



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Saletti-Cuesta, Lorena; Delgado, Ana; Ortiz-Gómez, Teresa
Género y trayectorias profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a
comienzos del siglo XXI
Salud Colectiva, vol. 10, núm. 3, diciembre, 2014, pp. 313-323
Universidad Nacional de Lanús
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73138581003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Género y trayectorias profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a comienzos del siglo XXI

Gender and career paths of female primary care physicians in Andalusia, Spain, at the beginning of 21st century

Saletti-Cuesta, Lorena¹; **Delgado**, Ana²; **Ortiz-Gómez**, Teresa³

¹Psicóloga. Doctora en Salud, Antropología e Historia. Investigadora, Instituto de Estudios de las Mujeres y de Género, Universidad de Granada, Granada, España. lorenasaletti@gmail.com

²Médica. Doctora en Medicina. Profesora, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España. ana.delgado.easp@juntadeandalucia.es

³Médica. Doctora en Medicina y Cirugía. Catedrática de Historia de la Ciencia, Departamento Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia, Instituto de Estudios de las Mujeres y de Género, Universidad de Granada, Granada, España. tortiz@ugr.es

RESUMEN El objetivo de este trabajo es estudiar, desde una perspectiva feminista, la diversidad y homogeneidad en las trayectorias profesionales de las médicas de familia que ejercían en Andalucía a comienzos del siglo XXI, a través del análisis de los significados que ellas mismas confieren a su desarrollo profesional y de la influencia de los factores personales, familiares y laborales. Realizamos un estudio cualitativo con seis grupos de discusión. Participaron 32 médicas de familia que se encontraban trabajando en los centros de salud urbanos de la red sanitaria pública de Andalucía. El análisis del discurso revela que la mayoría de las médicas no planifican sus metas profesionales y que, cuando lo hacen, las van entrelazando con las necesidades familiares. Esto se traduce en que sus trayectorias profesionales sean discontinuas. Por el contrario, las trayectorias orientadas al desarrollo profesional y a la planificación consciente de metas son más frecuentes entre las médicas que ocupan cargos de dirección en centros de salud.

PALABRAS CLAVES Género; Atención Primaria de Salud; Médicos; Logro; España.

ABSTRACT The purpose of this article was to study, from a feminist perspective, the diversity and homogeneity in the career paths of female primary care physicians from Andalusia, Spain in the early 21st century, by analyzing the meanings they give to their careers and the influence of personal, family and professional factors. We conducted a qualitative study with six discussion groups. Thirty-two female primary care physicians working in urban health centers of the public health system of Andalusia participated in the study. The discourse analysis revealed that most of the female physicians did not plan for professional goals and, when they did plan for them, the goals were intertwined with family needs. Consequently, their career paths were discontinuous. In contrast, career paths oriented towards professional development and the conscious planning of goals were more common among the female doctors acting as directors of health care centers.

KEY WORDS Gender; Primary Health Care; Physicians; Achievement; Spain.

INTRODUCCIÓN

Hace ahora un siglo, las primeras médicas españolas, egresadas de las facultades de medicina desde finales del siglo XIX, ejercían su profesión en Barcelona, Madrid, Valencia y algunas otras ciudades de la mitad norte de España. Dedicadas a las especialidades de oftalmología, pediatría o ginecología, o trabajando como generalistas, abrieron las puertas de una profesión por donde entraron muchas más mujeres a lo largo del siglo XX (1,2). El número y la proporción de médicas experimentó un incremento espectacular a partir de la década de 1970, coincidiendo con el aumento general de estudiantes y titulados universitarios y con la atractiva oferta de puestos de trabajo en el sistema sanitario público español. En Andalucía (sur de España), las primeras médicas no debutaron en la profesión hasta mediada la década de 1920 y, aunque su crecimiento numérico siguió una pauta similar a la general del país, las tasas de feminización andaluzas se mantuvieron durante todo el siglo por debajo de las del conjunto de España.

La escasez de mujeres en la medicina española de comienzos del siglo XX estuvo unida a su gran visibilidad social y, hasta finales de los años sesenta, no es difícil encontrar en la prensa local entrevistas y noticias sobre su experiencia, actividad y progresos. La opinión y vivencias sobre su desempeño profesional, sin embargo, no son fáciles de conocer en este tipo de fuentes, donde el discurso de lo correcto en el marco político y social de su época y el énfasis en los apoyos recibidos de sus maestros, compañeros y pacientes, ayudaba a encubrir las dificultades y cualquier posible queja o reivindicación profesional. Tampoco ninguna de las dos asociaciones de mujeres médicas que existieron en el país entre los años 1928-1936 y 1962-1975 dejaron testimonio de las dificultades o limitaciones de la trayectoria profesional de sus socias, limitándose a elaborar una crónica somera de algunas de sus actividades e intereses (3). Mediante el recurso a las fuentes orales, entrevistas individuales y grupos de discusión, y utilizando una perspectiva de género, hemos podido recuperar el testimonio de algunas médicas de dos generaciones que ejercieron en España en la segunda mitad del siglo XX y estudiar los aspectos comunes y dispares de su vida

profesional, así como las formas en las que construyeron y siguen construyendo sus identidades profesionales (3-5). También mediante fuentes orales, métodos cualitativos y enfoques feministas hemos querido acercarnos a las médicas del siglo XXI, en un contexto profesional y social bien distinto. Para empezar, la medicina se ha convertido en Europa, y en muchos otros países del mundo, en una profesión donde trabajan casi tantas mujeres como hombres. Las médicas han desarrollado estilos de prácticas diferentes a los dominantes en sus ámbitos de trabajo, se han asentado más en las especialidades médicas que en las quirúrgicas y, cuando existe la posibilidad, tienden a trabajar en regímenes más cortos de jornada (6-8). El aumento numérico y el estilo de práctica de las médicas, en general, más orientado a la relación con los pacientes que el de los médicos (9,10), no han sido suficientes, sin embargo, para que puedan desarrollar su carrera profesional en condiciones de igualdad (11-17). Todo ello induce a pensar que el sistema patriarcal está afectando a las médicas doblemente: en el nivel de la cultura androcéntrica de la organización sanitaria y en el de la organización de su vida social y familiar.

La especialidad de medicina de familia, que se caracteriza por la atención integral y continuada a una población dada (18 p.6), se encuentra entre las más feminizadas tanto en España como en otros países. El hecho de que sea una especialidad orientada a las personas y a la comunidad y que, en algunos lugares, permita cierta flexibilidad en la organización del trabajo, puede explicar la preferencia de las médicas por esta especialidad (6,19). En España, la tasa de feminización de esta especialidad es del 49% (20 p.29) y, en Andalucía, del 45% (21).

La mayoría de profesionales de la medicina que trabajan en España lo hacen en el sistema sanitario público, el cual, desde mediados de los años noventa, está sufriendo importantes cambios en su forma de gestión entre los que cabe destacar la adopción de un modelo de organización empresarial en el que prima la eficiencia frente a la equidad y que ha restado importancia a la atención integral en la que se basó la reforma de 1986 de la Atención Primaria y la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria unos años antes (22). La reestructuración de los servicios sanitarios ha incluido recientemente la

creación de un modelo de carrera profesional basado en un sistema de promoción meritocrático (23) que defiende el carácter individual del mérito y considera el éxito laboral como un resultado exclusivo del saber hacer y del trabajo personal. Esta ideología de la movilidad social no tiene en cuenta la influencia de las variables estructurales y sociales y contribuye con ello, entre otras cosas, a reforzar las desigualdades de género en las trayectorias profesionales (24,25).

El concepto de trayectoria profesional define las distintas experiencias que vive una persona después de finalizar su formación o al insertarse en una actividad profesional. Su estudio permite analizar los vínculos entre la formación y los recorridos laborales, entre las actividades profesionales y las características del mercado laboral y de la organización, y también conocer los factores personales y sociales que influyen en la adscripción de las personas en los diferentes modelos de itinerarios profesionales (26).

Diversos estudios han desvelado la importancia clave que tienen en las trayectorias profesionales de las mujeres las nociones del “buen profesional” y de la “buena madre” (26-29). La noción del “buen profesional” se basa en la entrega y la disponibilidad absoluta a la profesión por parte de quien la practica, se asocia a los conceptos de vocación, motivación y ambición y postula un modelo de éxito basado en una gran dedicación al trabajo y una alta competitividad. Suele ser utilizada como criterio de clasificación en ámbitos laborales y no laborales (27). El modelo contrapuesto es el de la “buena madre”, que se construye como eje principal de la identidad femenina y actúa como un ideal común a las mujeres que las obliga a la maternidad y a amar y cuidar de sus criaturas de manera incondicional, unívoca y permanente (30). Los roles y mandatos asociados a ambos modelos resultan incompatibles entre sí, y contribuyen a las desigualdades de género en cualquier ámbito laboral pues, mientras ofrecen considerables ventajas a los hombres, constituyen un obstáculo importante para las mujeres, que sufren la opresión de los mandatos de cuidado y se ven obligadas a elegir entre dos opciones que se presentan como socialmente irreconciliables (28,31).

El conflicto familia-trabajo y la mayor carga total de trabajo que tienen la mayoría de mujeres, también las médicas (32), contribuyen a

que sus trayectorias profesionales sigan con más frecuencia itinerarios sinuosos y discontinuos, que se inician con una prolongada etapa inicial de tanteo e indefinición profesional (28). Suelen ser trayectorias menos planificadas y más solitarias, con escaso apoyo de mentores y de redes informales de poder (33-35) lo que dificulta sin duda la posibilidad de conseguir éxito profesional (34,36,37). Por el contrario, el modelo masculino de trayectoria profesional es más lineal y responde a cierta planificación estratégica, goza de mayor apoyo de mentores y redes y rara vez se ve influido negativamente por la paternidad (28,33,38). En este sentido, Monique Valcour y Jamie Ladge (29) recomiendan, especialmente para el estudio de las trayectorias de las mujeres, la utilización de nuevas definiciones de carrera profesional que, en contraste con las definiciones androcéntricas dominantes, destaquen la importancia de los valores y decisiones personales, la autodirección y la dimensión subjetiva del éxito.

En toda trayectoria profesional se conjugan los efectos desiguales de las variables estructurales, sociales y organizacionales junto con las propias elecciones y estrategias (33). El sistema de género juega un papel fundamental en la diferente atribución de contenidos y valores que otorgan mujeres y hombres a sus carreras y metas profesionales, sin olvidar que las diferencias entre las mujeres son, a su vez, la norma (39). Por ello, es necesario tener presente el diferente contexto social e histórico en el que se inicia y desarrolla la carrera profesional de las médicas de familia que han participado en nuestra investigación. Mientras que las médicas de mediana edad tienen encauzadas sus carreras, que iniciaron en momentos más favorables para el sistema sanitario público, las más jóvenes las iniciaron en un momento de gran crisis económica y de profunda transformación de la organización sanitaria. La precariedad, la incertidumbre y la flexibilización del sistema contractual son las principales características de su proceso de inserción y desarrollo profesional, lo que unido a los mandatos de género las aleja aún más, si no las excluye, del modelo del “buen profesional”.

En este trabajo nos proponemos estudiar, desde una perspectiva feminista y de género, la diversidad y homogeneidad en las trayectorias profesionales de las médicas de familia que ejercían en Andalucía a comienzos del siglo XXI, a través

del análisis de los significados que ellas mismas confieren a su desarrollo profesional y al papel que han jugado los factores personales, familiares y laborales en ese desarrollo.

METODOLOGÍA

Hemos llevado a cabo un estudio cualitativo basado en la técnica de los grupos de discusión. La población fueron médicas de familia que se encontraban trabajando en los centros de salud de cinco ciudades de la red sanitaria pública de Andalucía –Servicio Andaluz de Salud (SAS)– entre los meses de octubre de 2009 y noviembre de 2010. A partir del listado de profesionales del SAS y del apoyo de informantes claves, seleccionamos una muestra segmentada por sexo, edad (menores o mayores de 40 años) y ocupación o no de la dirección del centro de salud. Realizamos seis grupos de médicas (dos de menores de 40 años, dos de mayores de 40, y dos de directoras de centros de salud) en los que participaron en total 32 médicas de familia. Los grupos se realizaron en centros de salud y en la Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada) en presencia de una coordinadora y una observadora. Tuvieron una duración media de 90 minutos y sus integrantes dieron su consentimiento para la grabación y posterior transcripción de la sesión. Con objeto de conocer la heterogeneidad intragrupal, pedimos a las participantes la cumplimentación de una ficha de datos personales y profesionales: edad, formación o no de posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria, ser o haber sido tutoras de residentes de la misma especialidad y situación familiar.

El guión de la entrevista grupal fue elaborado a partir de bibliografía específica y de investigaciones previas del equipo, y fue sometido a una prueba de jueces. Tras la transcripción de los grupos, utilizamos el programa NVivo 8 para el análisis de contenido, que realizamos en tres fases consecutivas: 1) codificación, consistente en la lectura de las transcripciones con objeto de descomponer el texto en unidades de registro y codificar los párrafos en categorías predefinidas, según los objetivos del estudio, y emergentes; 2) triangulación, con el objeto de consensuar las categorías de análisis según los objetivos planteados

y redefinir las categorías definitivas; y 3) análisis pragmático, consistente en la síntesis y agrupación de los datos obtenidos y la interrelación de las categorías con los perfiles de los grupos. Posteriormente, mediante el análisis crítico del discurso (40,41), que considera el discurso como una práctica social generada en relación dialéctica con el contexto social e histórico, analizamos los efectos del sistema de género sobre las trayectorias de las médicas, sus discursos acerca de su experiencia profesional y sus estrategias de cambio y resistencia.

TRAYECTORIAS MAYORITARIAS: EL CUIDADO Y LA SATISFACCIÓN PERSONAL COMO PRIORIDADES

Los itinerarios profesionales de la mayoría de las médicas de nuestro estudio, especialmente de las médicas de mediana edad y las jóvenes, han sido poco planificados y han contado con poco apoyo de su entorno laboral. Solo entre las directoras de centros de salud encontramos trayectorias claramente centradas en la carrera profesional, aunque no en la totalidad de los casos. Las médicas de todos los perfiles manifiestan haber renunciado en algún momento de sus vidas al modelo de “buena profesional” para dedicarse a tareas de cuidado, sobre todo en los momentos de mayor demanda de la crianza infantil o de atención a sus progenitores. Varias médicas con hijos e hijas coinciden en la prioridad que otorgan a las necesidades de su ámbito familiar: *“siempre he tenido muy claro que primero era mi familia y después ya trabajaría yo, y no me arrepiento, no lo hubiera hecho nunca al revés”* (Grupo 4 Mayores). Al mismo tiempo, la renuncia a una mayor dedicación a la vida profesional es vivida como un déficit laboral: *“un tiempo [en] que yo ciertas cosas no he podido hacer, pues me he retirado”* (Grupo 3 Mayores) o como explica una médica joven, madre de dos hijos pequeños: *“me he quedado un poco atrás, pero porque no podemos abarcar todo porque no hay tiempo y eso y tienes que priorizar”* (Grupo 2 Jóvenes). La preponderancia de las tareas de cuidado sobre el desarrollo profesional es común a otras médicas españolas (4), andaluzas (5), catalanas (16) o estadounidenses

(42), y a otras profesionales (31), como profesoras universitarias (33,43), científicas e ingenieras (44). Las profesionales siguen, por otra parte, la misma pauta que el conjunto de mujeres empleadas en España, que abandonan su empleo con una frecuencia 22 veces superior a la de los varones, para dedicarse expresamente al cuidado de personas dependientes (45 p.45).

Se ha señalado que las mujeres no siguen los modos tradicionales y masculinos de hacer carrera y que su desarrollo profesional es cíclico y autodirigido. Un modelo en el que los valores, la agencia, las decisiones personales y la dimensión subjetiva del éxito tienen gran trascendencia (29,46).

En España, hasta muy recientemente, no han existido directrices ni consenso general sobre el diseño de la carrera profesional médica y, de hecho, hasta la implementación del programa de acreditación de competencias profesionales en 2007, no existía el concepto de carrera profesional, al contrario de lo que sucede en otros ámbitos profesionales, como el académico. Quizá sea esta una de las razones por las que las médicas de familia andaluzas, especialmente las de más edad, coinciden en la ausencia de planificación de su carrera a lo largo de su vida profesional:

...yo no me he propuesto cosas que yo quisiera, a lo mejor yo sí que conozco gente en mi entorno que se lo propone ¿no? pero yo he ido haciendo cosas conforme me han ido surgiendo oportunidades o conforme me han ido surgiendo problemas [...] que he intentado resolver de una manera o de otra [...] yo creo que el equipo y la gente con la que trabajas y con la que te rodeas influye mucho en la evolución de tu carrera. (Grupo 3 Mayores)

O, en palabras de una directora: “Yo no voy planteándome grandes cosas nunca, jamás en la vida. Hace un año y pico si a mí me dicen ¿tú vas a coger la dirección? ¿yo?, no” (Grupo 6 Directoras). A pesar de todo, la falta de planificación estratégica de las metas no implica que sus trayectorias hayan sido casuales, especialmente cuando han sido ventajosas para ellas, como en el caso de mujeres en puestos de liderazgo (47).

El contexto actual de precariedad laboral tiene grandes efectos sobre las trayectorias profesionales de las médicas jóvenes. Por una parte, les

resulta imposible reunir suficientes méritos para ascender en su carrera profesional y, por otra, el hecho de que muchas de ellas se vean obligadas a trabajar enhebrando contratos por periodos breves de tiempo, contribuye a su mayor dedicación a las tareas reproductivas y de cuidado. En este contexto profesional, las médicas jóvenes son conscientes de los múltiples obstáculos a los que se enfrentan y prestan gran importancia a su satisfacción personal, intrínseca, a mantener la coherencia entre su profesión y sus valores personales y a procurar mantener un continuo aprendizaje. Este se ve amenazado, precisamente, por los obligados periodos de inactividad laboral en los que siente que “en vez de evolucionar, involucionas” (Grupo 1 Jóvenes) profesionalmente, todo lo contrario a lo que perciben cuando están en activo, pues se aprende “mucho, de otras cosas distintas, diferentes” (Grupo 1 Jóvenes). Estos periodos cíclicos de satisfacción-insatisfacción vinculados a la forma de contratación las lleva a priorizar su satisfacción personal, buscar “pequeños logros” personales y poner en valor el esfuerzo personal que llevan a cabo para intentar cambiar su situación y poder desarrollarse profesionalmente:

...hay muchas cosas que no dependen de ti, yo creo que todo lo que depende de nosotros lo hemos hecho [...] en la medida que podemos lo hemos hecho ¿no? Te has esforzado por cambiar las cosas que estaban a tu alcance. (Grupo 2 Jóvenes)

Desde su posición subalterna, las médicas jóvenes mantienen una postura realista y crítica hacia el modelo de aspiraciones masculino centrado en el logro de grandes objetivos y, de este modo, pueden adaptar sus expectativas de futuro a metas más cercanas y realizables, y conseguir un mayor equilibrio personal (48).

Al definir sus metas profesionales, las médicas de todas las edades hacen converger sus objetivos laborales con su satisfacción interna. En los relatos de los grupos son frecuentes las menciones a metas personales, genéricas o de largo plazo como “aprender” (Grupos 1 y 2 Jóvenes), “ser más flexible” (Grupo 6 Directoras), “sobrevivir” (Grupos 1, 2 y 6), “acompañar a mis pacientes” (Grupo 6 Directoras) o “ser mejor tutora” (Grupo 6 Directoras). No obstante, los principales objetivos profesionales de

las médicas de nuestro estudio han radicado en conseguir un puesto de trabajo fijo y un destino laboral cercano a su domicilio:

...lo único que me he planteado así en mi vida es, cuando salieron las oposiciones, "tengo que sacar las oposiciones" e hice todo lo posible por intentar sacarlas [...] lo demás no, lo demás me ha venido un poco dado.
(Grupo 3 Mayores)

...para mí, mi meta era trabajar al lado de casa [...] ha sido muy traumático tener que coger un vehículo diariamente y trasladarme durante muchos años fuera [de mi lugar de residencia]. (Grupo 3 Mayores)

Estos dos objetivos, que sin duda contribuyen a un mejor equilibrio entre su vida personal y familiar, están por encima de otros contemplados como méritos en el actual modelo de carrera profesional del SAS, como llevar a cabo actividades de gestión, investigación o publicaciones científicas. Esta opción no es exclusiva de las médicas y también se da entre las profesoras universitarias (33). La renuncia a determinados logros suele atribuirse a falta de tiempo y a un deseo de no imitar el modelo masculino de competitividad, frialdad y desapego de las relaciones humanas (43) y, en el caso de las médicas de familia andaluzas, puede interpretarse como una práctica de resistencia al sistema meritocrático de carrera profesional del SAS. Todo parece apuntar a que el rechazo consciente de la definición tradicional de éxito (49), la falta de seguimiento de lo que María Markus (27) denomina la "dirección del éxito" y la congruencia entre los valores personales y las decisiones profesionales (46), permite a las médicas de nuestros grupos alejarse del modelo hegemónico/androcéntrico de desarrollo profesional.

Muchas médicas se preguntan si sus deseos son o no son "realistas" y suelen evaluar no solo el esfuerzo que conlleva alcanzar una meta sino también el respaldo con el que cuentan. Las directoras y médicas de mediana edad subrayan las dificultades y la falta de apoyo y reconocimiento que encuentran en su entorno laboral. En las facultades de medicina de EE.UU. las profesoras también perciben menor apoyo institucional que los hombres y que sus valores personales no forman parte de la

cultura organizacional (50). Quizá por todo ello, las directoras y las médicas de mediana edad inciden en su falta de disposición para seguir asumiendo renunciaciones personales, como si su orientación y dedicación profesional comenzara a debilitarse y su actividad profesional se convirtiera en un obstáculo vital, o como dice una de ellas: *"me tengo que plantear mi existencia, por eso me quiero jubilar"* (Grupo 4 Mayores). Su aparente menor ambición profesional refleja, en realidad, el androcentrismo de la cultura profesional y el agotamiento que produce la continua obligación de tener que elegir entre distintas esferas de la vida (51).

La existencia de mentores y figuras referentes es considerada por la literatura internacional como un elemento clave en la trayectoria profesional (34,36,37). Las médicas y médicos andaluces actualmente en ejercicio (52), así como otros grupos profesionales españoles (33,48,53) otorgan, sin embargo, escasa importancia a esta figura. Entre las directoras, la crítica explícita a mentores y modelos de referencia está presente: *"los modelos tienen siempre un problema, que es modelo hasta que lo conoces, cuando ya lo tienes al lado ¡claro! En el día a día tú dices ¡ay gorrión!, [risas]"* (Grupo 6 Directoras). Más importancia le dan al apoyo entre pares y compañeras cercanas y a la influencia de tutoras y tutores, especialmente entre las médicas jóvenes que admiran de ellos el trato humano y cercano con sus pacientes, su alto nivel de conocimientos y la forma de organización y control de su tiempo de trabajo. La falta de figuras de referencia constituye un obstáculo especialmente importante para el desarrollo profesional de las mujeres, contribuye al mantenimiento del techo de cristal (34, 36,37,54,55) y se atribuye a la influencia del *"old boy's club"* o "círculo de chicos", y a su cultura profesional androcéntrica que excluye a las mujeres de las redes de poder (37).

TRAYECTORIAS MINORITARIAS: ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA CARRERA, PLANIFICACIÓN Y METAS EXTERNAS

En todos los grupos encontramos médicas cuyos itinerarios profesionales están más orientados al desarrollo profesional y la planificación

de metas. Ocurre más entre las directoras (cuatro de ellas) que entre las médicas de mediana edad (dos) y las jóvenes (una). En sus discursos, las palabras vocación, esfuerzo y motivación adquieren protagonismo. Consideran también que, en medicina es posible elegir libremente cualquier campo profesional y definir su propia trayectoria. Una de nuestras médicas se siente

...plenamente satisfecha con el trabajo, [...] y veo que [...] tengo cincuenta y digo ¡ay señor! cincuenta años, bueno pues ahora es cuando yo pienso que profesionalmente estoy empujando y es cuando me gustaría tener treinta años". (Grupo 3 Mayores)

Otra médica afirma acerca de su trabajo:

...me ha ido formando como persona y sobre todo me ha dado la posibilidad siempre de estar activa, nunca me he estancado, los cambios yo los veo que [...], para mi gusto, son buenísimos. El ir cambiando, haciendo cosas diferentes [...] Pues eso fue también un motivo para mí de satisfacción, de decir: oye, lo que se quiere conseguir se puede conseguir, con trabajo y con interés. (Grupo 5 Directoras)

Las médicas que planifican conscientemente su vida profesional creen que es muy importante para sus carreras un mayor reconocimiento de su especialidad médica, investigar y trabajar en un centro de salud con acreditación docente para la formación de posgrado en Medicina de Familia y tener la posibilidad de realizar una tesis doctoral. Para las directoras, alcanzar buenos indicadores asistenciales en la evaluaciones que hace el SAS de los centros de salud y conseguir que su centro mejore, "se eleve un poquito [risas] [...] mi meta es ser..., no me gusta ser la primera pero tampoco la última, me gusta estar arribilla ¿no?" (Grupo 5 Directoras), son metas fundamentales. A pesar de todo, afirmaciones como "mi capricho es la investigación" (Grupo 5 Directoras) o las dudas acerca de "llegar a [conseguir] los objetivos tan ambiciosos y tan ridículos, porque es que nunca llegaré" (Grupo 3 Mayores) dejan ver las dificultades que tienen para asumir y defender la legitimidad de su ambición y sus proyectos y para

atreverse a desafiar la imagen de la feminidad tradicional (56 p.65-67).

El trabajo forma parte, como un todo, de la vida de estas médicas de familia, las "envuelve" (Grupo 3 Mayores), pero no les impide ser conscientes de que las demandas familiares son un lastre para el desarrollo de su profesión. Para una médica joven que vive sola, es importante

...estar activa y no darte siempre por contenta con lo que tienes [...] yo puedo terminar de ver pacientes a las tres, pero ello no me quita que siga pensando hasta que me acueste a las once [...] pero los que tienen niños ¿cómo lo hacen? [risas]. (Grupo 1 Jóvenes)

Si yo fuese hombre hubiese llegado mucho más, hubiese dado más, o sea [...] hubiese dedicado muchísimo más tiempo del que ahora dedico yo personalmente. (Grupo 5 Directoras)

Frente a estas dificultades, valoran su esfuerzo personal "cuesta trabajo estar metida en todos los sitios, pero soy de las que me gusta probarlo todo y meterme en todo" (Grupo 5 Directoras) y se sienten orgullosas de poder "tirar de mi casa, de mis niñas, de mi trabajo" (Grupo 3 Mayores).

Un aspecto que destaca en su discurso es la atribución interna de su desarrollo profesional, es decir, la convicción de que sus logros son el resultado de sus propios méritos y de su afán personal. Una médica de mediana edad lo expresa de este modo:

...yo creo que cada uno lleva dentro pues a dónde quiere llegar [...] cuando realmente uno tiene la vocación de decir "es que quiero hacer otra cosa además de pasar consulta", pues tienes que luchar para conseguir esos beneficios. (Grupo 3 Mayores)

En este sentido, el programa de acreditación de competencias profesionales es defendido por algunas médicas

...lo veo como que es un repaso de todo ¿no?, que te ayuda... y que también es una manera de que ellos [sus superiores] de valorar tu trabajo [...] diciendo "bueno pues

tú estás cumpliendo bien con tu trabajo, al menos te doy un certificado" ¿no?... siempre a uno le gusta un poco la valoración de su trabajo ¿eh? si te has inflado de trabajar y te dan un certificado, estás acreditada, pues no sé, pienso que ¡hombre! es una satisfacción, es un logro [...] que no todo el mundo consigue. (Grupo 3 Mayores)

La aceptación por parte de las mujeres del sistema meritocrático tiene un efecto paradójico sobre su desarrollo profesional. Por una parte, favorece su aceptación por parte de la cultura organizacional pero, al mismo tiempo, contribuye a reforzar los estereotipos y las desigualdades de género que perjudican su desarrollo profesional (57,58).

Como ocurre en otras profesiones (59 p.173), las figuras de referencia son más importantes para las médicas cuyas trayectorias están orientadas al desarrollo profesional. Los maridos-maestros son para algunas, particularmente las que conviven en pareja y tienen descendencia, referentes principales y agentes decisivos en su socialización profesional. El padre o el director del centro de salud también son mencionados. Es destacable que los referentes siempre son masculinos y, aunque algunos trabajos indican que tener un mentor del mismo sexo no influye en el éxito profesional de las mujeres (36), el feminismo ha señalado la importancia que tiene reconocer autoridad a otras mujeres para poder crear genealogías femeninas (60,61) y consolidar los logros sociales de las mujeres.

CONCLUSIONES

El análisis crítico del discurso desvela que la mayoría de las médicas de familia estudiadas no planifica sus metas profesionales y que, cuando lo hacen, las van entrelazando de forma dinámica con las necesidades de su ámbito familiar. Esto se traduce en itinerarios profesionales discontinuos y poco planificados en los cuales las metas internas, entre las que destacan el bienestar y la satisfacción personal, tienen preeminencia. La importancia que otorgan las médicas a las relaciones afectivas con pares y pacientes, y a los cuidados que prestan en su medio familiar revela los rasgos propios de su socialización como mujeres

y, simultáneamente, traslada al ámbito profesional el valor de las relaciones sociales. No obstante, el mandato del cuidado es percibido por las médicas como un obstáculo permanente durante su trayectoria profesional.

Las decisiones profesionales de las médicas son coherentes con sus valores personales y representan una forma de resistencia al modelo androcéntrico y meritocrático de carrera profesional vigente.

La planificación consciente de metas y las trayectorias encaminadas al desarrollo profesional son más frecuentes entre las médicas directoras de centros de salud, lo que es coherente con el hecho de que ocupen un cargo directivo en el sistema sanitario con la intención y el deseo de introducir cambios en dicho sistema.

La ausencia de otras mujeres como figuras de referencia profesional es la norma y revela la escasa importancia que tienen las profesionales como modelo y figura de autoridad en el imaginario social y profesional de las médicas de familia. Para las médicas con trayectorias más orientadas al desarrollo profesional, sus referentes son hombres con quienes mantienen vínculos extraprofesionales, especialmente sus maridos.

Las raíces de las desigualdades de género son profundas y complejas y no pueden ser transformadas con medidas y políticas aisladas de corto plazo ni con acciones puntuales dirigidas de forma preferente o exclusiva a las médicas. Por ello, son necesarios cambios estructurales que atraviesen las distintas instituciones implicadas (profesionales y familiares) que modifiquen la distribución de recursos y de poder, la organización de los tiempos y los criterios de éxito y desarrollo profesional.

Los discursos de las médicas de familia estudiadas sugieren la necesidad de un cambio de valores en la organización sanitaria para avanzar hacia la integración de las esferas laboral, personal y familiar de sus profesionales y hacia la incorporación de las especificidades de las profesionales en la vida de la organización. Para conseguirlo, las administraciones sanitarias deberían incorporar a su modelo profesional un concepto integrador de logro e implementar medidas organizativas y de corresponsabilidad que promuevan el desarrollo profesional en condiciones de igualdad.

AGRADECIMIENTOS

Al Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III, Gobierno de España (Expediente Proyecto: PI071176), y a los Fondos FEDER de la Unión Europea por las ayudas concedidas para la investigación. A las médicas de familia por su participación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz-Gómez T. Las profesiones sanitarias. En: Morant I, editora. Historia de las mujeres en España y América Latina. Madrid: Cátedra; 2006. p. 523-546.
2. Flecha García C. Las primeras universitarias en España: 1872-1910. Madrid: Narcea; 1996.
3. Ortiz-Gómez T, Delgado A, Sánchez D, Távora Rivero A. Ser mujer y médico en la España de los años sesenta. *Asparkia*. 2001;12:125-136.
4. Ortiz-Gómez T. Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX. *Asclepio*. 2005;LVII(1):75-97.
5. Delgado A, Távora Rivero A, Ortiz-Gómez T. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. *Estudios de Sociolingüística*. 2003;4(2):589-611.
6. Elston MA. Women and medicine: The future. London: Royal College of Physicians; 2009.
7. Viccarelli G. Donne di medicina: Il percorso professionale delle donne medico in Italia. Bologna: Il Mulino; 2008.
8. Riska E. Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? *Social Science and Medicine*. 2001;52:179-187.
9. Delgado Sánchez A. El papel del género en la relación médico-paciente. *Formación Médica Continuada*. 1999;6:509-516.
10. Roter D, Hall J. Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annual Review of Public Health*. 2004;25:497-519.
11. Ortiz-Gómez T, Birriel Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18:189-194.
12. Observatorio de Salud de la Mujer. Informe salud y género 2007-2008: Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
13. Delgado A, Saletti-Cuesta L, López-Fernández LA, Luna del Castillo JD, Mateo-Rodríguez I. Gender and the professional career of primary care physicians in Andalusia (Spain). *BMC Health Services Research*. 2011;11:51.
14. Saletti-Cuesta L, Delgado A, Ortiz-Gómez T, López-Fernández LA. Diferencias de género en la percepción del logro profesional en especialistas de medicina familiar y comunitaria. *Revista Española de Salud Pública*. 2013;87(3):221-238.
15. Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2005;125(3):103-107.
16. Pastor Gosálbez I, coordinadora. Mujeres en la sanidad: trayectorias profesionales y acceso a cargos de responsabilidad. Madrid: Ministerio de Igualdad, Instituto de la Mujer; 2008.
17. Ortiz-Gómez T. La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina? *Eidón*. 2007;(23):61-65.
18. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria: Guía de Formación en Medicina. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2005.
19. Levitt C, Candib L, Lent B, Howard M. Women physicians and family medicine: Monograph/literature review. Orlando: Wonca Working Party on Women and Family Medicine; 2008.
20. Barber Pérez P, González López-Valcarcel B. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
21. Servicio Andaluz de Salud. Mujeres y hombres en los indicadores sanitarios. *SAS Información*. 2008;38:5-8.
22. Fajardo Alcántara A. El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España: Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada, Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia; 2007.

23. Irigoyen J. La reestructuración de la profesión médica. *Política y Sociedad*. 2011;48:277-293.
24. Arranz Lozano F. Los discursos sobre el género y la ciencia de las científicas. En: García de Cortázar y Nebreda ML, Arranz Lozano F, Del Val Cid C, et al. *Mujeres y hombres en la ciencia española: Una investigación empírica*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y asuntos sociales; 2006. p. 205-228.
25. Van Den Brink M, Benschop Y. Gender practices in the construction of academic excellence: sheep with five legs. *Organization*. 2012;19:507-524.
26. Jiménez Vásquez MS. Tendencias y hallazgos en los estudios de trayectoria: una opción metodológica para clasificar el desarrollo laboral. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 2009;11:1-21.
27. Markus M. Mujeres, éxito y sociedad civil: Sumisión o subversión del principio del logro. En: Benhabib S, Cornell D. *Teoría feminista y teoría crítica: Ensayos sobre la política de género en las sociedades del capitalismo tardío*. Valencia: Alfons el Magnànim; 1990. p. 151-168.
28. García Cuesta S. Mujeres en trayectorias periféricas de carrera: las abogadas en su doble presencia. *Clepsydra*. 2008;7:43-70.
29. Valcour M, Ladge J. Family and career path characteristics as predictors of women's objective and subjective career success: Integrating traditional and protean career explanations. *Journal of Vocational Behavior*. 2008;73(2):300-309.
30. Saletti-Cuesta L. Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*. 2008;7:169-183.
31. Luque Salas B. El itinerario profesional de las mujeres jóvenes: una carrera de obstáculos. *Anuario de Psicología*. 2008;39(1):101-107.
32. Delgado A, Saletti-Cuesta L, Toro-Cárdenas S, López-Fernández LA, Luna del Castillo JD, Mateo-Rodríguez I. Validación de escala para evaluar la relación familia-trabajo en médicas y médicos de familia. *Revista Española de Salud Pública*. 2011;85(2):159-172.
33. Escolano Zamorano E. Entre la discriminación y el mérito: Las profesoras en las universidades valencianas. Valencia: Universitat de València; 2006.
34. Stamm M, Buddeberg-Fischer B. The impact of mentoring during postgraduate training on doctors' career success. *Medical Education*. 2011;45(5):488-496.
35. Pringle R. *Sex and medicine: Gender, power and authority in the medical profession*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
36. Sambunjak D, Straus S, Marusic A. Mentoring in academic medicine: A systematic review. *JAMA*. 2006;296(9):1103-1115.
37. Zhuge Y, Kaufman J, Simeone D, Chen H, Velázquez O. Is there still a glass ceiling for women in academic surgery? *Annals of Surgery*. 2011;253(4):637-643.
38. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Klaghofer R. Career paths in physicians' postgraduate training – an eight-year follow-up study. *Swiss Medical Weekly*. 2010;(140):w13056.
39. Valian V. *Why so slow?: The advancement of women*. Cambridge: MIT Press; 1999.
40. Wodak R. De qué trata el análisis crítico del discurso (ACD): Resumen de su historia, sus conceptos fundamentales y sus desarrollos. En: Wodak R, Meyer M. *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa; 2003. p. 17-34.
41. Jäger S. Discurso y conocimiento: Aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y del análisis de dispositivos. En: Wodak R, Meyer M. *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa; 2003. p. 61-100.
42. Kalet A, Fletcher K, Ferdman D, Bickell N. Defining, navigating, and negotiating success: The experience of Mid-career Robert Wood Johnson Clinical Scholar Women. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(9):920-925.
43. Pérez Sedeño E, directora. La situación de las mujeres en el Sistema Educativo de Ciencia y Tecnología en España y su contexto internacional [Internet]. 2003 [citado 2 ene 2014]. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/cont/descargas/documento2611.pdf>
44. Xie Y. Social influences on science and engineering career decisions. En: Committee on Maximizing the Potential of Women in Academic Science and Engineering. *Biological, social and organizational components of success for women in academic science and engineering: workshop report*. Washington: The National Academy Press; 2006. p. 42-47.
45. Durán Heras MA. El trabajo no remunerado en la economía global. Bilbao: Fundación BBVA; 2012.

46. Enache M, Sallan J, Simo P, Fernández V. Career attitudes and subjective career success: Tackling gender differences. *Gender and Management*. 2011;26(3):234-250.
47. Cheung F, Halpern D. Women at the top: Powerful leaders define success as work + family in a culture of gender. *American Psychologist*. 2010;65(3):182-193.
48. Alberdi I, Escario P, Matas N. Las mujeres jóvenes en España. Barcelona: Fundación La Caixa; 2000.
49. Dyke L, Murphy S. How we define success: A qualitative study of what matters most to women and men. *Sex Roles*. 2006;55(5-6):357-371.
50. Pololi L, Jones S. Women faculty: An analysis of their experiences in academic medicine and their coping strategies. *Gender Medicine*. 2010;7(5):438-450.
51. Dio Bleichman E. ¿Todas Madame Curie? Subjetividad e identidad de las científicas y tecnólogas. En: Miqueo C, Barral MJ, Magallón C, coordinadoras. *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2008. p. 37-50.
52. Saletti-Cuesta L. Los discursos sobre el desarrollo profesional de médicas y médicos de familia en Andalucía a comienzos del siglo XXI. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada, Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia; 2013.
53. Kaufmann A. Mujeres directivas: transición hacia la alta dirección. Madrid: CIS; 2007.
54. Riska E. Gender and medical careers. *Maturnitas*. 2011;68:264-267.
55. Bickel J. Women's career development: What does this have to do with men? *Annals of Surgery*. 2011;253(4):644-646.
56. Coria C. Los laberintos del éxito: Ilusiones, pasiones y fantasmas femeninos. Barcelona: Paidós; 1993.
57. Rhoton L. Distancing as a gendered barrier: Understanding women scientists' gender practices. *Gender and Society*. 2011;25:696-716.
58. Vázquez-Cupeiro S, Elston MA. Gender and academic career trajectories in Spain: From gendered passion to consecration in a sistema endogámico? *Employee Relations*. 2006;28(6):588-603.
59. García de León MA. Herederas y heridas: Sobre las élites profesionales femeninas. Madrid: Cátedra; 2002.
60. Muraro L. Autoridad sin monumentos. *DUODA: Revista d'Estudis Feministes*. 1994;(7):86-100.
61. Sartori D. Un vínculo sin legado. *DUODA: Revista d'Estudis Feministes*. 2002;(22):57-74.

FORMA DE CITAR

Saletti-Cuesta L, Delgado A, Ortiz-Gómez T. Género y trayectorias profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a comienzos del siglo XXI. *Salud Colectiva*. 2014;10(3):313-323.

Recibido: 6 de agosto de 2014

Aprobado: 25 de septiembre de 2014



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.