetivos relacionados con el género.

Las respuestas de las preguntas cerradas se vaciaron en una base de datos. El procesamiento estadístico consistió en resumir la información en frecuencias absolutas y relativas, específicamente porcentajes: para conocer si había asociación significativa entre el sexo y las variables analizadas se utilizó la prueba estadística de homogeneidad con el estadígrafo X^2 , en los casos en que las tablas de contingencia fueron de un grado de libertad se utilizó la prueba estadística de homogeneidad a través del estadígrafo X^2 con la Corrección de Yates, siempre con un nivel de significación de 0,05.

Se utilizaron los programas computacionales Fox Base y Word For Windows además del Epiinfo 6.

Resultados

La distribución de los (as) encuestados (as) por grupos de edades y sexo, arrojó que el grupo de edad más frecuente fue de 30 a 39 años con 62 encuestados para el 50,81 % del total de la muestra, seguido del de 40 a 59 años con 52 encuestados para el 42,62 %. Dentro de cada sexo, los grupos de edad más representados fueron en los hombres, de 40 a 59 años con el 55,76 % y las mujeres, 30 a 39 años, con el 58,06 %.

El 75,41 % de los cirujanos resultaron ser casados, mientras solo el 52,46 % de las cirujanas tuvieron esa condición, lo que contribuyó a que la frecuencia de divorciadas u solteras estuvieran muy cercanas a la de casadas con el 47,70 %, no así dentro de los hombres que alcanzaron solo el 18,67 %. La unión consensual fue similar para ambos sexos y hubo más viudas que viudos.

El primer grado de la especialidad fue el que mayor porcentaje aportó, 90,16 % y 95,08 % para cirujanos y cirujanas respectivamente.

La minoría de los (as) cirujanos (as) refirieron tener categoría profesoral, 22,95 % de los hombres y 13,11 % de las mujeres.

Se evidenció predominio marcado de los(as) cirujanos(as) que no tenían ningún grado de investigador, 91,80 % en los cirujanos y 93,44 % en las cirujanas.

No hubo diferencias significativas entre los sexos en el grado de la especialidad, la categoría profesoral y el grado de investigador.

No hubo diferencias significativas entre los sexos en los motivos que condujeron a los(as) cirujanos(as) para seleccionar a la especialidad quirúrgica que estudiaron.

En relación con la otra especialidad que les hubiera gustado hacer, los porcentajes más elevados estuvieron en las quirúrgicas, 83,59 para hombres y el 83,60 para mujeres, a causa de que la mayoría de los(as) cirujanos(as) tenían interés de superarse, sobre todo en especialidades afines a la propia. No se apreció diferencias significativas entre sexos en cuanto a la realización de otra especialidad.

En la tabla 1 se resumen las variables relacionadas con la satisfacción y realización profesional, no se encontraron diferencias significativas entre los sexos en la mayoría de las variables, excepto en la responsabilidad administrativa donde predominó el sexo masculino con el 66,66 %.

TABLA 1. *Cirujanos encuestados según satisfacción y realización profesional y sexo*

Satisfacción y realización profesional	Masculino		Femenino		Total		P
	Positiva	%	Positiva	%	Positiva	%	
Relaciones de trabajo	61	50,41	60	49,58	121	100,00	1,0000
Responsabilidad	16	66,66	8	33,33	24	100,00	0,0116

administrativa							
Posibilidades de superación	55	49,10	57	50,89	112	100,00	0,7414
Reconocimiento laboral	48	52,74	43	47,25	91	100,00	0,4055
Cumplimiento de tareas laborales	59	50,86	57	49,13	116	100,00	0,6754
Satisfacción laboral	50	49,01	52	50,98	102	100,00	0,8068
Consideraciones sobre trabajar con el sexo opuesto	56	47,86	61	52,13	117	100,00	0,0677

Nota: Tabla resumen

En el análisis de contenido se encontró que las relaciones con sus compañeros(as) de trabajo se mantienen buenas porque trabajan en colectivos, donde existe confraternidad, respeto, ayuda y apoyo, sin distinción de sexo no solo en el tratamiento de problemas laborales, sino también los de tipo personal. Expresaron además que las buenas relaciones facilitan el trabajo y se traducen en mejores resultados laborales.

En lo que respecta al reconocimiento en su trabajo, la mayoría planteó que la labor que realizan es muy útil a la sociedad y que la gratitud de los pacientes motiva a esforzarse cada día más por realizar un mejor trabajo a pesar de la escasez de recursos. Los(as) cirujanos(as) que no se sienten reconocidos(as) refirieron que no hay suficiente estímulo personal y que la atención al hombre por parte de la administración y algunas organizaciones de masas no es suficientemente adecuada.

Los cirujanos y cirujanas disfrutan de las tareas de su profesión, a pesar de realizarlas con pocas condiciones de trabajo. Se sienten reconfortados(as) y útiles porque pueden observar la recuperación de los pacientes y salvar las vidas.

Las actividades de superación que con mayor frecuencia participan los encuestados fueron congresos, cursos de posgrado y jornadas científicas. Al indagar sobre las razones que impiden las posibilidades de seguir superándose, los cirujanos(as) refirieron que la actividad laboral ocupa la mayor parte del tiempo y que es difícil el acceso a los cursos posgrado y otras actividades de superación.

En el cumplimiento de las tareas asignadas en el trabajo expresaron que pueden cumplir con estas porque eligieron su profesión por vocación, se sienten capacitados(as) para desempeñarla aunque existen muchas dificultades, desde el punto de vista económico, que impiden el adecuado cumplimiento de su labor, fundamentalmente la escasez de recursos y de condiciones de trabajo en general. En este aspecto influye mucho la formación ética asistencial y científica que recibieron de sus profesores.

En las consideraciones sobre trabajar con el sexo opuesto se pudo constatar el reflejo de

los estereotipos masculinos y femeninos propios de nuestra cultura, los hombres plantearon que las féminas imprimen al trabajo, ternura y belleza, los estimulan a sentirse mejor y les dan la oportunidad de ser caballerosos, amables, dulces lo cual les permite manifestarse como tales y ellas se comportan de forma sensible, ordenada y siempre su dulzura ayuda en los momentos de tensión. Las mujeres por su parte refirieron que es agradable compartir con el sexo opuesto, porque las entienden mejor; son capaces de ayudarlas sin reparos, lo que colabora con el buen desarrollo del trabajo, otra opinión expresada dice que en ocasiones se necesita ayuda y se obtiene mucho mejor de un hombre, porque dentro del mismo sexo, a veces se producen más desavenencias.

El 93,44 % de hombres y mujeres refirieron que ambos sexos tienen las mismas posibilidades de superación.

En el análisis de contenido se encontró que las opiniones de los(as) cirujanos(as) sobre las posibilidades de superación que poseen se deben a que en nuestro país, se ha demostrado que las diferencias entre el hombre y la mujer no son solamente biológicas, porque todo depende del interés, la voluntad, la dedicación y la experiencia que se tenga, independientemente del sexo. Además, se encontró que tienen el criterio de que no existe ninguna actividad dentro de la medicina que no puedan desarrollar ambos sexos por igual.

En la tabla 2 se muestran los resultados de las variables correspondientes a las labores domésticas donde se puede observar que hubo diferencias significativas entre los sexos y cocinar, limpiar, lavar, planchar, fregar y cuidado de los enfermos, con predominio del sexo femenino, mientras en mantenimiento del hogar predominaron los hombres. En compra de alimentos no existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

TABLA 2. *Cirujanos encuestados según labores domésticas y sexo*

Labores domésticas	Hombres		Mujeres		P
	No.	%	No.	%	
Cocinar	39	64,93	58	95,08	0,0000
Limpiar	32	52,46	60	98,36	0,0000
Lavar	22	36,06	60	98,36	0,0000
Planchar	19	31,15	58	95,08	0,0000
Fregar	39	63,93	60	98,36	0,0000
Cuidado de enfermos	45	73,77	56	91,80	0,0008
Compra de alimentos	56	91,80	53	86,88	0,1839
Mantenimiento de hogar	55	90,16	47	77,05	0,0265

Nota: Tabla resumen

En cuanto al ingreso familiar se obtuvo que los hombres fueron los que mayor y único ingreso familiar refirieron para el 88,52 %, la mayoría de las mujeres también clasificaron en esas categorías pero con un porcentaje algo inferior de 72,12 %.

La planificación de la economía familiar que se refiere a la administración del dinero dedicado al hogar, fue realizada más frecuentemente por las mujeres, lo que hizo que hubieran diferencias significativas entre ambos sexos (tabla).

TABLA 3. *Cirujanos encuestados según planificación de la economía familiar y sexo*

Planificación de la economía familiar	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	25	40,98	45	73,77	70	57,37
No	36	59,01	16	26,22	52	42,62
Total	61	100	61	100	122	100

P; 0,0005

Cuando se exploró quién planifica la economía familiar en las familias de los(as) cirujanos(as) que no tienen esta responsabilidad, los hombres mayoritariamente respondieron que sus esposas, mientras que las mujeres refirieron que sus madres, sus suegras o de manera conjunta con ellas. Estos resultados vuelven a demostrar que de una manera u otra, sobre la mujer recae esta responsabilidad tan desgastadora.

La mayoría de los encuestados tanto hombres como mujeres refirieron tener hijos, no hubo diferencias significativas entre los dos sexos.

En relación a la cantidad de hijos, la mayoría de los encuestados refirieron tener 2 hijos, o menos, para el 87,49 %, las mujeres aportaron el 98,00 % y los hombres solo el 76,08 %, hubo un porcentaje considerable de hombres que refirieron tener 3 hijos o más.

En la tabla 4 se puede observar que la edad de los hijos de los(as) cirujanos(as) encuestados(as) tenían menos de 15 años sobre todo los de las mujeres.

TABLA 4. *Cirujanos encuestados que refirieron ser padres según números de hijos y sexo*

Número de hijos	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Un hijo	17	36,95	27	54,00	44	45,83
Dos hijos	18	39,13	22	44,00	40	41,66
Tres o más	11	23,91	1	2,00	12	12,50
Total	46	100,00	50	100,00	96	100,00

P: 0,0044

Por otra parte en la tabla 5 aparecen todas las variables relacionadas con el cuidado de los hijos. Existieron diferencias significativas en todas las variables con la excepción de los juegos.

TABLA 5. *Cirujanos encuestados según cuidado de los hijos y sexo*

Cuidado de los hijos	Casi siempre		A veces		P
	M	F	M	F	
Responsabilidad cuando se enferman o están de vacaciones	25	42	15	2	0,0005
Ayudar a realizar tareas escolares	15	34	24	9	0,0004
Juega con los niños	30	32	10	11	0,8479
Asistencia a reuniones escolares	12	35	27	9	0,0000
Responsabilidad en la solución de las necesidades higiénicas	11	39	29	4	0,0000

Nota: Tabla resumen

No hubo diferencias significativas entre el sexo de los cirujanos y cirujanas con relación a los disgustos que ocasionan su trabajo con la pareja ni en la afectación de las tareas del hogar.

Los resultados de la pregunta abierta relacionada con las posibilidades de cumplir con las tareas del hogar aportaron que muchas veces, parte del trabajo del hospital se continúa en casa a pesar de las largas horas de guardias y el tiempo en el salón, que generan cansancio y *stress* con la finalidad de conjugar ambas actividades a la vez. Las mujeres, sobre todo, expresaron que aunque se sientan cansadas por el trabajo, cuando llegan a sus casas tienen que seguir realizando con las actividades del rol reproductivo, otras alegaron que en muchas ocasiones es a la inversa, es decir, algunas de las actividades hogareñas necesitan ser solucionadas en horario laboral.

La mayoría de los hombres y mujeres afirmaron que la planificación familiar es responsabilidad de ambos, 98,38 % y 97,54 % respectivamente. No hubo diferencia significativa entre sexos.

Las actividades relacionadas con el *rol* comunitario se estudiaron a partir de la integración y la participación en actividades de las organizaciones políticas y de masas. La integración al PCC fue la única variable que presentó diferencias significativas entre ambos sexos con predominio masculino del 70,2 %, esta es una organización política que demanda de gran cantidad de tiempo extralaboral, su incorporación se realiza a partir de los 30 años, en plena etapa reproductiva y productiva. Respecto a la participación en actividades comunitarias, no hubo diferencias significativas entre los sexos.

No hubo diferencias entre los sexos con relación a la afectación que puede causar la labor que realizan al cumplimiento de las actividades comunitarias; las dificultades que refirieron tener tanto cirujanos como cirujanas son, por una parte, que el trabajo limita

mucho el tiempo y que en ocasiones estas coinciden con las guardias médicas.

En la mayoría de las variables relacionadas con actividades recreativas tales como fiestas, paseos, lectura de libros y ver televisión, la única actividad que tuvo diferencias significativas entre hombres y mujeres fue paseo, donde se encontró que los hombres la realizaban más frecuentemente que las mujeres.

Las enfermedades padecidas por los(as) cirujanos(as) fueron problemas cardiovasculares, respiratorios, digestivos y endocrinometabólicos; no se encontraron diferencias significativas entre los sexos en ninguna de esas causas.

En cuanto a los hábitos tóxicos solo en consumo de bebidas alcohólicas hubo diferencias significativas entre los dos sexos. El 96,00 % de los que refirieron ingerir bebidas alcohólicas fueron hombres y solo el 4,00 % fueron mujeres.

La minoría de los cirujanos refirió practicar deportes, lo cual fue similar en las mujeres y los hombres, sobre todo dentro de las primeras, lo que hizo que no existieran diferencias significativas entre el sexo masculino y femenino.

El deporte que con mayor frecuencia practican los varones fue el constructivismo y las mujeres practican con mayor frecuencia los ejercicios aerobios.

Los ingresos hospitalarios fueron en el sexo femenino, 11,47 % y el masculino el 3,27 %. No hubo diferencias significativas entre los sexos.

En la tabla 6 se puede observar que predominó el sexo femenino con 50 casos que refirieron padecer de cansancio para el 81,96 %. Solo 3 casos refirieron otras manifestaciones como tensión y fatiga. Existió significación estadística en cansancio y el estrés estuvo extremadamente cercano a 0,05.

TABLA 6. *Cirujanos encuestados según manifestaciones padecidas y sexo*

Manifestaciones	Masculino		Femenino		Total		P
	No.	n = 61 %	No.	n = 61 %	No.	n = 122 %	
Cansancio	38	62,29	50	81,26	88	72,13	0,0263
Estrés	35	57,37	46	37,70	81	66,39	0,0552

No existió diferencias significativas entre ambos sexos en relación al momento en que se realizó el último chequeo médico.

Discusión

Se hace necesario reflexionar sobre los resultados expuestos anteriormente para tratar de explicar los motivos que pudieron haberlos provocados.

Las cirujanas tanto como los cirujanos tienen en nuestro país la misma oportunidad para alcanzar el segundo grado de la especialidad. El hecho de que la mayoría se mantenga en el primer grado se puede deber a desmotivación común para ambos sexos; en el caso de las mujeres también puede estar dado porque tienen menos recursos específicamente de tiempo para acometer esta empresa, si se tiene en cuenta que el promedio de edad de las estudiadas en el presente trabajo se corresponde con un momento de sus vidas en que tienen que desplegar una labor doméstica importante al estar bajo su responsabilidad, los hijos aún pequeños.

Las posibilidades de tener categoría docente no tienen que ver con el sexo, sino con la oferta que exista en los hospitales en dependencia de las necesidades de profesores que existan específicamente de estas especialidades.

La inmensa mayoría de los cirujanos no son investigadores porque laboran en centros que no son institutos, lo que limita la posibilidad de que ni mujeres ni hombres tengan acceso a esa condición.

En Cuba, existen las mismas posibilidades para hombres y mujeres de seleccionar una especialidad médica, no se considera que unos u otros son más aptos para desempeñar alguna en específico, esto responde a que la elección depende solo de la preferencia individual y por supuesto, de las posibilidades que se tenga en relación a las plazas y la trayectoria sostenida por el médico. Las mujeres tienen que hacer un esfuerzo adicional para alcanzar su especialidad a causa de que coincide en el mismo período de la vida la etapa de tener sus hijos pequeños y la de realizar esta etapa de estudios de posgrado.

La similitud en la satisfacción y realización profesional de hombres y mujeres cirujanos habla a favor de que a pesar de las actividades que desarrollan las mujeres en el hogar, su trabajo le reporta bienestar y posibilidades de desarrollo, el hecho de que las cirujanas se vieran con menos posibilidades de desempeñar cargos de dirección se debe a las iniquidades en cuanto a la distribución de las tareas del hogar que demandan de ellas mucho tiempo y dedicación.

En otro estudio realizado en dos áreas de salud de Ciudad de La Habana;* en el cual no se controló la profesión, se encontró diferencias significativas entre mujeres y hombres en todas las variables relacionadas con la realización y satisfacción laboral donde el sexo masculino presentó mejores relaciones de trabajo, posibilidades de superación, reconocimiento y satisfacción laboral. Los resultados obtenidos en el presente estudio, donde las diferencias significativas estuvieron solamente en las posibilidades de desempeñar labores de dirección, estuvieron determinados por el hecho de que se exploró un grupo poblacional concreto, los(as) cirujanos(as) que tienen en nuestra sociedad expectativas y posibilidades comunes ya sean hombres y mujeres.

En la proyección estratégica definida por el MINSAP en la Carpeta Metodológica,10 puesta en vigor en el primer semestre de 1996 queda explícito el propósito de llevar la

calidad de la competencia y el desempeño de los profesionales y técnicos de la salud, para lograr un incremento en la calidad de los servicios prestados sin excluir a nadie por el hecho de pertenecer al sexo masculino o femenino.

A pesar de ser los especialistas en ramas de la Cirugía, un grupo poblacional que posee nivel educacional elevado y notable desarrollo social, se manifiestan en ellos(as) los clásicos estereotipos de feminización del trabajo doméstico que conlleva por tanto a la sobrecarga femenina que provoca la existencia de desigualdad de género en el ámbito doméstico. Se reconoce que los hombres tienden a realizar actividades propias del estereotipo masculino como el mantenimiento del hogar a través de tareas como reparaciones de equipos y pintura, otra tarea que está siendo aceptada por el sexo masculino es la compra de alimentos que es una actividad de gestión y negociación en la calle y tiene características diferentes a los quehaceres tradicionales del hogar; para estos últimos, muchos hombres no han sido preparados y los consideran privativos de la mujer, por lo que se evidencia la sobrecarga social de ellas respecto al hombre en cuanto a la mayoría de las tareas en el hogar.^{2,4}

La posibilidad que tienen las profesionales de alto nivel de mantenerse ellas y sus familiares con el salario que perciben y el reconocimiento social que poseen, sin necesidad del apoyo de la pareja, favorece la independencia de la mujer para elegir el estado civil que prefieran, ya que la relación con la pareja se basa más en lazos afectivos que económicos, lo cual se ha puesto de manifiesto en el presente trabajo. El incremento del trabajo remunerado de la mujer ha sido originado por el encarecimiento de la vida y la necesidad de tener que aportar dinero para el mantenimiento de la familia, en muchas ocasiones son las únicas responsables del sostén financiero; esta situación se agrava en el caso de que la mujer trabaje en el puesto de baja remuneración, como ocurre en la mayoría de las latinoamericanas, a lo que se ha denominado feminización de la pobreza. Es importante destacar que no pueden desligarse de los roles históricamente asignados a la mujer, relacionados con las tareas domésticas y el cuidado de la familia aunque sobre ellas recaiga además, la carga del trabajo fuera el hogar.^{12,13}

Los(as) cirujanos(as) mantuvieron los patrones respecto al dinero, los hombres son los mayores aportadores de dinero al hogar, y por tanto, ejercen el poder que brinda su posesión. En nuestra cultura, el dinero está claramente sexuado, se adscribe al varón y está asociado a la potencia y la virilidad que son indicadores de la identidad masculina. Otra situación bien distinta es la planificación de la economía familiar que es la actividad que se responsabiliza con la administración del dinero dedicado al consumo cotidiano y al mantenimiento de la estructura familiar llamado en ocasiones "invisibles" porque no deja rastro a quien lo administra, que es generalmente la mujer; las decisiones sobre él dan muy poco espacio a la autonomía.³ Esta responsabilidad provoca sobrecarga a quien la realiza y puede ser un importante factor de enfermedades nerviosas y estrés.

El hecho de que la mayoría de los(as) cirujanos(as) tuvieran hijos está en correspondencia con la edad y el nivel de instrucción alcanzado, que aseguran que existan condiciones biológicas y económicas favorables para la crianza de los hijos. La edad de los hijos estuvo en correspondencia con la edad media de los(as) cirujanos(as) estudiados que está formado por médicos que generalmente postergan su etapa reproductiva más que otros grupos de población pues el período de formación profesional es muy largo.

La cantidad de hijos fue baja, como se espera de personas de niveles de vida más elevados, que alcanzan el tamaño ideal de la familia con pocos hijos, de forma tal de poder garantizar correctamente su mantenimiento y crianza, que se une al hecho de tener una vida laboral activa. En estudios realizados en otras latitudes, encontramos que los problemas que afectan a la madre trabajadora no se alejan mucho de nuestra realidad, ejemplo de esto lo tenemos en España, donde las madres que trabajan afrontan dificultades en la distribución de las horas dedicadas al trabajo remunerado, a las tareas domésticas, al cuidado de los hijos principalmente y por tanto al descanso.¹⁴

En la literatura revisada se encuentra el criterio de que tanto los hombres como las mujeres deben participar por igual en las funciones de relación familiar y colaborar con una maternidad responsable,¹⁵ sin embargo, esto no fue lo que se encontró en el presente estudio donde las cirujanas realizan con mucha más frecuencia que los cirujanos las tareas de cuidado de los hijos, lo cual, a pesar de ser profesionales de alto nivel, los estereotipos masculinos se mantienen y estas actividades al igual que las tareas del hogar se consideran deber del sexo femenino.

El juego con los hijos no se considera por muchas personas como trabajo, sino como parte de la recreación, esa es la razón fundamental de no existir diferencias entre hombres y mujeres en esta actividad. Además, el estereotipo masculino, que prevalece en nuestra sociedad, acepta que los hombres jueguen con los hijos, lo que no ocurre igual con el resto de las actividades analizadas del *rol* reproductivo que recaen mayormente sobre la mujer y por tanto, pueden ser capaces de afectar y agravar las estrategias de supervivencias a los que se ven expuestas la mayoría de las féminas en el mundo.

La familia y la pareja de los(as) cirujanos(as) generalmente tienen, conciencia del sacrificio de esta carrera y por lo tanto comparten y comprenden el trabajo de su cónyuge, ya sea hombre o mujer.

La planificación familiar, es decir el control del número de hijos deseados, es responsabilidad de ambos miembros de la pareja, lo cual es comprendido con más facilidad por las personas con alto nivel de instrucción. Lo anterior explica los resultados obtenidos en este trabajo, al haber estudiado médicos especialistas. En el estudio mencionado anteriormente en Ciudad de La Habana, donde están incluidas personas de diferentes niveles de escolaridad, los resultados no fueron similares, lo que denota que aún persisten problemas de información y educación para la salud en cuanto a planificación familiar.

Los resultados encontrados en el *rol* comunitario pueden deberse a que los integrantes del grupo poblacional estudiado, en su mayoría, tienen constituidas sus familias por lo que ellas se ven más imposibilitadas que los hombres para dedicarse a tareas que demandan de tiempo que no es suficiente para satisfacer los requerimientos del *rol* productivo y reproductivo, esta es la razón por lo que existe desventaja para la mujer en la integración al PCC. Se encontraron pocas personas integrantes de la UJC lo que puede explicarse porque se trata de una organización juvenil con importante representación en la edad estudiantil y en esta investigación se estudian profesionales que han alcanzado edades más avanzadas, las igualdades encontradas en las organizaciones de masas, CTC y CDR se justifican porque todos los individuos estudiados son trabajadores y por tanto afiliados a la organización obrera que al igual

que el CDR la integración es masiva y las actividades comunitarias en ambas instituciones forman parte de la cotidianidad de la mujer y el hombre en nuestro país.

La escasa participación de las cirujanas en los paseos se debe en gran medida a que las labores domésticas mantienen mayor tiempo ocupada a las mujeres que a los hombres dentro del hogar, junto a las labores productivas que complementan el abanico de actividades que ellas realizan y que les impiden dedicar tiempo a otras actividades de interés personal y descanso, criterio este que han emitido otros autores.^{16,17} La lectura de libros y ver la televisión, se realizan dentro del hogar y muchas veces se combinan con la realización de las tareas domésticas e incluso con el trabajo profesional. La asistencia a fiestas, en muchas ocasiones, es realizada por ambos, porque se considera una actividad social en parejas.

Está descrito que los hombres mueren más que las mujeres en las edades intermedias, o sea, en las edades productivas, pero que a cambio, ellas tienen un mayor número de enfermedades;^{4,19} ya que las responsabilidades sociales pueden producir en la mujer una sobrecarga física y mental que favorece el curso de los procesos biológicos hacia estados patológicos. Si bien en este trabajo no se encontraron diferencias en el padecimiento de enfermedades, sí hubo manifestaciones diferentes para ambos sexos que son el resultado de las iniquidades que sufren las mujeres en el rol productivo y reproductivo, sobre todo.

Una de las causas que pudiera estar influyendo en que las mujeres encuestadas se sientan más cansadas y estresadas que los hombres es la multiplicidad de roles que desempeñan y esto puede deberse a que las tareas del hogar recaen sobre la mujer, así como la planificación de la economía familiar. Esto coincide con la bibliografía consultada donde se plantea que en el caso de las mujeres que realizan trabajos remunerados y domésticos, existe una combinación de exigencias que se pueden considerar como doble jornada. Esta jornada prolongada puede afectar la salud por el insuficiente descanso, tener pocas horas de sueño, sufrir de mayor tensión por las responsabilidades sobre los demás y tener que realizar mayor esfuerzo físico.^{1,19}

La bibliografía consultada expresa que en ocasiones, el hombre, por necesidad de encubrir debilidades se compensa con el consumo de alcohol que le permite expresar sentimientos que están reprimidos por la fórmula obligada de dureza que tienen que representar,¹⁸ este puede haber sido el motivo de que los cirujanos refirieran consumir alcohol mucho más que las cirujanas.

La escasa práctica de deportes pudo estar motivada porque a pesar de ser médicos, no tienen interiorizado la necesidad de practicarlos, otras razones pueden ser la falta de tiempo por las actividades que realizan como consultas, guardias, y en el caso de la mujer se agravan con las responsabilidades dentro del hogar.

Estudios internacionales realizados plantean que entre el 70 y el 80 % de los ingresos hospitalarios reportados son de mujeres y una parte importante no son precisamente originados por enfermedades, sino que se deben a partos, chequeos médicos voluntarios y otras razones que demandan estos servicios de salud. Sin embargo, si se toman solamente los porcentajes de ingresos hospitalarios de los pacientes realmente enfermos, siguen siendo mucho más altos los de las mujeres.²⁰ Los resultados encontrados en el presente estudio no se corresponde con los citados anteriormente, la explicación está

dada en que se están estudiando médicos que se sientan suficientes para realizar su autocuidado. También puede estar mediatizado por la cercanía que tienen a los recursos hospitalarios, cuyo uso se convierte en un acto cotidiano. Los médicos de ambos sexos, poseen una cultura sanitaria elevada y además poseen los conocimientos y habilidades para la solución de la mayoría de sus propios problemas de salud sin acudir al ingreso hospitalario.

Se puede resumir que las diferencias más marcadas entre cirujanos y cirujanas estuvieron en las variables del *rol* reproductivo. Las cirujanas fueron las más afectadas en la realización de tareas domésticas, el cuidado de los hijos y la responsabilidad con la planificación económica del hogar. Por otra parte, en el *rol* productivo y de gestión comunitaria no se observaron muchas diferencias entre los sexos, en el primero las desigualdades más importantes se encontraron en la realización de responsabilidades administrativas donde el aporte masculino fue mayor, que el femenino, no obstante, los criterios emitidos por los cirujanos(as) reflejaron el patrón de socialización de género, que mantiene al hombre en situación jerárquica superior en las relaciones de trabajo y en el *rol* comunitario se observó solo diferencias significativas en la integración al PCC predominando también el sexo masculino. La mujer presentó desventajas en algunos aspectos relacionados con la salud como en actividades recreativas y manifestaciones como cansancio y estrés, mientras los hombres predominaron en la ingestión de bebidas alcohólicas.

* Castañeda I. Género y Salud en las áreas Reina y Boyeros. Trabajo presentado en el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso Internacional de Políticas de Salud

Summary

A descriptive cross-sectional study was performed to identify the gender differences in general surgery specialists and other surgical specialties in the City of Havana during 1998. One hundred and twenty two surgeons, 61 males and 61 females, from ten selected hospitals were surveyed. To output the proposed objectives, abbreviated measures were used like the percentage. To find out if there were differences between female and male surgeons as to the studied variables, the homogeneity test was applied with a confidence rate of 95%. The study evidenced that in the productive role, there was inequality between the sexes only in administrative responsibilities whereas in the reproductive role, there was inequalities between the sexes as to house chores, planning of family economy, responsibility over the taking care of children, help to do school homework, attendance to school meetings and concern about the children's hygiene, being the females the most affected. In the community management, there were differences only in the incorporation to the Communist Party since the male gender was prevalent. In relation to differences between female and male surgeons regarding health, the female sex participation in recreational activities was lower whereas her systemic manifestations, stress and tiredness were higher. On the other hand, men were more represented in the alcohol beverages consumption.

Subject headings: SURGERY; FEMALE PHYSICIANS; TRANSCULTURAL COMPARISON.

Referencias bibliográficas

1. Gender and Health a Technical Paper. Women's Health: WHO (citado mayo-junio 2001): (50 pantallas). Disponible en: URL 18 de octubre 2001. <http://www.who.int/frh-whd/GandH/Ghreport/genderlech.htm//Acknowledgements>.
2. Carpeta metodológica del taller de capacitación en género, salud y desarrollo. Washington: OPS, 1995.
3. Castañeda I. Algunas reflexiones sobre género. Rev Cub Salud Pública Vol. 1 No. 2, 1999.
4. Castañeda I y col. Indicador sintético para medir diferencias de género. Rev. Cub. Salud Pública. Vol 25 No 1, Enero-Junio, 1999. Pág 54-63.
5. Gender Mainstrain in EU Public Health. Relatoria del Gender Equity Conference. September 2000 (citado mayo - junio 2001): (-12 pantallas). Disponible en: URL 18 de octubre 2001. <http://www.eurohealth.ie/gender>.
6. Informe del Cairo, 1994.
7. García M. Lo real maravilloso y lo cotidiano. Rev. Alma Mate, 1998; (ene-feb):3.
8. Romito P. Trabajo asalariado, maternidad y bienestar de las mujeres. Algunas notas epistemológicas. Salud Problema. Rev. Nueva Epoca, 1997: Junio, Año 2 No. 2.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1997.
10. Espín Guillois V. La mujer en Cuba: historia. La Habana: Editorial de la Mujer, 1990. 58.
11. Ares P. Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas. Género: salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2000.
12. MINSAP. Carpeta Metodológica. Ministerio de Salud Pública: Ciudad de La Habana, 1996.
13. Sánchez M.
14. _____. Cuando el sexo marca diferencias. La práctica clínica depende de si el paciente es hombre o mujer y varía entre médicos y médicas. Madrid: El País. (citado 28 de septiembre 2001): (3 pantallas). Disponible en: URL <http://www.nodo50.org/mujeresred/salud.diferencias-de-sexo.html>.
15. Durán MA. Obligaciones existenciales en las familias de España. Un estudio macroeconómico. Desigualdades de género en los viejos y nuevos hogares. Madrid: Montserrat Solsona I Pairó. Ministerio de asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. 1996 pag:140.
16. Vega Santana M, Herrera Gozáles A. ¿Tienen sexo las profesiones?, Rev. Sexol y Soc, 1997;2(8):Dic, 11.
17. Álvarez Suárez M. La familia cubana, cambios, actualidad y retos. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. 1996.
18. Alfonso AC, Sarduy C. Salud y trabajo doméstico. Género: salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2000.
19. Helman CG. Culture, Health and Illness. Gender and Reproduction. Oxford: Planta Tree, 2000 Pag 108.

20. Andrade Garduño MA. La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y hembras. Universidad autónoma metropolitana Xochimilco: pág 3, 12, 16, 24.

Recibido: 30 de octubre de 2002. Aprobado: 2 de noviembre de 2002.
Dra. Ileana Castañeda Abascal. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana, Cuba.

[1 Msc. Especialista de II Grado en Bioestadística. Máster en Salud Pública. Profesora de la Escuela Nacional de Salud Pública.](#)

[2 Msc. Máster en Atención Primaria de Salud.](#)

© 2013 1999, *Editorial Ciencias Médicas*

Calle 23 # 177 entre N y O - Edificio Soto, Piso 2
Vedado, Ciudad de La Habana, CP 10400
Cuba

ecimed@infom