



EL TRASPLANTE HEPÁTICO Y LA MUJER

Y. Fundora-Suárez MD, PhD, EBSQ

ESTRATEGIA PARA INCORPORAR EL ANÁLISIS DE GÉNERO EN LAS ACTIVIDADES

E GÉNERO EN LAS

La SEXAGESIMA 60a Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a que formulen estrategias nacionales para abordar



04

El Consejo Económico y Social refina⁶ la incorporación de la perspectiva de género como sigue:

La incorporación de la perspectiva de género es el proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, incluidas las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad entre los géneros.⁶

⁶ Resoluciones convalidadas 1997/22 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

Se admite en general que la incorporación de una perspectiva de género en las políticas y los programas es importante para alcanzar todos los objetivos de

«...para ampliar las oportunidades, las posibilidades y las actividades de la mujer se necesita adoptar un enfoque doble, a saber, ejecutar programas que apunten a atender las necesidades básicas y específicas de la mujer en cuanto a fomento de la capacidad, desarrollo organizativo y empoderamiento e incorporar una perspectiva de género en todas las actividades de formulación y aplicación de programas...»¹

¹ Incorporación de una perspectiva de género en todas las políticas y los programas del sistema de las Naciones Unidas. Nueva York, Naciones Unidas, 2006. Resolución N° 2006/36 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

La conciliació de la vida laboral, familiar i personal de metges i metgesses

PROPOSTES I PLA D'ACCIÓ



Editorial

Feminización y ejercicio de la medicina

The feminization and the profession of Medicine

Pilar Arrizabalaga^{a,*} y Miguel Bruguera^b

^a Nefrología, Hospital Clínic, Barcelona, España. Junta de Govern, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Barcelona, España

^b Hepatología, Departamento de Medicina, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona, España. Junta de Govern, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Barcelona, España

- Cambio del perfil demográfico de la profesión
- Fenómeno creciente paralelo a la asalarización de la profesión médica
- Reflexión sobre las consecuencias
- Organización del sistema sanitario



Editorial

Feminización y ejercicio de la medicina

The feminization and the profession of Medicine

Pilar Arrizabalaga^{a,*} y Miguel Bruguera^b^a Nefrología, Hospital Clínic, Barcelona, España. Junta de Govern, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Barcelona, España^b Hepatología, Departamento de Medicina, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona, España. Junta de Govern, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Barcelona, España

- Mayor tiempo de dedicación en la consultas

- Mayor empatía

- Menor número de reclamaciones

¿MENOR EFICIENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA?

- Mayor número de exploraciones

Sería una simplificación inapropiada considerar que la eficiencia se mide únicamente por la cantidad de actos médicos efectuados y por el consumo de

- Menor número de visitas domiciliarias

- Menor número de altas médicas

Consecuencias de la feminización de la medicina

La incorporación de la mujer al ejercicio de la medicina, preferentemente asistencial, es un fenómeno creciente que se ha desarrollado en paralelo a la asalarización de la profesión, basada en horarios fijos y limitados que permiten compatibilizar las responsabilidades familiares que todavía recaen más en las mujeres que en los varones. Esta feminización tiene consecuencias tanto sobre la relación médico-paciente como sobre la organización del sistema sanitario, aspectos que son objeto de reflexión en un reciente editorial de *Medicina Clínica*¹.

Haciéndose eco de distintos estudios, en el editorial se menciona que las mujeres, en la relación médico-paciente, por su condición y su rol sociocultural, tienden con natural facilidad a la compasión y a la empatía. Las médicas utilizan un estilo de comunicación más llano, cálido y afable; presentan las posibilidades terapéuticas de un modo más abierto y participativo; sus consultas duran más tiempo (hasta un 10% más que las de los médicos) y son más agradables. En comparación con sus colegas masculinos, crean ambientes más positivos por medio del lenguaje verbal, expresando ánimo, consuelo y asentimiento, y por medio de la actitud, la sonrisa y el tono de voz amigable. Las médicas están más atentas a las emociones y los aspectos socioculturales, favoreciendo entrevistas en las que el paciente habla más y proporciona más información.

Las médicas reciben la cuarta parte de las reclamaciones que los médicos. La diferencia puede deberse a las mayores capacidades comunicativas de las médicas, ya que dos tercios de las reclamaciones obedecen a problemas de comunicación.

En lo que se refiere a la atención médica en razón del sexo, como la comunicación entre individuos del mismo sexo es más fluida, la feminización de la profesión médica favorecería la atención de la población femenina.



Las médicas, al hacer visitas más largas, consiguen mejores controles en los diabéticos tipo 2 y mejor adherencia al tratamiento en enfermedades que consumen recursos terapéuticos complejos y costosos (sida, cáncer).

Aunque las médicas piden más exploraciones y hacen menos visitas ambulatorias y dan menos altas hospitalarias que los médicos, la calidad de su práctica no es inferior.

En lo que se refiere a la capacidad de las mujeres para trabajar en equipos multidisciplinares, éstas alientan mejor el trabajo en grupo y se interesan más por las dificultades personales, lo que evita interferencias laborales. Además, los líderes femeninos orientan sus esfuerzos a conseguir resulta-

dos del grupo, más que al propio prestigio. A pesar de estas cualidades, las mujeres médicas están infrarrepresentadas en puestos directivos: el 18,7% de las mujeres frente al 33,8% de los varones, porcentajes de liderazgo femenino muy inferiores al de otras profesiones de servicios.

Una vez más, cabe insistir en la necesaria conciliación de la vida familiar con la laboral, porque la feminización de la medicina puede implicar aspectos positivos en la asistencia, además de una reordenación de los recursos humanos y de la organización asistencial, lo que hará posible conjugar expectativas profesionales y objetivos empresariales.

(SALUD 2000. Redacción)

1. Artzabalaga, P; Bugara, M. «Feminización y ejercicio de la medicina». *Med Clin (Barc)*. 2009; 133(15): 184-6.

LA ATENCIÓN ES EFICIENTE

% DE LIDERAZGO INFERIOR

ESFUERZOS EN LOGRAR RESULTADOS DE GRUPOS MAS QUE EN EL PROPIO PRESTIGIO

REORDENACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

CONJUGAR EXPECTATIVAS PROFESIONALES Y Y OBJETIVOS EMPRESARIALES

The Three Female Medical Students Who Destroyed Gender Norms A Century Ago

Women's Medical College of Pennsylvania



October 10, 1885

Dr. Anandabai Joshee, Seranysore, India
Dr. Kei Okami, Tokio, Japan
Dr. Tabat M. Islamboolv, Damascus, Syria

The history of women in surgery

- Referencias Edad antigua Egipto, Italia y Grecia
- Edad media : prohibían a las mujeres practicar cirugía a menos que asumieran las prácticas de sus maridos después de su muerte o a menos que un jurado "competente" las juzgara adecuadas.
- Enrique VIII finales XV-X principios XVI
Enrique VIII proclamó que "ningún carpintero, o mujer debe practicar cirugía"

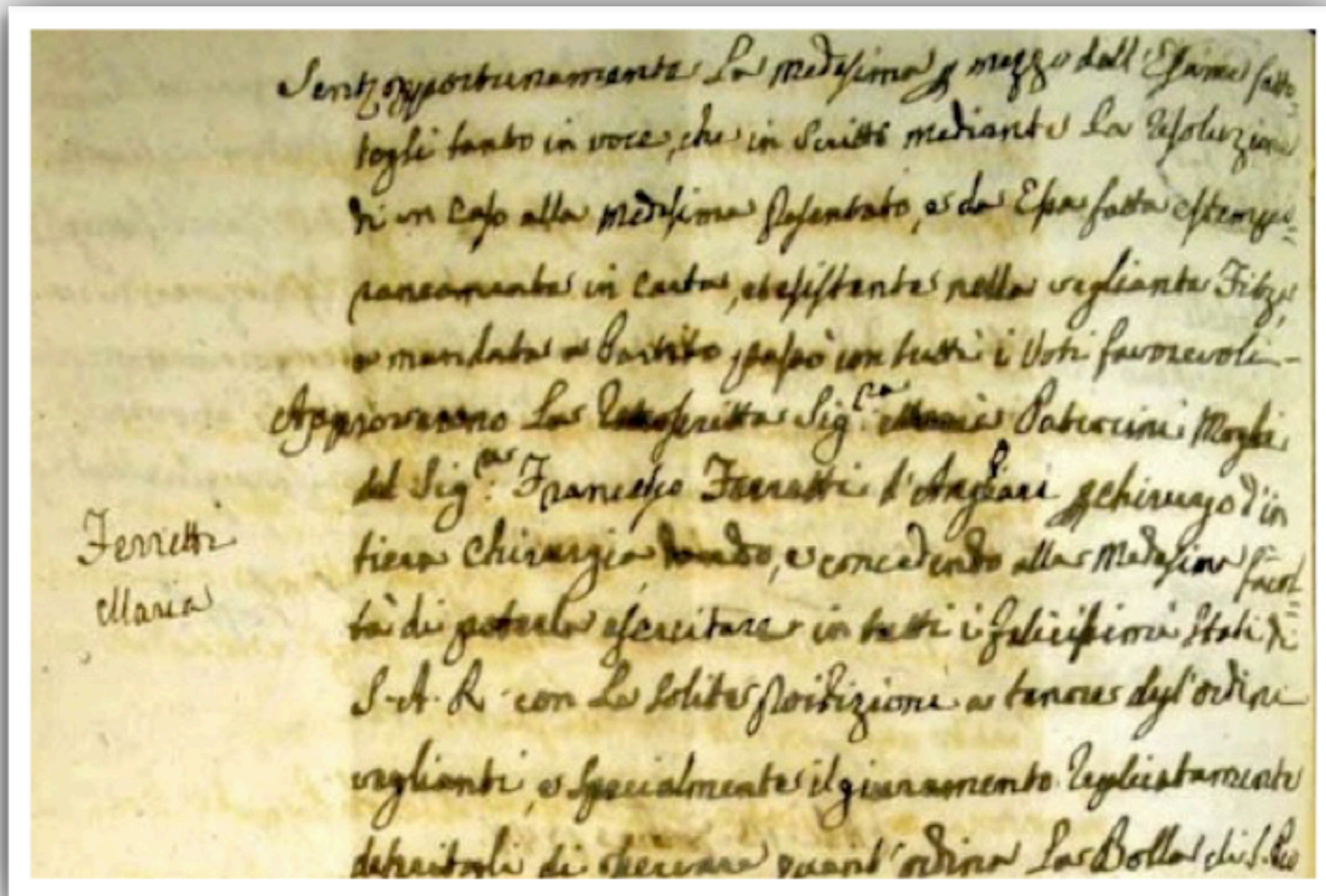
Maria Petrocini Ferretti, in Florence, Italy

Maria Petrocini Ferretti (1759-1791).

ale Surgeon

Donatella Lippi, PhD; Laura Vannucci, PhD

Arch Surg. 2011;146(11):1231-1232. doi:10.1001/archsurg.2011.276



The history of women in surgery



Dra. Jessie Gray
"Primera Dama de Cirugía" de Canadá
la primera mujer en graduarse del
programa Gallie en la Universidad de
Toronto en la década de 1940

Surgeons' Self-Esteem *A Change From Too High to Too Low?*

Krister Höckerstedt, MD, PhD



Surgeons' Self-Esteem *A Change From Too High to Too Low?*

Krister Höckerstedt, MD, PhD



Surgeons' Self-Esteem
A Change From Too High to Too Low?

Kristen Höckerstedt, MD, PhD

- EL PAPEL DEL CIRUJANO HA CAMBIADO
- TOMA DE DECISIONES ASUMIDAS POR POLITICOS, GERENTES Y COMPAÑIAS ASEGURADORAS
- SUBESPECIALIZACIÓN
- TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

The history of women in surgery

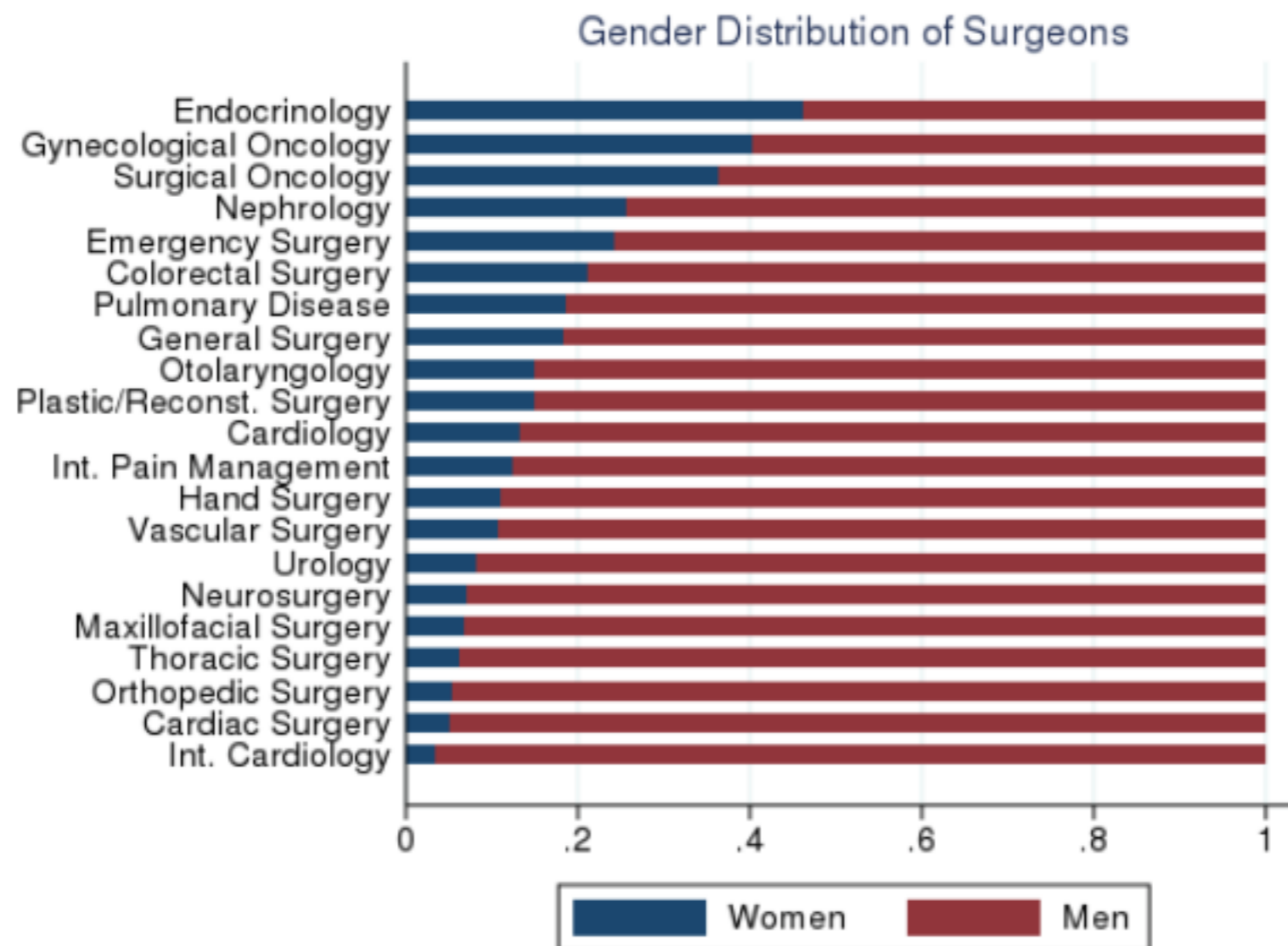
- USA ratio mujer/hombre en cirugía inferior a otras especialidades médicas
- Modelos de conducta
- Retos intelectuales y técnicos
- Estilo de vida
- Falta de organización y tutoría

CONCLUSIÓN: LA POSIBILIDAD DE CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR POSIBILITARA UN MAYOR NÚMERO DE ADMISIONES

Interpreting Signals in the Labor Market: Evidence from Medical Referrals

Heather Sarsons*

November 11, 2017



Interpreting Signals in the Labor Market: Evidence from Medical Referrals

Heather Sarsons*

November 11, 2017

El género influye en la forma en que se interpretan los resultados de una intervención quirúrgica

Los resultados quirúrgicos de los pacientes son aceptados de manera diferente dependiendo del género del cirujano que lo realiza

Aumentan sus derivaciones más a un cirujano masculino que a una cirujana después de un buen resultado para el paciente

Reducen sus derivaciones más a una cirujana que a un cirujano después de un mal resultado

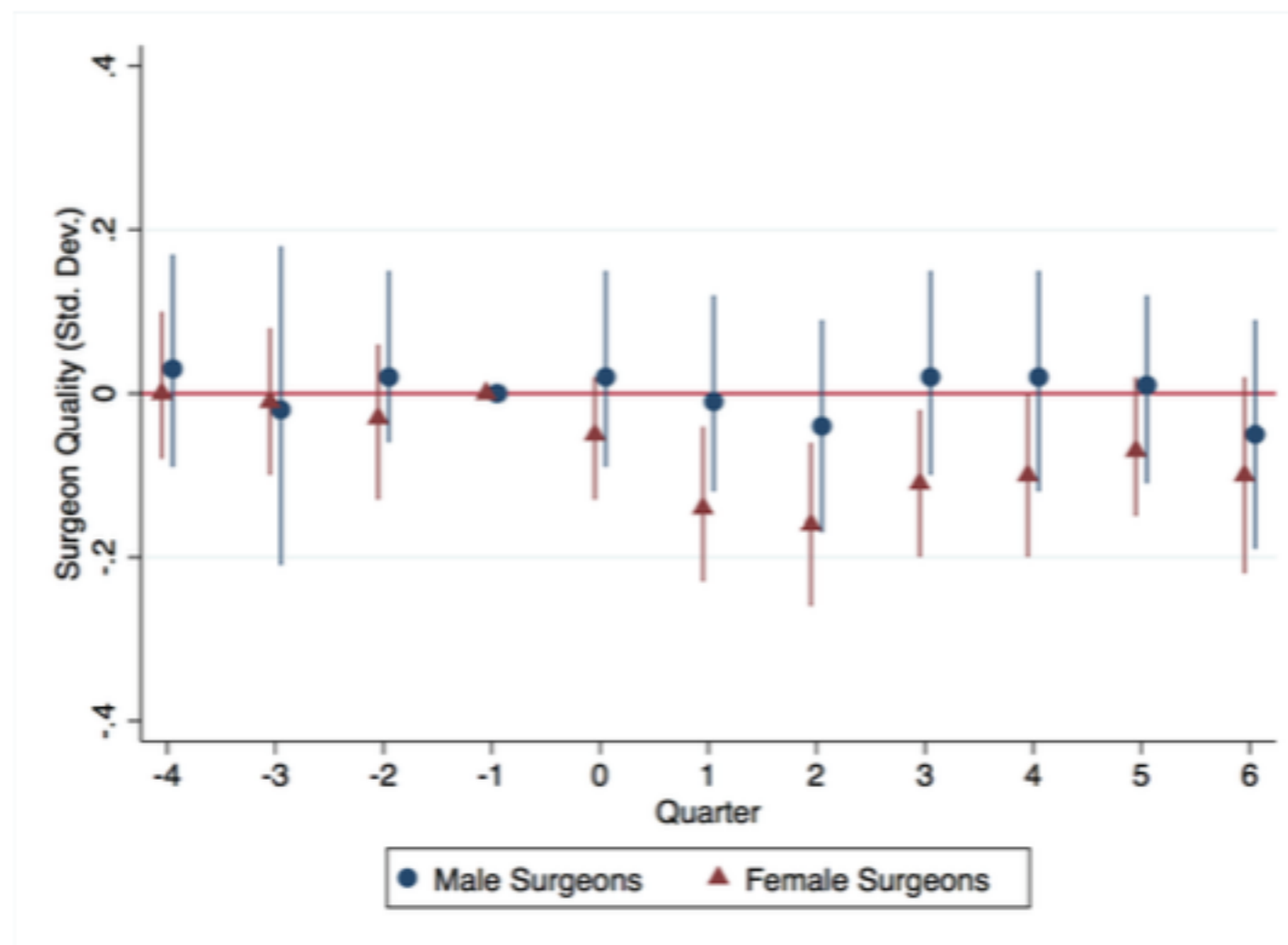
Son menos propensos a formar nuevas conexiones de derivación con mujeres después de una mala experiencia con una cirujana. Por el contrario, con un cirujano masculino no afecta el comportamiento hacia otros hombres

Interpreting Signals in the Labor Market: Evidence from Medical Referrals

Heather Sarsons*

November 11, 2017

CHANGE IN SURGEON QUALITY

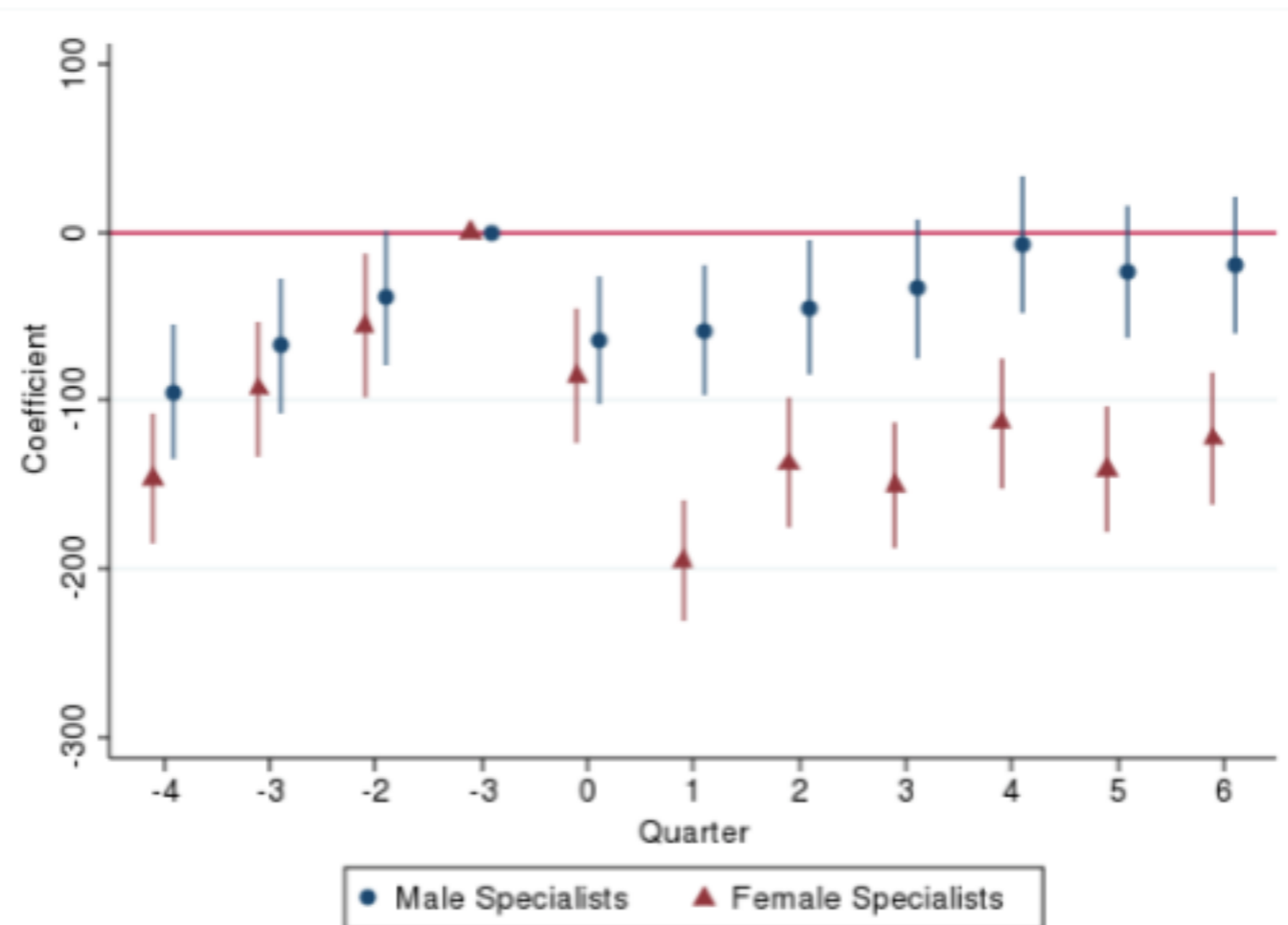


Interpreting Signals in the Labor Market: Evidence from Medical Referrals

Heather Sarsons*

November 11, 2017

MEDICARE PAYMENTS



Professional Satisfaction of Women in Surgery

Results of a National Study

Adelheid End, MD; Martina Mittlboeck, PhD; Hildegunde Piza-Katzer, MD

Hypothesis: Individual, group, and organizational factors influence the professional satisfaction of women surgeons in Austria.

Design: Survey on professional and private issues sent out by mail in 2000 and 2001.

Setting: Women surgeons working in hospitals and/or in private practices and those who were retired or on maternity leave.

Participants: All 351 Austrian women surgeons of all core surgical specialties (general, trauma, pediatric, plastic, thoracic, and cardiovascular), certified or in training, were addressed.

Main Outcome Measures: Proportional odds regression models were used to correlate professional satisfaction with objectively measurable prognostic factors such as age, surgical subspecialty, status of training, type of hospital, location of work (federal states vs the capital), status of activity (active vs on maternity leave), profession of private partner, number of children, and subjectively assessed prog-

nostic factors such as operative volume and departmental organization.

Results: The response rate was 58.7% (206/351). One hundred eighty-seven surgeons—active or on maternity leave—were included in the analysis. Higher satisfaction was reported by active surgeons in subspecialties, certified surgeons, comparatively younger and older surgeons, surgeons working in hospitals outside the capital, and surgeons with a physician as a partner. When entering subjectively assessed variables into the model, the quality of departmental organization and operative volume ($P < .001$), as well as the status of activity ($P < .001$), had the strongest effect.

Conclusions: Women surgeons' professional satisfaction highly depends on departmental organization and status of activity. Inadequate leadership, low operative volume, and being on maternity leave have a negative effect on job satisfaction. Private factors seem to be of little influence. Optimal departmental organization would help women to reconcile their professional and their private lives.

Arch Surg. 2004;139:1208-1214

Professional Satisfaction of Women in Surgery

Results of a National Study

Adelheid End, MD; Martina Mittlboeck, PhD; Hildegunde Piza-Katzer, MD

Table 2. Results of Univariate and Multiple Proportional Regression Models of Professional Satisfaction in Austrian Women Surgeons*

Covariates	Univariate Analysis		Multivariate Analysis—Model A†		Multivariate Analysis—Model B‡	
	Odds Ratio (95% CI)	P Value	Odds Ratio (95% CI)	P Value	Odds Ratio (95% CI)	P Value
Age, y		.01		.009		.25
Linear	0.7 (0.5-0.9)§		0.6 (0.4-0.8)		0.7 (0.5-1.1)	
Quadratic	1.005 (1.001-1.008)		1.006 (1.002-1.010)		1.0 (1.0-1.0)	
Surgical subspecialty		.14		.003		.053
General	1		1		1	
Trauma	1.6 (0.8-3.1)		3.0 (1.5-6.2)		2.4 (1.1-5.3)	
Pediatric/plastic	2.1 (0.1-4.3)		3.1 (1.4-6.8)		1.2 (0.5-3.1)	
Cardiothoracic/vascular	2.2 (0.7-7.0)		2.8 (0.9-9.5)		4.0 (1.0-15.7)	
Training status		.12		.008		.90
In training	1		1		1	
Certified	1.5 (0.9-2.6)		2.8 (1.3-5.9)		0.95 (0.4-2.2)	
Hospital		.75		.33		.58
Community	1		1		1	
Private/church-affiliated	1.4 (0.6-3.0)		1.9 (0.8-4.4)		1.4 (0.5-3.8)	
University	1.1 (0.5-2.1)		0.9 (0.4-1.9)		1.5 (0.6-3.7)	
Private partner		.19		.04		.69
Not a physician	0.8 (0.4-1.4)		1.1 (0.5-2.2)		1.2 (0.6-2.7)	
Physician	1.4 (0.7-2.6)		2.3 (1.1-4.9)		1.5 (0.6-3.3)	
Single	1		1		1	
No. of children		.34		.10		.16
0	1		1		1	
1	0.8 (0.4-1.4)		0.8 (0.4-1.5)		0.5 (0.2-1.0)	
≥2	0.6 (0.3-1.2)		0.4 (0.2-0.9)		0.6 (0.2-1.4)	
Working in capital of Austria (Vienna)		.25		.02		.16
No	1		1		1	
Yes	0.7 (0.4-1.2)		0.4 (0.2-0.8)		0.6 (0.3-1.1)	
No answer	0.5 (0.2-1.5)		0.5 (0.2-1.6)		0.4 (0.1-1.5)	
Status of activity		<.001		<.001		<.001
Maternity leave	1		1		1	
Active	7.2 (2.6-19.6)		7.5 (2.5-22.5)		8.9 (2.6-31.2)	
Organization of department		<.001				<.001
Very good	79.9 (28.6-223.2)				77.1 (22.7-261.7)	
Average	6.7 (3.8-19.8)				11.1 (4.3-28.7)	
Bad	1				1	
Operative volume		<.001				<.001
Excellent	19.6 (4.5-85.0)				14.3 (2.6-80.4)	
Good	2.9 (0.8-11.0)				2.8 (0.6-13.4)	
Low	0.5 (0.1-2.1)				0.5 (0.1-2.5)	
Very low	1				1	

Professional Satisfaction of Women in Surgery

Results of a National Study

Adelheid End, MD; Martina Mittlboeck, PhD; Hildegunde Piza-Katzer, MD

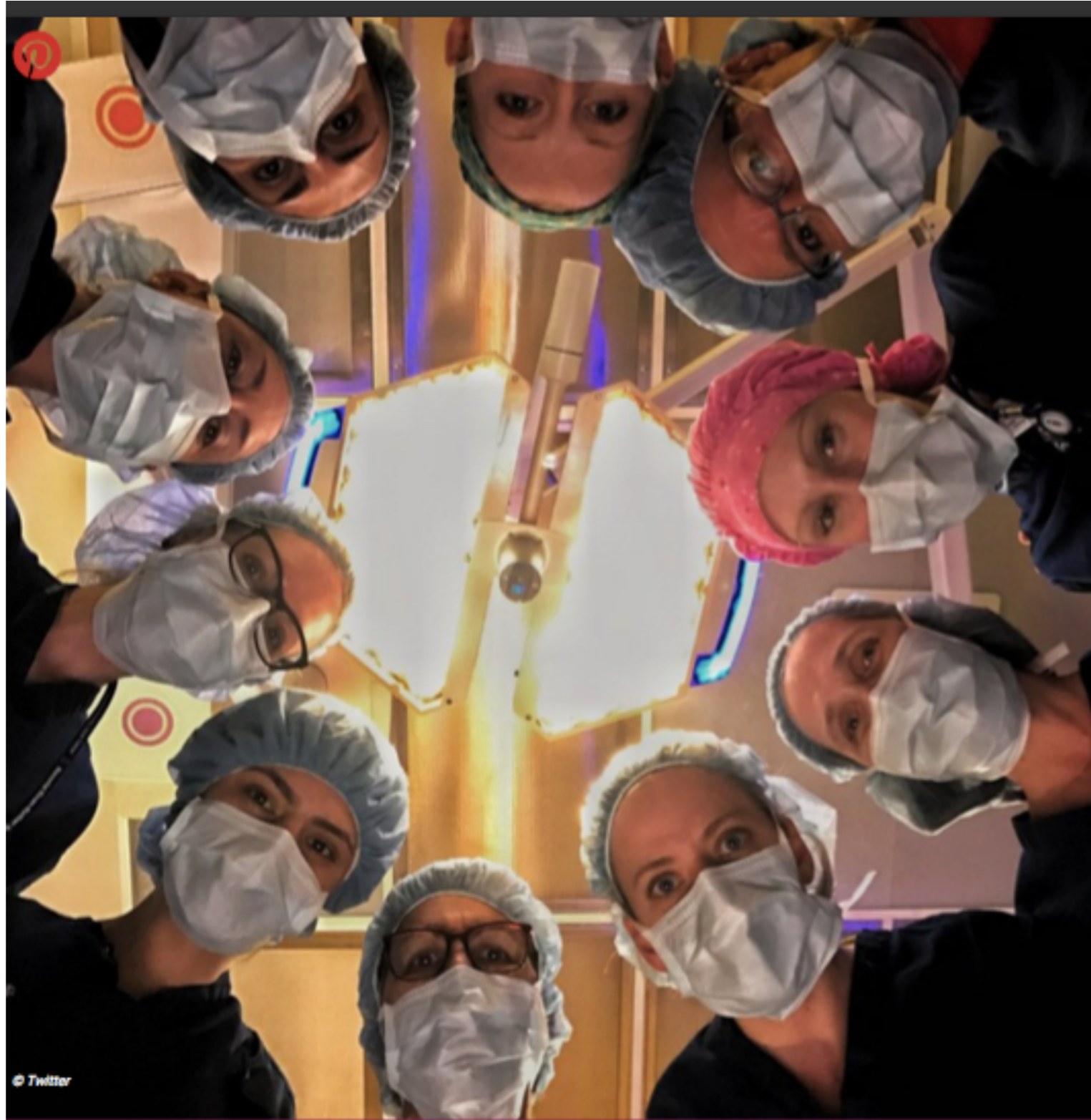
CONCLUSIONES

- EL GRADO DE SATISFACCIÓN PROFESIONAL DEPENDE DE LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO Y DE LA POSICIÓN Y ACTIVIDAD QUE REALIZA LA CIRUJANA
- EFECTO NEGATIVO: UN LIDER INADECUADO, BAJO NÚMERO DE INTERVENCIONES Y BAJA MATERNAL
- LOS FACTORES PERSONALES INFLUYEN MENOS
- **LA ORGANIZACIÓN ÓPTIMA DEL DEPARTAMENTO PERMITE UNA MEJOR CONCILIACIÓN LABORAL Y PERSONAL**

Resumen

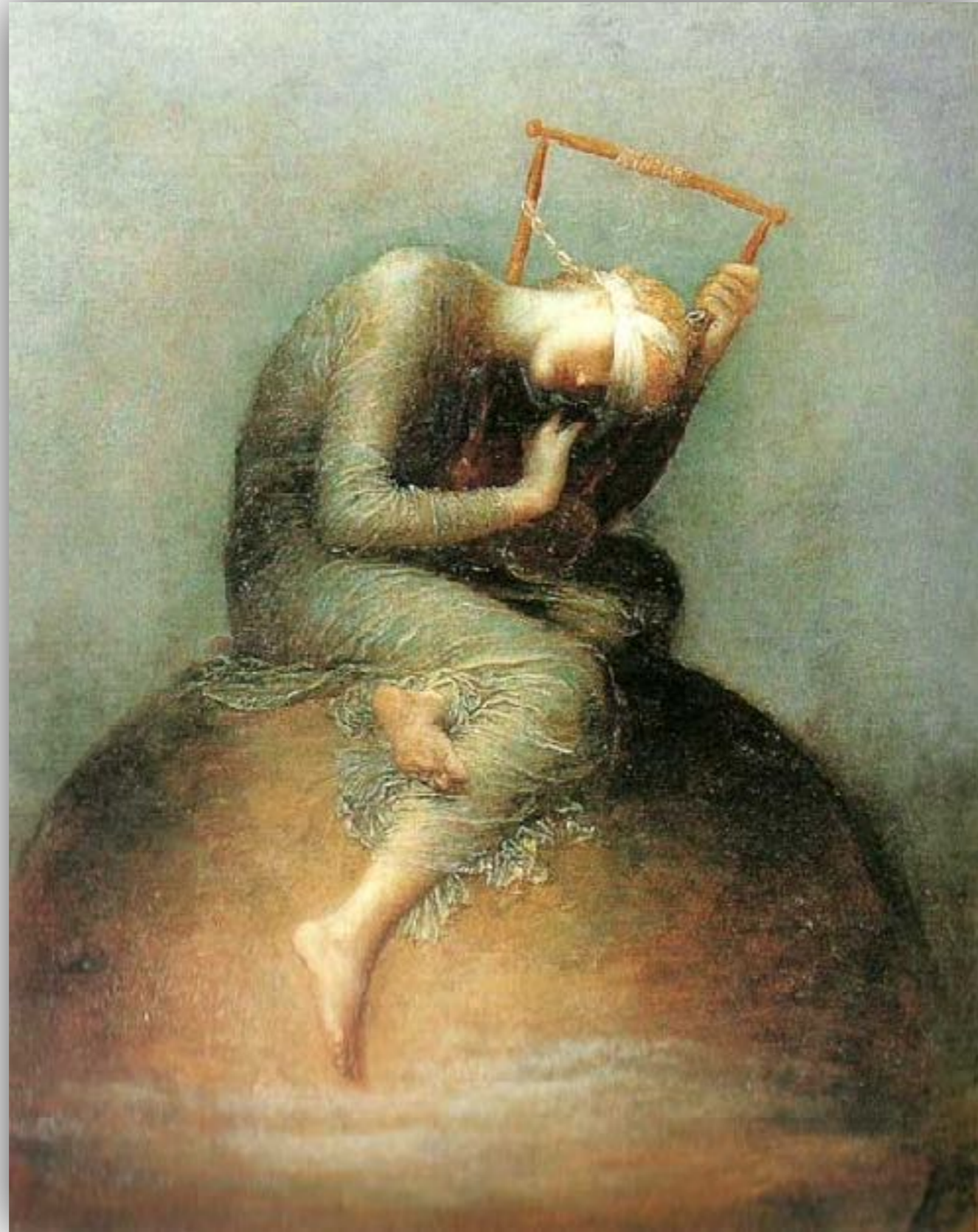
- La feminización de la medicina produce potenciales implicaciones positivas en el ejercicio profesional
- Fenómeno creciente paralelo a la asalarización de la profesión médica
- Reordenación continua del sistema sanitario, especialmente de recursos humanos
- Énfasis en la conciliación profesional y personal
- Implementación de medidas orientadas a la flexibilización y no a la disminución de trabajo

Andrés



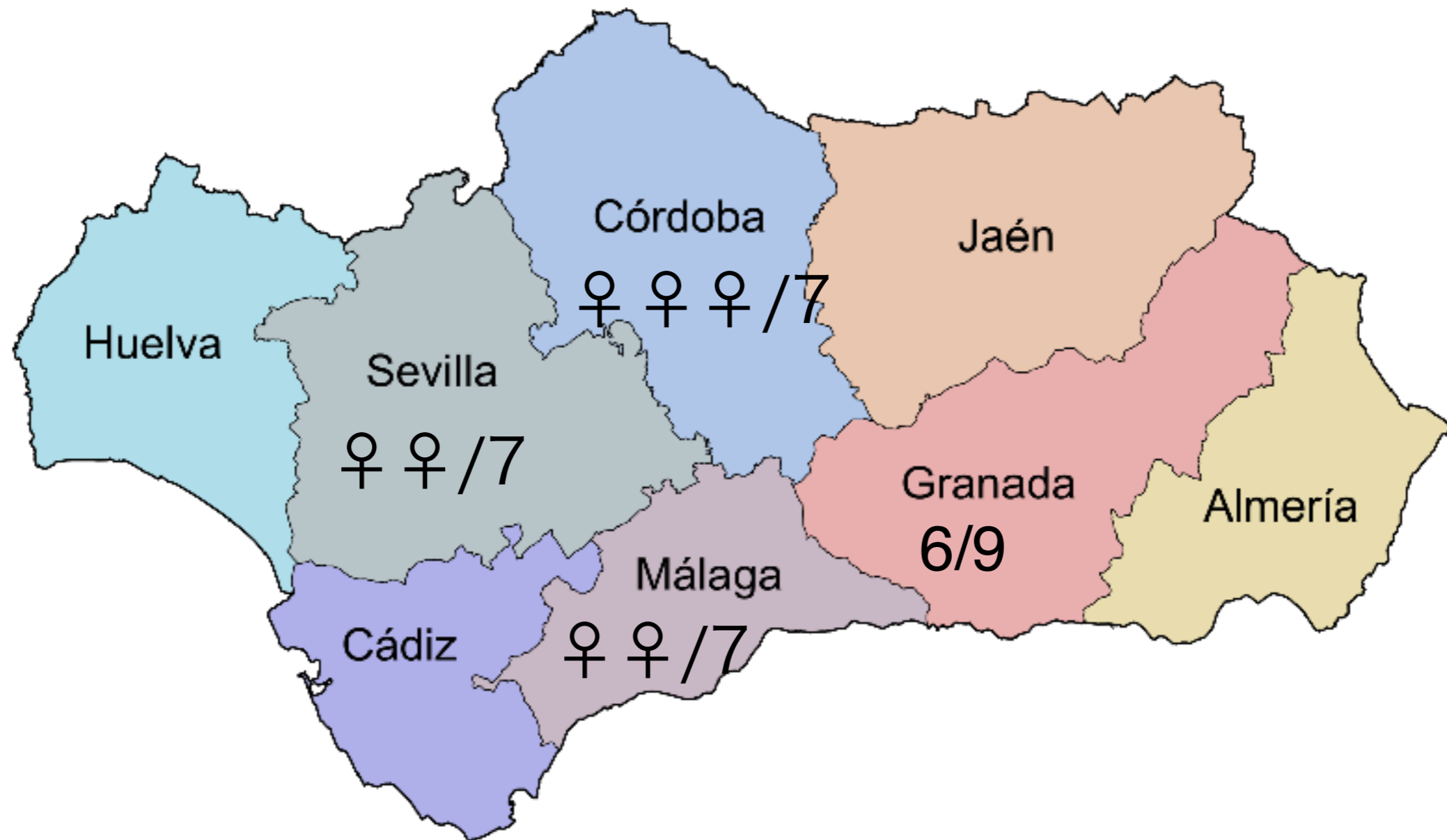
MUJER HOY

#ILookLikeASurgeon, el movimiento de mujeres cirujanas que toman el control



La esperanza, FG Watts, 1886

Cirujanas de trasplante



Trujillo

