

CAJA DE HERRAMIENTAS

**Yo soy Testigo
Proactivo contra
el acoso y
hostigamiento
sexual**



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA



**INTERSEC-
CIONALIDAD
PARA PRINCIPIANTES**

The image features a vertical arrangement of stylized hands on the left side. At the top is a purple hand, followed by a blue hand, then a purple hand, and finally a magenta hand at the bottom. The hands are depicted in a simple, graphic style with no facial features or clothing.

INTERSECCIONALIDAD PARA PRINCIPIANTES

¿Qué encontrarás en este Manual?

Un enfoque metodológico, teórico y empírico que permite comprender las identidades sociales de forma compleja, interconectada e influenciadas externamente por diversos factores sociales. Categorías como racialidad, etnia, género, clase, sexualidad y capacidad, son categorías construidas socialmente, totalmente dinámicas e interactúan entre ellas, generando identidades socialmente complejas. Las personas pueden experimentar los privilegios y la opresión simultáneamente, dependiendo del contexto social. En este Manual encontrarás el desarrollo histórico de este enfoque y sus aportaciones para la comprensión de la discriminación, las identidades y la desigualdad social. Finalmente encontrarás un estudio de caso que ilustra cómo la interseccionalidad abona en comprender las violencias que suceden en el campo de la salud.

INTERSECCIONALIDAD PARA PRINCIPIANTES

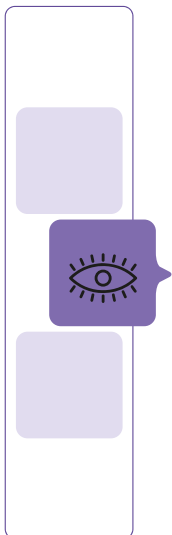
La interseccionalidad está profundamente arraigada en la historia de la teoría y práctica del feminismo negro de Estados Unidos, el feminismo indígena y el feminismo decolonial.¹ Aunque todavía no existe un consenso sobre una definición unívoca, existe un acuerdo general en el campo de las ciencias sociales sobre una serie de principios centrales que definen la naturaleza de este nuevo paradigma:

1.

Collins, P. H. (1990). Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. Boston: Unwin Hyman; hooks, bell. 1981. ain't i am woman? black women and feminism. boston: south end press; Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and feminist politics. European Journal of Women's Studies, 13(3), 193-209; Davis, Angela Yvonne. (1981). Women, race and class. New York: Random House; Davis, Kathy. (2008). Intersectionality as buzzword: a sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. Feminist Theory 9(1) 67-85.

• **Las vidas humanas no pueden reducirse a identidades sociales únicas, discretas y aisladas, como el género, la raza o la clase. Las identidades de las personas son multidimensionales, complejas y están interconectadas e influenciadas externamente por diversos factores sociales.**

• **Las categorías como raza, etnia, género, clase, sexualidad y capacidad, son socialmente construidas, totalmente dinámicas e interactúan entre ellas. Las personas pueden experimentar los privilegios y la opresión simultáneamente, dependiendo del contexto social.**



- Las relaciones de poder entre las categorías sociales están conectadas y son inseparables entre sí. Al mismo tiempo están formadas por procesos y estructuras sociales que interactúan y se condicionan mutuamente, influenciadas por el tiempo y el espacio;

- La interseccionalidad tiene como principal objetivo político la transformación social, la construcción de alianzas entre grupos sociales diversos y la búsqueda de justicia social

Fue **Kimberly Crenshaw** la que acuñó por primera vez en 1989 la palabra “**interseccionalidad**”.² Crenshaw es profesora de derecho en la Universidad de California, Los Ángeles, y su agenda como activista y académica se focaliza en los derechos civiles en los Estados Unidos, específicamente se centra en las políticas feministas y antirracistas. Sus ideas sobre la interseccionalidad surgieron a partir de una crítica al marco teórico dominante que abordaba y analizaba la raza y el género como categorías sociales aisladas y mutuamente excluyentes.

Crenshaw centró su crítica en que las políticas para combatir el racismo se habían centrado en los hombres negros; mientras que las políticas para combatir el sexismo se habían centrado en las mujeres blancas; en ambos casos, se trataba del grupo más privilegiado entre los marginados de cada categoría. Esta selectividad sobre los miembros más privilegiados de cada categoría (hombres negros y mujeres blancas) generó la invisibilidad total de las mujeres negras frente a protección legal de las políticas públicas anti sexistas y antirracistas.

Para abordar este problema, **Crenshaw analizó la manera en que el sistema judicial enmarca e interpreta la experiencia** concreta de las mujeres negras frente a la discriminación laboral. En el caso de “**Emma DeGraffenreid vs. General Motors**” de 1976 cinco trabajadoras negras en St. Louis (EE. UU.) demandaron judicialmente a la empresa General Motors. Las mujeres negras, como grupo discriminado en Estados Unidos, fueron recién contratadas a partir de 1964 cuando se sancionó la ley de Derechos Civiles que prohibió la discriminación y exigió la aplicación de acciones afirmativas para garantizar la igualdad laboral. Por esta razón, las mujeres negras fueron contratadas por General Motors mucho más tarde, en comparación con otros grupos sociales.



2.

Crenshaw, K.(1989), “Demarginalising the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine. Feminist theory and antiracist politics.” The University of Chicago Legal Forum.



Cuando la empresa en 1970 enfrentó una dura crisis económica y tuvo que tomar la decisión de reducir drásticamente el plantel de empleados, la política de despidos basada en el criterio de **“último contratado, primer despedido”** impactó a las trabajadoras negras de manera directa y desproporcionada por razones obvias y autoevidentes. Sin embargo, la demanda por discriminación contra General Motors fue rechazada por carecer de fundamento legal.

El tribunal sostuvo que no había discriminación basada en la raza, ya que muchas personas negras (hombres) seguían trabajando en la empresa. Y tampoco había discriminación basada en el sexo, ya que muchas mujeres (blancas) habían sido contratadas antes de 1964 y seguían trabajando en la empresa. De esta manera, el tribunal consideró que las mujeres negras estaban suficientemente representadas en la fuerza laboral de General Motors si las mujeres en general (blancas) trabajaban allí, o si las personas negras (hombres) continuaban trabajando en la empresa.

A través del análisis interseccional de este caso judicial, Crenshaw logró demostrar que la experiencia de una mujer negra no podía ser explicada a partir de la simple suma del sexismo experimentado por las mujeres (blancas) con el racismo experimentado por las personas negras (hombres), sino que la intersección de los ejes de raza y género producen realidades y formas de discriminación muy específicas. La experiencia concreta de las mujeres negras era mucho más compleja y amplia que el estrecho marco legal dominante de las políticas antidiscriminatorias basadas en el sexismo y el racismo como categorías excluyentes.



LA INTERSECCIONALIDAD ES COMPLEJA: DESDE LO SIMBÓLICO A LO ESTRUCTURAL



- Interseccionalidad estructural: la intersección de raza y género distribuye el poder de manera inter/intra-grupal, determinando, por ejemplo, que las mujeres negras experimentan la violencia de género y las políticas antisexistas de manera cualitativamente diferente que las mujeres blancas.

- Interseccionalidad política: a través de la acción política, tanto el movimiento feminista como el movimiento antirracista, paradójicamente excluyeron e invisibilizaron a las mujeres negras. Esto se debe a que el feminismo representaba los intereses de las mujeres blancas, mientras que el movimiento antirracista se focalizó en la violencia y las desigualdades experimentadas por los hombres negros.

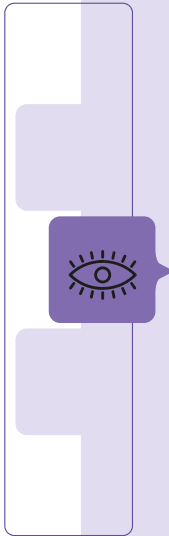
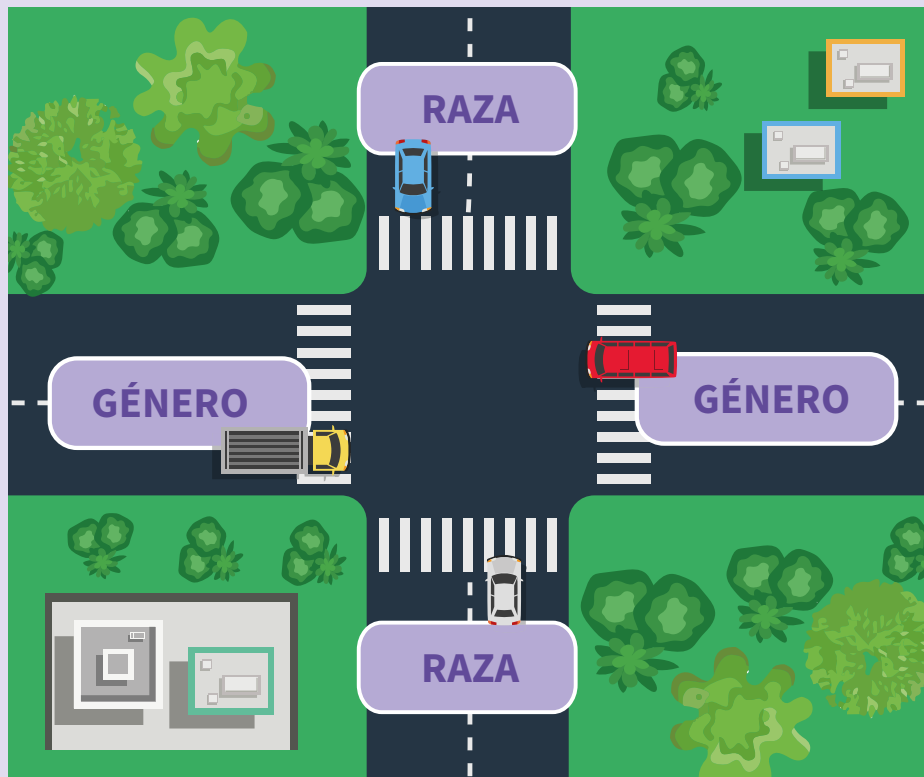
- Interseccionalidad representativa: la identidad de mujeres negras está representada culturalmente de manera negativa a través de estereotipos y narrativas que agravan su falta de poder y reproducen su estigmatización.



CUADRO
2

LA ANALOGÍA DE CRENSHAW: SIMPLE PERO EFECTIVA

Para describir la interseccionalidad Crenshaw desarrolla una explicación para principiantes a través de una simple analogía del tráfico vehicular. Imaginemos que dos carreteras simbolizan identidades, como la raza y el género, y los automóviles que avanza por esas dos carreteras son políticas públicas que afectan a esas identidades. De la misma manera, por cada carretera avanzan ambulancias para asistir a aquellas personas que pueden llegar a sufrir un accidente provocado por automóviles que transitan por alguna de las dos carreteras de la raza o del género.



CUADRO 2 | LA ANALOGÍA DE CRENSHAW: SIMPLE PERO EFECTIVA

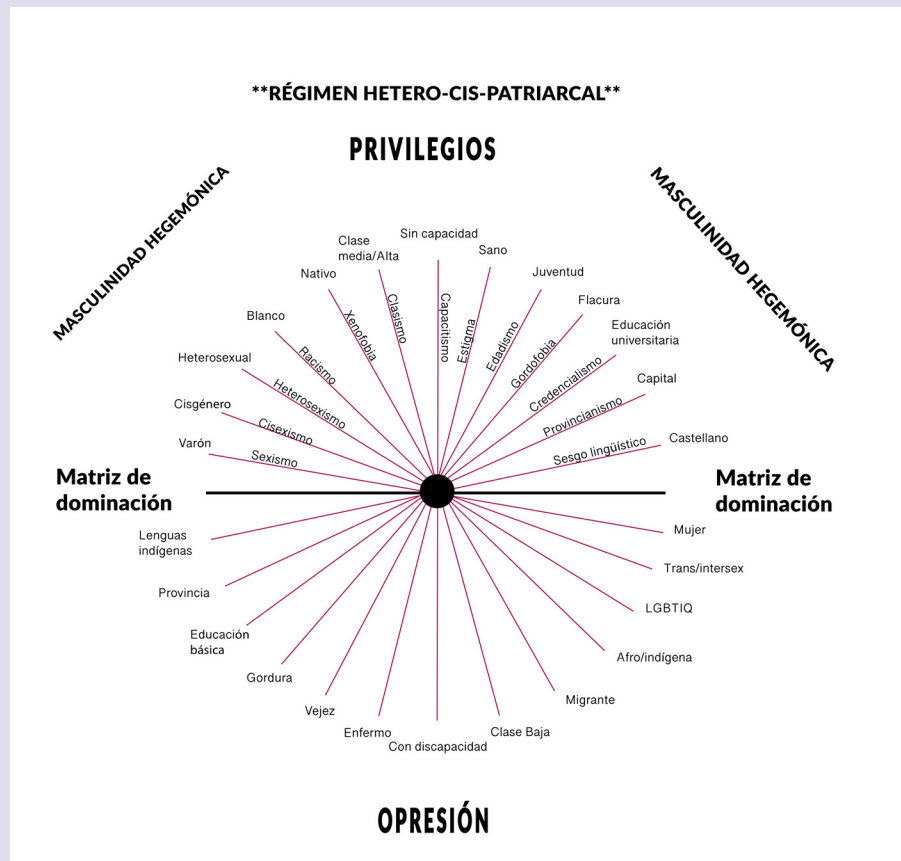
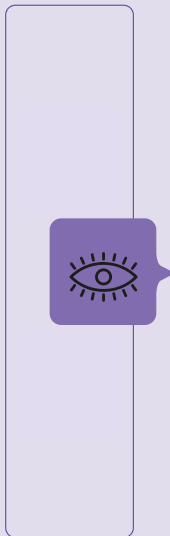
Pero qué pasaría, se pregunta Crenshaw, si una persona parada justo en la intersección de las dos carreteras fuera atropellada simultáneamente por el tráfico que avanza por ambas carreteras. Entonces, siguiendo hasta las últimas consecuencias la analogía de Crenshaw, si una mujer negra fuera atropellada en el cruce de las dos carreteras, donde la raza y el género se intersecan, resultaría casi imposible saber si fue atropellada por un automóvil de la raza o del género, ya que fue golpeada simultáneamente por automóviles que avanzaban por la carretera de la raza y del género.

De la misma manera, cuando las ambulancias asignadas a cada carretera llegan para ofrecerle asistencia y le preguntara a la víctima si recuerda con exactitud en qué carretera estaba parada cuando fue atropellada, la víctima diría que estaba parada simultáneamente en las dos, porque ella es mujer y es negra. El resultado final sería lamentable e injusto: ninguna ambulancia la asistiría porque las dos ambulancias tienen facultades estrictas y limitadas para asistir a una sola y única identidad de manera excluyente: la raza o el género.

El mensaje de Crenshaw es muy claro y explícito: para no invisibilizar ni borrar la experiencia de ningún grupo social necesitamos entender e interpretar la realidad de manera interseccional. Siguiendo con la misma analogía, si alguien es atropellado por un automóvil, no es en su lado homosexual, o negro, o migrante, o cisgénero, o femenino, o discapacidad, donde sufrirá el accidente, porque los seres humanos no pueden dividirse ni fraccionarse, literal o metafóricamente, en base a sus diferentes identidades.

LA MATRIZ DE PRIVILEGIO Y OPRESIÓN

Esta matriz fue elaborada por la investigadora feminista Kathryn Morgan en 1996, inspirada por las ideas combinadas de la activista negra y teórica feminista **Patricia Hill Collins** y el trabajo de **Kimberly Crenshaw**, quien conceptualizó los diferentes ejes de opresión como interrelacionados en una matriz en cuyo marco las personas tienen posiciones de poder diferentes y cambiantes. La arquitectura matricial enfatiza la interacción e interdependencia de las categorías sociales, y la posibilidad de que las personas puedan encontrarse simultáneamente en diferentes posiciones de opresor y oprimido. También permite incorporar en el análisis de las intersecciones, la influencia de las instituciones y estructuras sociales que reproducen los privilegios y la opresión a través del racismo, la homofobia y el sexismo, entre otras formas de discriminación y violencia institucional.



Fuente: adaptado de Morgan, K.P. Describing the Emperor's New Clothes: Three Myths of Education (In)Equality. In *The Gender Question in Education, Theory, Pedagogy & Politics*; Diller, A., Ed.; Westview: Boulder, CO, USA, 1996.



HISTORIA DE CASO: LAS PARTERAS y LOS MÉDICOS

Si bien México logró disminuir su razón de mortalidad materna (RMM) en un 57,8%¹ entre 1990 y 2015, el país no cumplió con el compromiso de reducir la RMM en tres cuartas partes como se había acordado en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Más aún, el promedio nacional de 38,9 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos esconde enormes disparidades e inequidades a lo interno del país. Por ejemplo, en 2012 el riesgo de morir por una causa relacionada al embarazo, el parto o el puerperio era cinco veces mayor para las mujeres en los 100 municipios más pobres del país; y tres veces mayor para las mujeres indígenas. La gran mayoría de estas muertes se podrían evitar si todas las mujeres recibieran una atención calificada antes de la concepción y durante el embarazo, el parto y el puerperio. Esta estrategia también prevendría muchas de las muertes neonatales e infantiles.

En este sentido, la partería es una intervención segura, de bajo costo y basada en evidencia científica. Responde a las necesidades de las mujeres y los bebés, respeta las identidades culturales y defiende la dignidad y el respeto. La partería tiene la capacidad de apoyar y promover el acceso de las mujeres a la atención de la salud reproductiva, garantizar el control sobre sus opciones reproductivas y reducir la mortalidad materna.

La partería tiene una larga tradición en México.

Existe diverso material bibliográfico que documenta cómo incluso desde hace más de dos siglos las y los médicos y parteras profesionales compartían aulas. “A principios del siglo XX, y gracias al impulso del gobierno, la enfermería y la partería adquirieron mayor protagonismo y representaron una nueva forma de atención de la salud. Esta formación se extendió a varios estados de la República, y la partería vivió un periodo de auge que duró hasta cerca de la década de 1940”³.

3.

Freyermuth Enciso Graciela (2017) (Coord). Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C., Centro de Investigaciones y Asistencia en Salud, AC, Observatorio de Mortalidad Materna.



Sin embargo, actualmente, la existencia de un alto nivel de desinformación y la circulación informal de un conjunto de mitos y prejuicios contra la partería profesional impiden su efectiva incorporación al sistema de salud. En este sentido, crear una nueva narrativa sobre la integración de parteras profesionales en equipos multidisciplinarios dentro del sistema de salud y difundir mediante diferentes mensajes, voces y canales, ayudaría a crear una nueva percepción sobre las parteras profesionales, con el objetivo final de promover un cambio de paradigma en la forma como son atendidas las mujeres en México, desde la planificación familiar hasta el periodo posparto.

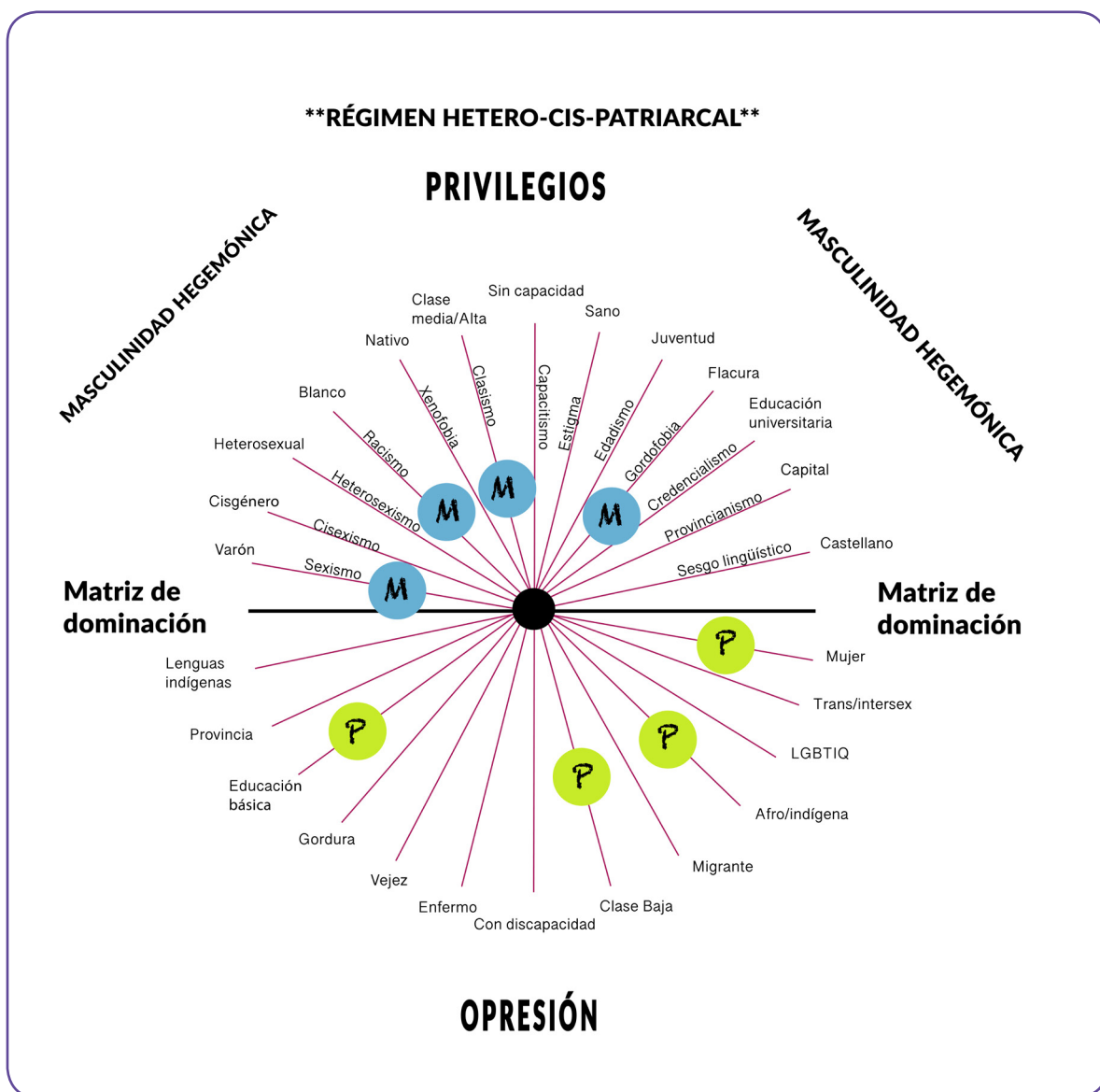
Así, Metropolitan Group⁴ elaboró desde un enfoque interseccional la **Guía de mensajes para comunicar con más efectividad los beneficios de la partería profesional** con el objetivo de crear una nueva narrativa sobre la integración de parteras profesionales en equipos multidisciplinarios dentro del sistema de salud con el objetivo final de propiciar un cambio de paradigma en la forma como son atendidas las mujeres en México, desde la planificación familiar hasta el periodo posparto. La Guía abordó el tema como un problema y un fenómeno interseccional, tomando en cuenta las voces y las experiencias de todas las partes interesadas, pero particularmente de las parteras, desde sus experiencias interseccionales, por ser en la mayoría de los casos mujeres, indígenas, sin estudio universitario y de bajos ingresos.

4.

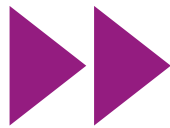
<https://www.metgroupmexico.com>

La aplicación de la matriz interseccional al caso de las parteras ayuda a descubrir que la principal barrera de ingreso al sistema de salud de las parteras no es técnica, científica ni económica, sino ideológica: basada en patrones históricos de prejuicios y estereotipos sexistas, racistas y clasistas. De acuerdo a la visualización de la matriz (Fig.1), las parteras se ubican interseccionalmente en el cuadrante de la opresión, mientras las y los médicos profesionales, por el contrario, se ubican cómodamente en el cuadrante de los privilegios.

Fig.1



Frente a este marco interseccional, negar las diferencias de género, raza, clase y credenciales, hubiera puesto en un grave riesgo el éxito de la estrategia de comunicación de la guía. De la misma manera, negar las relaciones de poder ocultas e invisibles que normalmente se establecen y operan entre las y los médicos profesionales y las parteras hubiera implicado un error estratégico grave. Porque promover la creación de una nueva narrativa para integrar a las parteras al sistema de salud sin tomar en cuenta las profundas diferencias interseccionales entre las partes interesadas, habría terminado por reproducir los prejuicios y estigmas contra las parteras profesionales y reforzar, al mismo tiempo, los privilegios de las y los médicos profesionales.

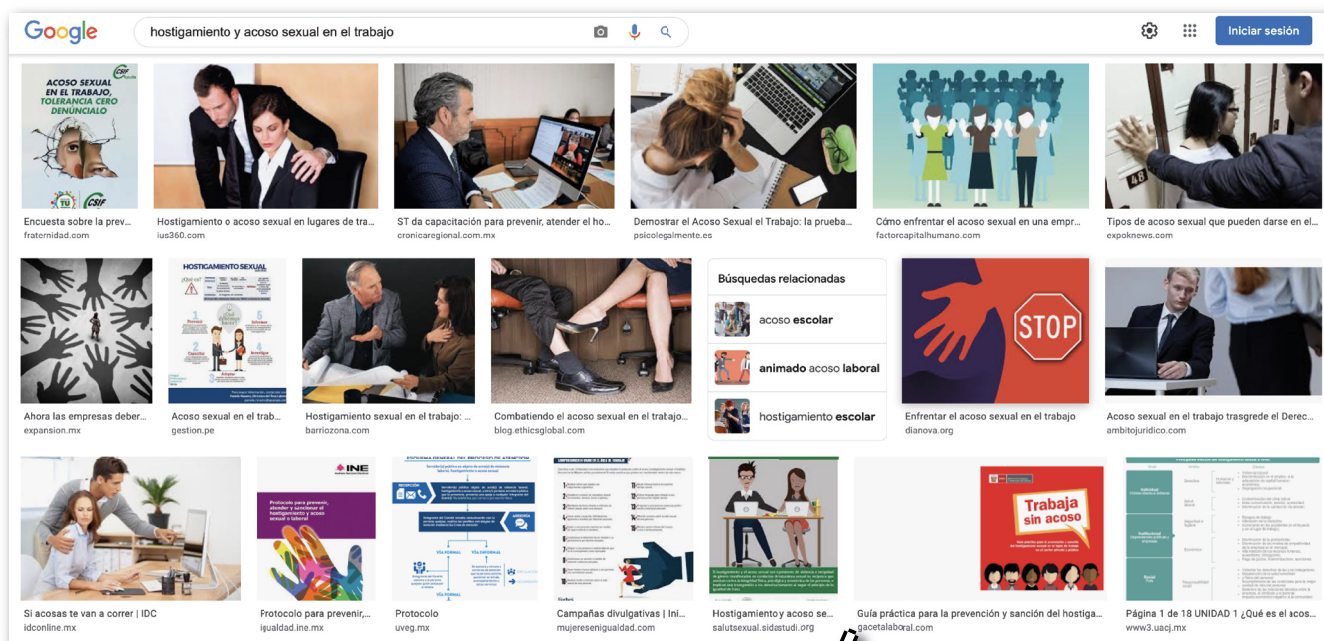


CONCLUSIÓN:

La teoría y la práctica feminista de la interseccionalidad es una herramienta clave para la reforma cultural antipatriarcal de los espacios de trabajo porque permite cuestionar el modelo binario del acoso y el hostigamiento sexual.

Durante los últimos 30 años se instaló en el campo de las políticas contra el acoso sexual una narrativa dominante basada en las conductas de hombres cisgénero, heterosexuales, blancos y profesionales que acosan sexualmente a mujeres cisgénero, heterosexuales, blancas y profesionales en el espacio de trabajo. Cuando se busca las palabras “acoso sexual en el trabajo” en el buscador de GOOGLE se confirma y refuerza esta narrativa binaria, sesgada y excluyente.

Esta narrativa hegemónica ayudó a invisibilizar las experiencias más comunes y cotidianas del acoso sexual basadas en la intersección de la clase, raza, la etnia, la orientación sexual y el género, naturalizando una cultura laboral de impunidad y privilegios patriarcales.



El enfoque interseccional permite reconocer y visibilizar la experiencia de aquellos grupos que están expuestos a mayores riesgos de acoso sexual en el lugar de trabajo: las mujeres jóvenes, lesbianas, bisexuales, transgénero, no binaries, migrantes, con diversidad funcional e indígenas; mientras que aquellos hombres que cuestionen y no se adapten a las exigencias de la masculinidad hegemónica (heterosexual, cisgénero, blanca y profesional) también podrán ser víctimas de acoso sexual.

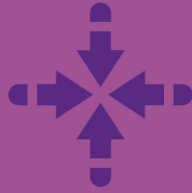
5. Organización Internacional del Trabajo (OIT) “Acabar con la violencia y el acoso contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo” Conferencia Internacional del Trabajo 107a reunión, 2018. Organización Internacional del Trabajo (OIT) “Convenio 190 sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo” 2019. OIT “Recomendación 206 sobre la violencia y el acoso” 2019.

Desde esta perspectiva, el acoso sexual no sería una forma de expresar el deseo sexual sino una forma de control social de las normas de género tradicionales en el espacio de trabajo.⁵ Así, en la práctica, la discriminación interseccional aumenta la probabilidad, la frecuencia y la gravedad del acoso y el hostigamiento sexual y laboral contra aquellos grupos que no se adaptan a las normas de género patriarcales y, consecuentemente, también aumenta la obligación de los sistemas de salud de reforzar la protección de estos grupos.

Finalmente, el reciente informe *“Acoso sexual contra las mujeres: clima, cultura y consecuencias publicado por las Academias de Medicina, Ciencias e Ingeniería de Estados Unidos”* visibilizó e identificó a las mujeres indígenas y afrodescendientes, LGBTIQ+, personas con discapacidad y personas migrantes como poblaciones en riesgo porque están simultáneamente en desventaja por sus posiciones subordinadas entrecruzadas de raza, etnia y sexualidad; capacidad física y mental; y estatus migratorio, muchas veces enfrentando sistemas múltiples de opresión, dominación o discriminación. Para pensar estrategias más efectivas para prevenir el acoso sexual en el sector de la salud y para poder reforzar la protección de estas poblaciones el informe recomienda utilizar el enfoque interseccional.⁶ ●

6.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine “Sexual Harassment of Women: Climate, Culture, and Consequences in Academic Sciences, Engineering, and Medicine” Washington, DC: The National Academies Press (2018).



CAJA DE HERRAMIENTAS

**Yo soy Testigo
Proactivo contra
el acoso y
hostigamiento
sexual**



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

**PROPUESTA DE POLÍTICA
PÚBLICA PARA PREVENIR
EL ACOSO Y EL HOSTIGA-
MIENTO SEXUAL EN EL
SISTEMA DE SALUD**

Resumen de política



PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA PARA PREVENIR EL ACOSO Y EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL EN EL SISTEMA DE SALUD

¿Qué encontrarás en este Manual?

Una propuesta de política pública enmarcada en el nuevo Convenio 190 de la OIT, y que replica el enfoque inclusivo e integrado y adapta las mejores prácticas internacionales para promover servicios de salud seguros y libres de Acoso y Hostigamiento Sexual. En términos descriptivos, el marco de la política pública articula e implementa holísticamente seis estrategias:

- 1- Liderazgo
2. Enfoque preventivo
- 3- Enfoque interseccional
- 4- Testigo proactivo
- 5- Rendición de cuentas
- 6- Largo plazo

PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA PARA PREVENIR EL ACOSO Y EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL EN EL SISTEMA DE SALUD

Síntesis

Tres factores institucionales hacen que una organización sea propensa al acoso y al hostigamiento sexual: **1) una estructura jerárquica rígida; 2) un entorno laboral dominado por la masculinidad; 3) un clima laboral que tolera las transgresiones, especialmente cuando las cometen quienes ejercen poder.** La educación y la práctica médica combinan perfectamente estos tres factores. El problema no es coyuntural ni aleatorio, sino estructural y sistémico. Para enfrentar y resolver este problema el nuevo Convenio 190 de la Organización Internacional del Trabajo recomienda implementar un enfoque inclusivo e integrado, capaz de prevenir los factores de riesgo y de reforzar la protección de los grupos históricamente discriminados que trabajan en el sistema de salud o son usuarios del mismo.

Mtro. Chris Gruenberg ¹

Acoso sexual en el sistema de salud: un problema global y estructural

El acoso y el hostigamiento sexual (AHS) es un fenómeno social arraigado en culturas patriarcales, estructuras de poder jerárquicas y la desigualdad de género, y se ha producido en todas las industrias y sectores laborales, incluido el sector de la salud.² El reciente informe publicado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) *Acabar con la violencia y el acoso contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo*, afirma que “*en comparación con el personal de otros sectores, las personas que trabajan en el sector de la salud reportan ser víctimas de uno de los niveles más altos de violencia y acoso sexual*”.³ En el mismo sentido, el informe de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos

1.

Christian Gruenberg, consultor especialista en derechos humanos, abogado por la Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires; Master en Administración Pública, Escuela de Gobierno J.F. Kennedy, Universidad de Harvard.

2.

Von Gruenigen, V. E., & Karlan, B. Y. (2018), Sexual harassment in the work place: Its impact on gynecologic oncology and women's health. *Gynecologic Oncology*, 149(2).

3.

Organización Internacional del Trabajo (2018), *Acabar con la violencia y el acoso contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo*. OIT, Ginebra.

4.

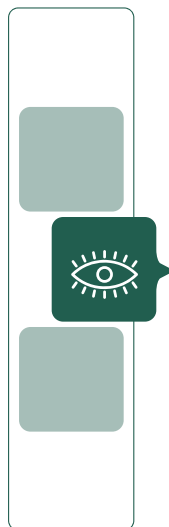
National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2018), Sexual Harassment of Women: Climate, Culture, and Consequences in Academic Sciences, Engineering, and Medicine. Washington, DC: The National Academies Press.

5.

Fnaish N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, Straus SE, Mamdani M, Al-Omran M, Tricco AC. (2014), Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. Acad Med. 2014 May;89(5):817-27. Fried, J. M., Vermillion, M., Parker, N. H., & Uijt-dehaage, S. (2012), Eradicating medical student mistreatment: a longitudinal study of one institution's efforts. Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 87(9), 1191-1198. Best CL, Smith DW, Raymond JR, Sr, Greenberg RS, Crouch RK. (2010), Preventing and responding to complaints of sexual harassment in an academic health center: A 10-year review from the Medical University of South Carolina. Acad Med. 2010;85:721-727.

6.

Equal Employment Opportunity Commission (2016), Select task force on the study of harassment in the workplace. Washington DC. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2018), Sexual harassment of women: Climate, culture, and consequences in academic sciences, engineering, and medicine. Washington, DC: National Academies Press. U.S.



sostiene que “las y los estudiantes de medicina tienen un 220% más de probabilidades que los estudiantes de disciplinas no científicas, y otras disciplinas académicas de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas de haber enfrentado acoso sexual por parte del profesorado o el personal”.⁴ Finalmente, existe un campo de investigación que aplica metodologías de revisión sistemática, metanálisis y estudios longitudinales para evaluar la prevalencia y el comportamiento del AHS en el tiempo, confirmando que a pesar de la alta prevalencia, el AHS no se ha reducido en los últimos 20 años.⁵ De acuerdo a esta nueva evidencia empírica, la causa principal del acoso y hostigamiento sexual (AHS) en el sector de la salud no es coyuntural ni aleatoria, sino estructural y sistémica. Las tres principales características del diseño organizacional de los sistemas de salud: **1) una estructura jerárquica rígida e inflexible, 2) un entorno laboral históricamente dominado por la masculinidad y 3) un clima laboral que tolera las transgresiones**, especialmente cuando las cometen quienes ejercen poder, serían los tres principales factores de riesgo que tienden a incrementar y naturalizar el AHS en los sistemas de salud.⁶



El problema en México: prevalencia e impunidad

En México, el campo de la sociología médica reconoce la existencia de una práctica médica autoritaria y abusiva como una forma de disciplinamiento de género y que constituye una “agenda o currículum oculto”. La definición de currículum oculto implica un conjunto de “procesos, presiones y restricciones que caen fuera del currículum formal, y que con frecuencia están desarticulados y quedan inexplorados”.⁷ Un atributo central de este currículum oculto es la centralidad de las relaciones jerárquicas de poder y las relaciones de género implicadas.⁸

7.

Castro, R. y Erviti, J. (2015), Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Cuernavaca: CRIM.

8.

Castro, R y López, A. (2010), Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina, Montevideo, Udelar. Castro, R. y Erviti, J. (2003) Violation of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico. Health and Human Rights, vol. 7, núm1.

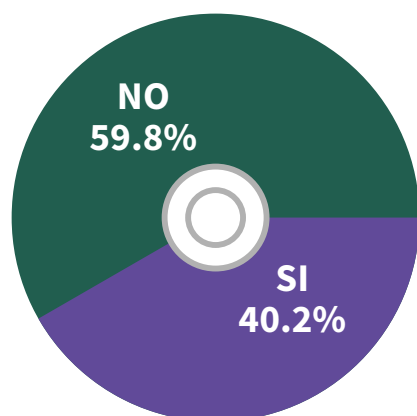
9.

<https://nosotrxs.org/resultados-de-la-encuesta-nacional-de-medicos-en-formacion-2021/>

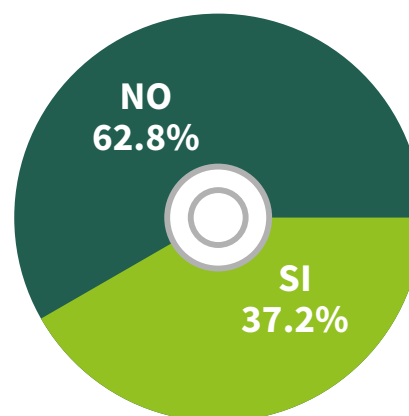
En el mismo sentido, la última Encuesta nacional de médicos en formación 2021⁹ elaborada por la Asociación Mexicana de Médicos en Formación (AMMEF) confirma la prevalencia y la gravedad del problema del AHS en México. De acuerdo a estos datos, existe una alta prevalencia de acoso sexual durante la formación médica (40.2%) y una baja confianza en las instituciones para resolver el problema del AHS. Esta combinación de alta prevalencia y baja confianza institucional genera las condiciones institucionales determinantes para reproducir el AHS y naturalizar la revictimización y la impunidad.



Acoso sexual durante formación



Confianza en universidad o campo clínico para resolver problema de acoso



La respuesta: una política pública inclusiva e integrada

A partir de la reciente aprobación del Convenio 190 de la OIT se considera que el AHS son incompatibles con la promoción del trabajo digno y afectan negativamente a la organización del trabajo, las relaciones en el lugar de trabajo y el compromiso de las y los trabajadores.¹⁰ El Convenio 190 de la OIT reconoce que para acabar con la violencia y el acoso sexual en el trabajo es indispensable la adopción de un enfoque “inclusivo e integrado” que tenga en cuenta las consideraciones de género y aborde las causas subyacentes y los factores de riesgo, entre ellos los estereotipos de género, las formas interseccionales de discriminación y el abuso de las relaciones de poder por razón de género.¹¹

10.

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2019) Convenio 190 sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo.

11.

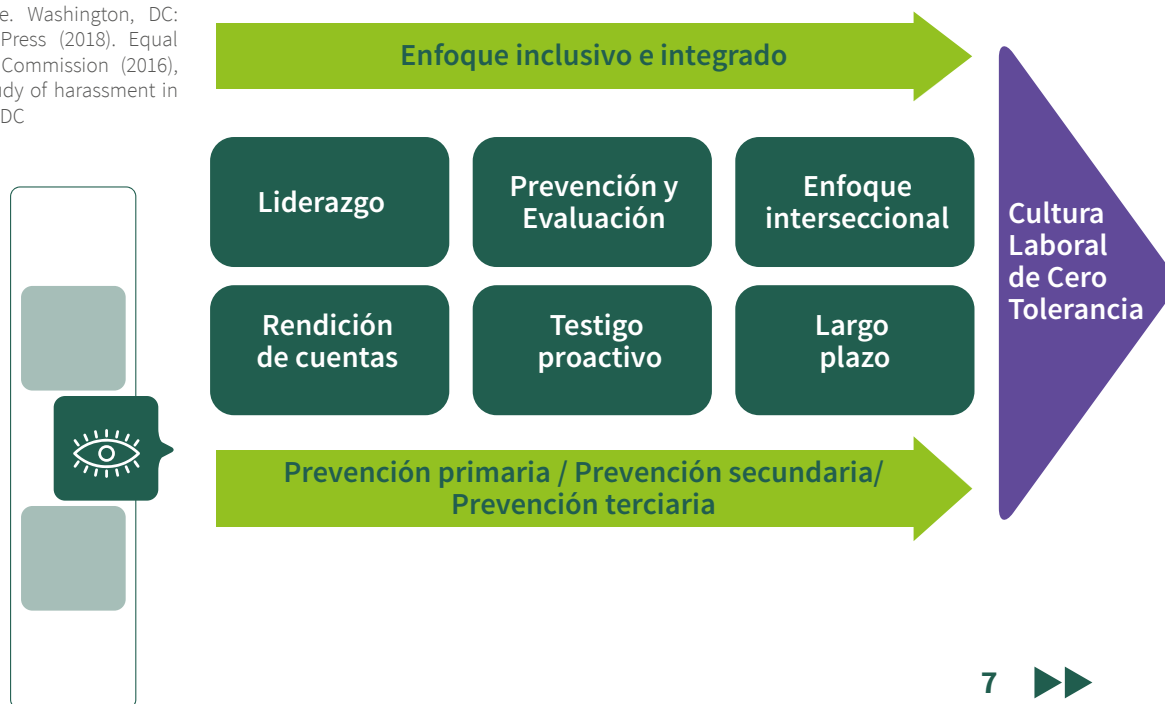
Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2019) Convenio 190 sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo” 2019. OIT “Recomendación 206 sobre la violencia y el acoso.

12.

Organización Internacional del Trabajo (2018), Acabar con la violencia y el acoso contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo. OIT, Ginebra. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2018) Sexual Harassment of Women: Climate, Culture, and Consequences in Academic Sciences, Engineering, and Medicine. Washington, DC: The National Academies Press (2018). Equal Employment Opportunity Commission (2016), Select task force on the study of harassment in the workplace. Washington DC

Esta propuesta de política pública se enmarca en el nuevo Convenio 190 de la OIT, replica el enfoque inclusivo e integrado y adapta las mejores prácticas internacionales para promover servicios de salud seguros y libres de AHS.¹²

En términos descriptivos, el marco de la política pública articula e implementa holísticamente seis estrategias:



1. Liderazgo

La política promueve el compromiso de los niveles más altos de liderazgo para que apoyen el proceso de cambio y reconoce que las políticas que no cuentan con este apoyo desde el liderazgo tienden a fracasar. Los líderes institucionales de los niveles más altos de la dirección pública deben dar a conocer públicamente que el objetivo de reducir y prevenir el AHS es una de sus prioridades institucionales más importantes, y deben involucrar a todos los equipos en el esfuerzo para lograr un cambio cultural.¹³

2. Enfoque preventivo

La política aplica el enfoque preventivo de salud pública para dar una respuesta proactiva al AHS en el sector de la salud con énfasis en la eliminación de las causas y una evaluación a largo plazo de cada intervención. Las medidas preventivas para mejorar el entorno de trabajo, la organización del trabajo y las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo han demostrado ser especialmente eficaces. Es importante que se introduzcan inmediatamente medidas preventivas cuando se identifiquen riesgos de AHS en el lugar de trabajo sin esperar a que el AHS se manifieste en el sector de la salud.¹⁴

La política busca identificar y evaluar los factores de riesgos que aumentan las probabilidades del AHS prestando especial atención a los riesgos psicosociales que:

- a) se deriven de las condiciones y modalidades de trabajo, la organización del trabajo y de la gestión de los recursos humanos;
- b) se deriven de la discriminación interseccional, el abuso de las relaciones de poder y las normas de género que fomentan el AHS.¹⁵

3. Enfoque interseccional

La política promueve la adopción de un enfoque interseccional para visibilizar y reconocer la experiencia de las y los trabajadores pertenecientes a uno o a varios grupos históricamente discriminados que están afectados de manera desproporcionada por el

13.

United Nations, (2018), UN System Model Policy on Sexual Harassment. International Labour Organization (ILO), United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women) (2019) Handbook: Addressing violence and harassment against women in the world of work. NY ILO, ONU Women.

14.

International Labour Office/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services International (2002), Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva, International Labour Office.

15.

Organización Internacional del Trabajo (2019), Convenio 190 sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo.



AHS. En la práctica, esto significa que la discriminación interseccional aumenta la probabilidad, la frecuencia y la gravedad del AHS contra aquellos grupos que no se adaptan a las normas de género patriarcales y, en consecuencia, aumenta la obligación del sistema de salud de reforzar la protección de estos grupos.¹⁶

4. Testigo proactivo

La política aplica el nuevo enfoque del testigo proactivo. Ante el fracaso de los programas tradicionales de capacitación contra el acoso sexual, existe hoy un nuevo consenso a favor del modelo de intervención del testigo proactivo.

Mientras que los programas tradicionales se enfocaban en cambiar la conducta individual del presunto agresor y la víctima, el modelo del testigo proactivo se enfoca en evitar la revictimización y promover la participación colectiva, identificando y reforzando aquellos factores institucionales, que incentivan y estimulan la participación, transformando a los testigos pasivos en testigos proactivos contra el acoso sexual y aliados de la víctima.¹⁷

5. Rendición de cuentas

La política aplica un enfoque de derechos humanos para reforzar los procedimientos de rendición de cuentas en la investigación y sanción del AHS a través del estándar de debida diligencia¹⁸ y los estándares de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad para prevenir la revictimización y la repetición de las conductas de AHS.¹⁹

6. Largo plazo

La política se implementa aplicando una secuencia de corto, mediano y largo plazo para generar un cambio sostenible y estructural, con el objetivo final de crear una cultura laboral basada en el compromiso colectivo de cero tolerancia a las conductas de AHS.²⁰

16.

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2018), Acabar con la violencia y el acoso contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo. Conferencia Internacional del Trabajo 107a reunión. Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2019) Convenio 190 sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo. OIT (2019), Recomendación 206 sobre la violencia y el acoso

17.

UN Women (2018), Towards an end to sexual harassment: the urgency and nature of change in the era of #metoo, NY. International Labour Organization (ILO), United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women) (2010), Handbook: Addressing violence and harassment against women in the world of work” NY ILO, ONU Women.

18.

Ver artículo 7 de la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem do Para”.

19.

UN Committee on economic, social and cultural rights. General Comment 13 (The right to education). 8 Dec.1999, par. 6 y General Comment 14, par. 12.

20.

UN Women (2018), Towards an end to sexual harassment: the urgency and nature of change in the era of #metoo, NY. International Labour Organization (ILO), United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women) (2010), Handbook: Addressing violence and harassment against women in the world of work” NY ILO, ONU Women.14, par. 12.