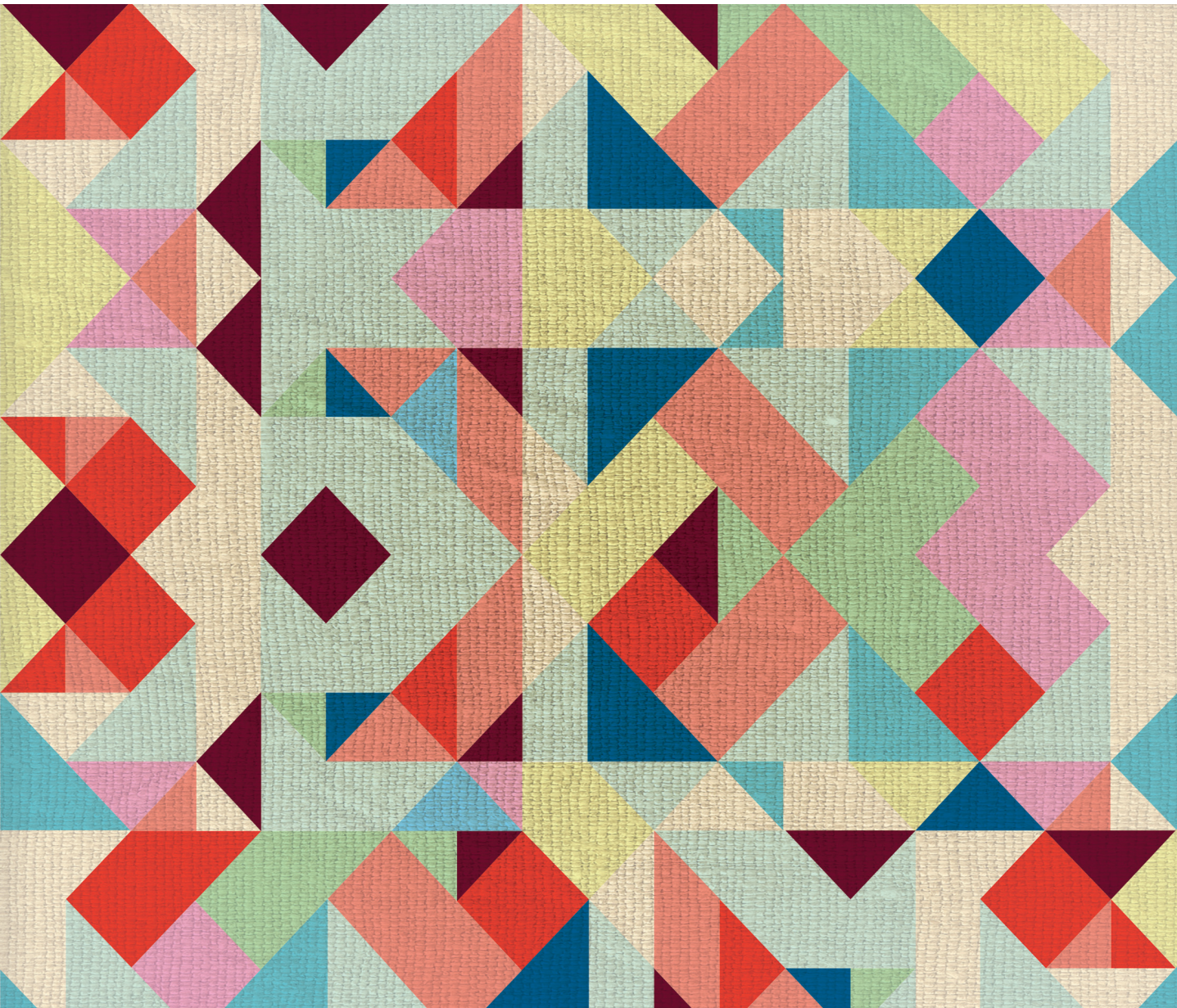


TESIS DOCTORAL

--

ANÁLISIS FEMINISTA DE LOS DISCURSOS SOBRE EL DESARROLLO PROFESIONAL DE MÉDICAS Y MÉDICOS DE FAMILIA EN ANDALUCÍA A COMIENZOS DEL SIGLO XXI

Lorena Saletti Cuesta



Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Lorena Saletti Cuesta
D.L.: GR 641-2014
ISBN: 978-84-9028-867-2

UNIVERSIDAD DE GRANADA

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA E HISTORIA DE LA CIENCIA

PROGRAMA DE DOCTORADO

“SALUD, ANTROPOLOGÍA E HISTORIA”



TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS FEMINISTA DE LOS DISCURSOS SOBRE EL DESARROLLO
PROFESIONAL DE MÉDICAS Y MÉDICOS DE FAMILIA EN ANDALUCÍA**

A COMIENZOS DEL SIGLO XXI

María Lorena Saletti Cuesta

Año 2013



UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA E HISTORIA DE LA CIENCIA

PROGRAMA DE DOCTORADO: “SALUD, ANTROPOLOGÍA E HISTORIA”

TESIS DOCTORAL

**Análisis feminista de los discursos sobre el desarrollo profesional de médicas y
médicos de familia en Andalucía a comienzos del siglo XXI**

MARÍA LORENA SALETTI CUESTA

DIRECTORAS

Dra. TERESA ORTIZ GÓMEZ

Catedrática de Historia de la Ciencia. Universidad de Granada

Dra. ANA DELGADO SÁNCHEZ

Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Septiembre, 2013

La doctoranda MARÍA LORENA SALETTI CUESTA y las directoras de la tesis TERESA ORTIZ GÓMEZ Y ANA DELGADO SÁNCHEZ garantizamos, al firmar esta Tesis Doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de las directoras de la Tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 18 de septiembre de 2013

Directoras de la Tesis:



Teresa Ortiz Gómez



Ana Delgado Sánchez

Doctoranda:



María Lorena Saletti Cuesta

Como Directora de la Tesis y hasta donde mi conocimiento alcanza el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo mi dirección y se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Así mismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos y metodológicos para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido Título de Doctor/a, y por lo tanto AUTORIZO la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Granada, 18 de septiembre de 2013



Teresa Ortiz Gómez

Como Directora de la Tesis y hasta donde mi conocimiento alcanza el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo mi dirección y se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Así mismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos y metodológicos para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido Título de Doctor/a, y por lo tanto AUTORIZO la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Granada, 18 de septiembre de 2013

A handwritten signature in black ink, reading "Ana Delgado". The signature is written in a cursive style with a large initial 'A'.

Ana Delgado Sánchez

A Aimara

Agradecimientos

A mis directoras por su apoyo, su confianza y su capacidad para guiar mi trabajo, no solo en el desarrollo de esta tesis sino también en mi formación como investigadora.

A Teresa por abrirme las puertas del mundo de la investigación y del feminismo.

A Ana por brindarme mi primera oportunidad laboral, por su generosidad y por todo lo aprendido a su lado.

A las médicas y a los médicos de familia por su inestimable colaboración.

Al Fondo de Investigación Sanitaria, los Fondos FEDER de la Unión Europea y a la Escuela Andaluza de Salud Pública por las ayudas concedidas para la investigación.

A mis compañeras del grupo de investigación HUM 603 por su apoyo y sus excelentes comentarios.

A todo el personal del Programa de Investigación Feminista del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México por su apoyo y su cariño durante mi estancia.

A Tránsito Fernández por el diseño de portada y su inestimable ayuda para la maquetación.

A Giulia Fernández por su valiosa colaboración en la revisión y edición final de este trabajo.

A mis amigas de uno y otro lado del “charco”. Especialmente a mis Tomakandela, por construir un espacio de mujeres, ético, solidario y, sobre todo, divertido.

A Eduardo por ser mi compañero de vida y no mi príncipe azul.

A mi madre, a mi abuela y a mi hija, por todo lo que aprendemos juntas.

Sumario

Resumen	5
1. Introducción	7
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO	7
1.2. ANTECEDENTES: DEBATES FEMINISTAS EN TORNO AL DESARROLLO PROFESIONAL DE LAS MÉDICAS	18
2. Marco teórico	43
2.1. PERSPECTIVAS TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS FEMINISTAS: GÉNERO, PODER Y RECONOCIMIENTO DE AUTORIDAD.....	43
2.2. TEORÍAS Y CONCEPTOS CLAVES PARA ESTUDIAR EL DESARROLLO PROFESIONAL DE LA PROFESIÓN MÉDICA	67
2.2.1. Éxito y logro profesional	67
2.2.2. Atribuciones causales	73
2.2.3. Trayectorias profesionales	76
3. Objetivos	83
4. Metodología	85
4.1. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	85
4.2. LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN	91
4.2.1. Los perfiles de los grupos de discusión	95
4.2.2. Modalidad y dificultades para contactar	98
4.2.3. El guión de discusión	101
4.3. PROCESO DE ANÁLISIS	103

5. Estructura y dinámica de los grupos de discusión de médicas y médicos de familia	111
6. Similitudes y diferencias en los relatos de médicas y médicos de familia	145
6.1. SIGNIFICADOS DE LOGRO PROFESIONAL	145
6.2. ATRIBUCIONES DE LOGRO	175
6.3. TRAYECTORIAS PROFESIONALES	211
7. Los discursos de las médicas sobre el desarrollo profesional	243
7.1. SIGNIFICADOS DE LOGRO PROFESIONAL	243
7.2. OBSTÁCULOS PARA LA CONSECUCCIÓN DE LOGROS PROFESIONALES	248
7.3. FACTORES QUE FACILITAN ALCANZAR LOGROS PROFESIONALES	272
7.4. EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE EL PODER	285
7.5. EL RECONOCIMIENTO DE LA AUTORIDAD	295
7.6. TRAYECTORIAS MAYORITARIAS: EL CUIDADO Y LA SATISFACCIÓN PERSONAL COMO PRIORIDADES	300
7.7. TRAYECTORIAS MINORITARIAS: ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA CARRERA, PLANIFICACIÓN Y METAS EXTERNAS	309
8. Conclusiones	313
9. Bibliografía	323
10. Anexos	363
ANEXO I. FICHA AUTOCUMPLIMENTADA	363
ANEXO II. CARACTERÍSTICAS DETALLADAS DE LAS MÉDICAS Y LOS MÉDICOS	364
ANEXO III. CARTA DE INVITACIÓN FORMAL ENVIADA A CADA PARTICIPANTE	368
ANEXO IV. PRIMER LISTADO DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	369
ANEXO V. LISTADO FINAL DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	372
ANEXO VI. PUBLICACIONES DE LA AUTORA SOBRE EL TEMA DE ESTUDIO	374

Resumen

En la Atención Primaria de nuestro país se está produciendo de forma simultánea el aumento del número de mujeres en la especialidad y la implementación de un modelo gerencialista. La investigación sobre desarrollo profesional de las médicas revela desigualdades de género. Esta investigación se ha guiado por una perspectiva teórica y metodológica feminista y, en especial por los conceptos de género, poder y autoridad. Los conceptos de éxito, atribuciones causales y trayectorias profesionales han sido fundamentales para estudiar los discursos sobre el desarrollo profesional. El objetivo general de esta tesis es analizar desde una perspectiva feminista los discursos sobre el desarrollo profesional en Medicina de Familia. Para ello realizamos un estudio cualitativo mediante 12 grupos de discusión con médicas y médicos de familia que trabajan en Atención Primaria en Andalucía. En todos los grupos realizamos un análisis descriptivo de su estructura y la dinámica, y un análisis de contenido. En los grupos de médicas analizamos los discursos en un nivel superior de profundidad a través del análisis crítico del discurso.

En el capítulo 5 se presentan los resultados de la estructura y dinámica de los grupos de discusión de médicas y médicos de familia. El capítulo 6 expone las similitudes y diferencias en los relatos de médicas y médicos respecto a los significados de logro, las atribuciones y las trayectorias profesionales. Por último, el capítulo 7 presenta los resultados del análisis crítico del discurso de las médicas y su discusión.

Las conclusiones alcanzadas se presentan en el capítulo 8. Entre las diferencias, las médicas vinculan el logro a las relaciones afectivas con pares y pacientes,

Resumen

mientras que los médicos lo relacionan preferentemente con méritos institucionales o con el salario que perciben. Las médicas perciben que tanto las características del modelo gerencial del Servicio Andaluz de Salud como el mandato del cuidado en la esfera de lo privado, son obstáculos para el logro y están presentes a lo largo de toda su trayectoria profesional. El progresivo aumento del número de médicas en el sistema sanitario no ha conducido a la igualdad y la discriminación y las desigualdades persisten. El discurso de las médicas de familia apunta a la necesidad de un cambio de valores en la organización sanitaria.

1. Introducción

1.1. Planteamiento del problema de estudio

La presente tesis doctoral se propone analizar desde una perspectiva feminista los discursos sobre el desarrollo profesional de médicas y médicos de familia que trabajan en Atención Primaria de salud, así como profundizar en las prácticas y percepciones de las médicas de esta especialidad. Para ello, es necesario conocer el contexto sanitario en el que trabajan las y los profesionales y las características que definen el perfil profesional de la especialidad.

En nuestro país, actualmente se produce de forma simultánea un aumento del número de médicas de familia junto con un retroceso de las políticas que impulsó en sus orígenes la Atención Primaria.

El aumento del número de mujeres en la profesión médica es una tendencia generalizada en la mayor parte del mundo. En España, las médicas pasaron del 1% en 1955 al 42% en 2005 (Ortiz 2007) y en 2011 el 46,4% de colegiados en medicina eran mujeres (Instituto Nacional de Estadística 2011). En Andalucía, en el año 2007, el 68% del personal sanitario del Servicio Andaluz de Salud eran mujeres (Servicio Andaluz de Salud 2008) y, en 2011, las médicas colegiadas eran el 40,2% (Instituto Nacional de Estadística 2011). Las cifras son aún más elevadas en los países que conformaban la ex Unión Soviética, cuyo porcentaje de médicas es superior al 55%, los europeos, algunos países de África, de Latinoamérica, y Oceanía. Los porcentajes más bajos de médicas, menos del 25%, se encuentran en Asia y parte de África (Elston 2009, p. 39-41)

La Medicina de Familia no está ajena a este fenómeno. En España, según un reciente informe del Ministerio de Sanidad y Consumo, la tasa de feminización en Medicina de Familia es del 49% (Barber y González López-Valcárcel 2009, p. 29) y, en Andalucía, el porcentaje de médicas de familia es del 45% (Servicio Andaluz de Salud 2008). En países como Finlandia, Reino Unido, Nueva Zelanda y Suecia supera el 43% (Elston 2009, p. 70). El hecho de que sea una especialidad que permite una relación cercana y directa con la comunidad, orientada a las personas, y que facilita cierta flexibilidad en la organización del trabajo clínico han sido señalados como factores que contribuyen a explicar la mayor preferencia de las médicas por esta especialidad (Levitt et al. 2008, p. 5; Elston 2009, p. 44-6).

A pesar del aumento tan marcado de las mujeres en la profesión médica existen datos que revelan que las médicas no desarrollan su profesión en condiciones de igualdad en España (Observatorio de Salud de la Mujer 2009, p. 43-48). Su acceso a puestos de responsabilidad en las estructuras directivas del Sistema Sanitario público español es limitado (Delgado y Saletti 2010). En el año 2007, solo el 34% de los cargos de responsabilidad estaban ocupados por mujeres en Andalucía, llegando al 37% en Atención Primaria (Servicio Andaluz de Salud 2008). En los centros sanitarios de Cataluña la situación era similar (Rohlfis et al. 2007, p. 30-31). También se observan desigualdades de género en diferentes ámbitos y actividades profesionales, como las sociedades científicas (Colomer Revuelta y Peiró Pérez 2002; Ortiz, Birriel Salcedo y Ortega del Olmo 2004; Miqueo et al. 2011, p. 46-48), los comités científicos de revistas (Miqueo et al. 2011, p. 38-46), la producción investigadora (Schiaffino, García y Fernández 2001; Ortiz, Birriel Salcedo y Ortega del Olmo 2004; Observatorio de Salud de la Mujer

2009, p. 32-37), o el desarrollo de actividades profesionales donde las mujeres están infrarrepresentadas (Delgado et al. 2011b).

Todo lo mencionado anteriormente confirma que, tanto dentro como fuera de España, siguen existiendo obstáculos y dificultades para que las médicas desarrollen en condiciones de igualdad las diversas actividades vinculadas a su promoción en la carrera profesional, por lo que permanecen discriminadas en la profesión. El avance sesgado del desarrollo profesional de las médicas se debe analizar como consecuencia de la persistencia de la división sexual del trabajo y de las barreras organizativas. El impacto de estereotipos de género, prácticas discriminatorias, acoso, segregación y la cultura organizacional predominante han sido identificados como mecanismos que actúan en perjuicio del desarrollo profesional de las médicas en diversos países (Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Riska 2001, p. 144-145; Levitt et al. 2008, p. 123; Observatorio de Salud de la Mujer 2009, p. 5-6). Asimismo, entendemos que en toda carrera profesional influyen tanto factores objetivos y estructurales como experiencias, deseos, barreras e interpretaciones subjetivas de las y los profesionales frente al propio desarrollo profesional (De Cheveigné 2009). Es decir, que la carrera profesional dependerá también de cómo una persona, en función de sus opciones y socialización de género, planifica sus acciones, se desempeña y progresa en los roles vocacionales elegidos (Agut y Martin 2007). El conocimiento de los elementos que coexisten en ambos planos, externo e interno, facilitará la comprensión de las desigualdades de género observadas en el desarrollo profesional y el conocimiento de las características diferenciales de la aplicación de la carrera profesional de médicas y médicos andaluces. Además, proporcionará

las bases para diseñar intervenciones y políticas dirigidas a eliminar las desigualdades mencionadas.

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, creada en 1978, es una de las de más reciente creación en España. Se constituyó en un período de apertura política y social, como respuesta a las críticas a la atención ambulatoria del franquismo y como respuesta a los postulados propuestos en la Conferencia de Alma-Ata celebrada en 1978. Desde sus inicios, la especialidad se caracterizó por el trabajo en equipo, la alta dedicación de los y las profesionales, la prevención, la participación ciudadana y la calidad científico-técnica (Fajardo 2007, p. 411).

Durante la democracia diversos hitos legislativos, como la creación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978, la Reforma de Atención Primaria de Salud de 1984 (Real Decreto 137/1984) y la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986) fueron implantando en el sistema sanitario los elementos característicos de la Atención Primaria: el trabajo en equipos multidisciplinares; la historia clínica; los registros de actividades; la incorporación de nuevas habilidades y pruebas complementarias; el abordaje de aspectos relacionados con la prevención-promoción de la salud; y la docencia y la investigación (Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y Ministerio de Sanidad y Consumo 2005, p. 2).

El vigente Programa de la Especialidad de la Medicina Familiar y Comunitaria define el perfil del médico o médica de familia como: “El de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que

atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud” (Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y Ministerio de Sanidad y Consumo 2005, p. 6). Igualmente, el programa identifica las competencias profesionales, tanto en la formación de postgrado como en el desarrollo de la práctica asistencial cotidiana.

En Andalucía la Ley 2/1998 de 14 de junio de Salud organizó los servicios de Atención Primaria en distritos sanitarios, estructuras organizativas para la planificación, la gestión y el apoyo a la prestación de los servicios de Atención Primaria. Cada distrito de Atención Primaria integra demarcaciones territoriales denominadas zonas básicas de salud. La zona básica de salud es el marco territorial para la prestación de la Atención Primaria de salud, de acceso directo de la población, en la que se proporciona una asistencia sanitaria básica e integral. Con posterioridad, el Decreto 197/2007 por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, estableció que los y las profesionales deben estar adscritos a una zona básica de salud y desarrollar su actividad profesional en los centros de salud, organizados, a su vez, en unidades de gestión clínica. La creación de las unidades de gestión clínica responde a la innovación de los centros de Atención Primaria, al impulso de la agrupación funcional de profesionales y la integración de sus actividades. La Dirección Gerencia del distrito de Atención Primaria establece acuerdos de gestión con la dirección de cada una de las unidades de gestión clínica. El acuerdo de gestión clínica es el documento en el que se fija el marco de gestión, los métodos y los recursos para conseguir los objetivos definidos en el mismo. El acuerdo recoge los objetivos asistenciales,

docentes e investigadores de la unidad. Igualmente, especifica la metodología de asignación de los incentivos de la unidad de gestión clínica y de los profesionales a ella adscritos, en función del grado de cumplimiento de los objetivos. A su vez, la Dirección Gerencia del distrito de Atención Primaria acuerda con el Servicio Andaluz de Salud un contrato programa en donde se definen los objetivos, los medios, las estrategias y los indicadores de resultados, en el que se trazan las líneas de acción prioritarias del Servicio Andaluz de Salud.

Desde la reforma del año 1984, las autoridades sanitarias y los gestores han promovido una serie de profundos cambios en los servicios sanitarios, conectados con transformaciones en ámbitos más globales, para responder a los nuevos requerimientos sociales y a los intereses hegemónicos que los impulsan (Irigoyen 2011). Estos cambios consistentes en la importación gradual al campo sanitario del modelo empresarial ha primado valores como la eficiencia frente a la equidad, y ha restado importancia a la atención integral en la que se basó la reforma de Atención Primaria y la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Otra de las consecuencias importantes de la reestructuración de los servicios sanitarios ha sido la pérdida de legitimidad y de autonomía de la profesión médica, mediante la creación de procesos de estratificación en la profesión, como por ejemplo los mecanismos de acreditación y evaluación, que fomentan la competencia y el individualismo (Irigoyen 2011). En esta línea, en el año 2007, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía implementó el programa de acreditación de competencias profesionales en Medicina de Familia, basado en el reconocimiento de categorías profesionales y en incentivos y retribuciones salariales, que se propone como instrumento estratégico para impulsar el desarrollo profesional definido como un aspecto básico para la modernización y mejora continua del

Sistema Sanitario (BOJA 18/2007; Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía 2010). El proceso de la acreditación supone la recopilación y aportación de pruebas procedentes de la actividad profesional en los ámbitos asistencial, docente e investigador, y una fase de evaluación externa que se realiza teniendo en cuenta el correspondiente mapa de competencias y los estándares definidos por el órgano acreditador quien reconoce de forma expresa y pública las competencias y logros alcanzados por los y las profesionales.

Partiendo de todo lo señalado, surge la necesidad y la pertinencia de la presente tesis doctoral. En el año 2006 participé como becaria de investigación en el proyecto de investigación dirigido por Ana Delgado y financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Expediente: 0020/2006) “Género, actividad asistencial y profesional de las médicas y médicos en Atención Primaria”. Los resultados obtenidos revelaron desigualdades de género en el desarrollo de actividades profesionales, concretamente menor visibilidad en la producción y difusión de actividades científicas, independientemente de las responsabilidades familiares, carga de trabajo y el lugar de trabajo (Delgado et al. 2011b). Esta situación impacta de manera negativa en la carrera profesional de las médicas especialmente para obtener la acreditación profesional. Por ejemplo, en el año 2009, del total de profesionales de la Medicina de Familia acreditados en el Servicio Andaluz de Salud, solo el 38% fueron médicas (Servicio Andaluz de Salud 2011).

A pesar de que las médicas de familia andaluzas alcanzan menos logros objetivos, expresan una percepción de logro profesional similar a la de los médicos (Delgado et al. 2010). Ante estos hechos, en apariencia divergentes, en el año 2008, el mismo equipo investigador con Ana Delgado como investigadora principal consiguió financiación del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto

de Salud Carlos III para un nuevo proyecto de investigación: “Género, práctica clínica y carrera profesional de las médicas y los médicos en Atención Primaria” (Expediente: PI071176), en donde participé como técnica de investigación durante los años 2008-2010. El objetivo principal del proyecto fue profundizar en el conocimiento de los significados subjetivos que médicas y médicos otorgan a la carrera y al logro profesional.

De este último proyecto nace la presente tesis doctoral. A lo largo de todo su desarrollo he reformulado mi proyecto inicial, elaborado al finalizar el programa de doctorado “Salud, Antropología e Historia”, y he incorporado mis intereses e inquietudes más recientes. En un primer momento, al comenzar a reflexionar sobre el tema de la tesis mi interés se centró en los discursos sobre la maternidad, siguiendo la investigación iniciada en mi trabajo para optar al Diploma de Estudios Avanzados: “Nuevas representaciones sobre la maternidad: una perspectiva de género”. Me motivaba estudiar cómo las mujeres profesionales, entre las que me situaba yo misma, reformulábamos, resistíamos o bien nos adaptábamos a los mandatos de género relacionados con la maternidad. Cuando comencé a trabajar en los proyectos de investigación nombrados anteriormente pude observar cómo las médicas de familia, como mujeres, no estaban alejadas de la influencia de estos mismos mandatos. Fue entonces cuando mi interés se diversificó, surgieron nuevas inquietudes y comenzaron a preocuparme nuevos temas, además de la maternidad, relacionados con el desarrollo profesional en una sociedad con igualdad formal pero intrínsecamente patriarcal. Me interesó y me interesa analizar y explicar cómo, a pesar del masivo ingreso de las mujeres a la profesión médica, es decir con igualdad formal en el acceso y en las oportunidades de educación y empleo, el patriarcado se

transforma, se adapta para reformular sus discursos y prácticas, para perpetuar las desigualdades en el desarrollo profesional y cómo todo ello impacta en la subjetividad de las médicas. Los discursos, las identidades y los conflictos subjetivos son cuestiones que me permiten integrar mis intereses feministas con mi formación de psicóloga y los conocimientos obtenidos en el programa de doctorado “Salud, Antropología e Historia”.

Dar cuenta de las complejas interrelaciones que ocurren entre nuestra experiencia como mujeres y la actividad profesional implica también ofrecer una mirada crítica a la ideología androcéntrica de las profesiones. En esta línea considero fundamental resaltar la capacidad de agencia de las médicas, es decir, cómo ellas resisten, cuestionan y reformulan los discursos sobre el desarrollo profesional en un contexto determinado. La importancia de las características del contexto social y económico actual en los discursos sobre el desarrollo profesional de las médicas resulta fundamental. Especialmente, para analizar el discurso de las médicas jóvenes quienes, por la interacción de diversos ejes de jerarquización social, están más expuestas a las consecuencias de la actual profundización de las políticas económicas neoliberales que se traduce fundamentalmente en la pérdida de derechos laborales y sociales en general.

Considero la realización de esta tesis doctoral como un proceso en donde se relacionan muchos temas e interrogantes. Pero también como una oportunidad única para reflexionar sobre este tema de estudio desde mi posicionamiento subjetivo y social, a la vez que político y teórico feminista, y poder contribuir a la generación de un conocimiento comprometido, contextualizado y situado que contribuya a la transformación de la sociedad.

La presente tesis es el resultado de todo el proceso de investigación. El apartado 1.2 analiza los debates feministas sobre el desarrollo profesional en medicina en base a una búsqueda bibliográfica amplia e interdisciplinaria. Este apartado expone los antecedentes, las preguntas que orientan a la mayoría de los trabajos, los conceptos teóricos más utilizados y las principales conclusiones alcanzadas.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico elegido para analizar los discursos sobre el desarrollo profesional de médicas y médicos de familia. Desde una perspectiva teórica feminista se pretende reconocer un espacio de pensamiento crítico, de saber y acción específico, a la vez que aportar en la transformación de las condiciones sociales que perpetúan la subordinación de las mujeres. Sabiendo que el feminismo es plural e interdisciplinar se escogen y se exponen los conceptos teóricos que permitirán analizar el tema de estudio. Estos son el género, las relaciones de poder y el reconocimiento de autoridad. Por otra parte, los conceptos de éxito y logro profesional, de atribuciones causales y de trayectorias profesionales resultarán fundamentales para estudiar los discursos sobre el desarrollo profesional en Medicina de Familia.

El epígrafe 3 presenta los objetivos que se pretenden alcanzar. En el cuarto capítulo se expone la metodología cualitativa utilizada, basada en grupos de discusión, así como los perfiles de los grupos, la modalidad y dificultades para contactar a las personas participantes y el guión de discusión. Asimismo, se describe el proceso de análisis que se realizará en distintos niveles, según los objetivos del estudio. De esta forma, el análisis descriptivo y de contenido del discurso se hará en la totalidad de los grupos, el análisis crítico del discurso se realizará, únicamente, en los grupos de médicas.

El quinto capítulo, presenta los resultados del análisis de la estructura y dinámica de los grupos de discusión. El sexto epígrafe expone las similitudes y diferencias en los relatos de médicas y médicos de familia respecto al desarrollo profesional. El séptimo capítulo presenta los resultados del análisis crítico del discurso de los grupos realizados con médicas de familia y su discusión. Por último, se exponen las conclusiones alcanzadas.

1.2. Antecedentes: debates feministas en torno al desarrollo profesional de las médicas

He realizado una búsqueda bibliográfica amplia e interdisciplinaria (historia, sociología y psicología) con el objeto de conocer las aportaciones teóricas y empíricas al tema de estudio.

He consultado artículos científicos publicados en revistas científicas médicas, de humanidades y de ciencias sociales, monografías, informes y libros. Fundamentalmente he indagado los trabajos del ámbito español pero también estudios anglosajones, nórdicos y latinoamericanos. El límite establecido en la fecha de publicación fueron los últimos 20 años. He buscado en las bases de datos bibliográficas de medicina, humanidades y ciencias sociales: PubMed, LILACS, ISOC, SciELO, OvidMd, Dialnet, Proquest, de libre acceso y suscritas por la Universidad de Granada y la Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. También he consultado los catálogos de las bibliotecas de la Universidad de Granada, de la Escuela Andaluza de Salud Pública y de la Universidad Nacional Autónoma de México. En todas las bases de datos los principales descriptores utilizados para la búsqueda fueron: “médica*”, “género”, “medicina”, “mujeres” “profesión*”, “carrera”, “éxito”, “logro” y los mismos términos en inglés: “physician”, “women” “gender”, “medicine”, “career”, “profession”, “success”, “achievement”. Por último, también he consultado las citas bibliográficas de obras relevantes en las publicaciones seleccionadas.

Seleccioné trabajos realizados desde una perspectiva feminista. La investigación sobre desarrollo de la carrera profesional de las médicas aborda

diversas y complejas temáticas entrecruzadas desde múltiples enfoques feministas y disciplinas científicas. Sus aportes teóricos y empíricos se retroalimentan, no son excluyentes, y nos permitirán comprender el desarrollo profesional de las médicas de una forma más completa.

Las aproximaciones feministas al estudio de la profesión médica resaltan la importancia del género como categoría de análisis desde dos enfoques principales. El primero está centrado en explicar las desigualdades de género en la profesión médica, mientras que el segundo estudia la contribución de las mujeres en la medicina especialmente en relación a la práctica asistencial. Estos dos enfoques representan el desplazamiento en el foco de análisis feminista, que se inicia con la denuncia y el análisis de la exclusión, discriminación y subordinación de las mujeres, y se amplía hacia una reflexión sobre la importancia del trabajo de las mujeres, analizando su experiencia y subjetividad e interrogándose por la forma de construir una nueva conceptualización sobre su desarrollo profesional (Borderías y Carrasco 1994, p. 77). En base a estos dos enfoques presento los antecedentes del tema de estudio.

1.2.1. Desigualdades de género en la profesión médica

We argue that the sex segregation of the work of doctors cannot be understood only as a product of self-selection or social selection. Instead, the occupational choices of women physicians are to large extent responses to institutional barriers that restrict their options. Moreover, the internal differentiation of medical work by gender must be analyzed in the light of broader structural changes in contemporary health care.

Elliane Riska y Katarina Wegar, 1993

El estudio de la carrera profesional de las mujeres, particularmente de las médicas, ha estado orientado principalmente al análisis de los factores sociales, estructurales y organizativos que determinan sus posibilidades para incorporarse, permanecer y promocionarse en la profesión. La mayor parte de la literatura ha indagado el impacto de las barreras y las dificultades a las que mujeres profesionales han tenido que enfrentarse en su desarrollo profesional y, en menor medida, los aspectos que podrían actuar de forma positiva (Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Agut y Martín 2007; Riska 2011; Barral et al. 2012).

Las aportaciones realizadas desde la historia de la ciencia sobre los orígenes de los obstáculos profesionales y las estrategias utilizadas por las médicas resultan imprescindibles para comprender la genealogía androcéntrica y las numerosas barreras estructurales que caracterizan a la profesión médica. La trayectoria de avances y retrocesos de las médicas a lo largo de la historia nos muestra su paso desde los márgenes de los sistemas organizados de asistencia, hasta su posterior inclusión y, en ocasiones, transformación de los mismos (Cabré y Ortiz 2001, p. 13).

Las investigaciones explican que la misoginia, la exclusión de las mujeres y la cancelación de su autoría fueron las características de la organización y

consolidación de la medicina que se produjo en Europa durante la época comprendida entre los siglos XII y XVII (Ortiz 1985; Cabré y Ortiz 2001, p.13-18). Las universidades prohibieron el ingreso de las mujeres a partir del siglo XIII y durante casi seis siglos (Ortiz 1985), los mecanismos de exclusión y de demarcación fueron claves en la construcción androcéntrica de la profesión médica. Sin embargo, las médicas pioneras implantaron simultáneamente dos tipos de estrategias, las que pretendían incluir a las médicas en las instituciones profesionales ya existentes, y las estrategias separatistas que creaban espacios solo para médicas (Witz 1995, p.83-103). Estos espacios profesionales, como los dispensarios o las sociedades científicas de mujeres, permitieron vincular los intereses profesionales, sociales y feministas de las médicas de la época. En ellos, las médicas podían desarrollarse profesionalmente, para posteriormente ser aceptadas en espacios mixtos, y resistir a la concepción unidimensional del profesionalismo médico (More 1999, p. 42).

Como resultado de su lucha, durante el siglo XIX muchas mujeres europeas y norteamericanas conquistaron las aulas universitarias y el derecho a ejercer la práctica médica (Ortiz 1985; Cabré y Ortiz 2001, p. 18; Riska 2001, p. 5; More, Fee y Parry 2009). El ingreso de las mujeres en la profesión médica también fue impulsado por el movimiento feminista de la época, cuyos objetivos estaban principalmente orientados a la incorporación de las mujeres a la vida pública a través del sufragio y de la educación (Morantz-Sánchez 2000, p.351).

Sabemos que en España la plena admisión de las mujeres en la universidad estuvo vedada hasta 1910 (Flecha 1996; Magallón Portolés 1998, p. 81). Sin embargo, en 1872, María Dolores Maseras fue la primera mujer en matricularse en la Facultad de Medicina de Barcelona, posteriormente y hasta 1881, se

matricularon nueve más (Montero 2009, p. 37). Estas mujeres aprovecharon las grietas de la legislación de la época, que no prohibían expresamente el ingreso a las universidades, y realizaron lo que Consuelo Flecha (1996, p. 97-99) denomina política de hechos consumados.

Entre 1888 y hasta 1910 se establecieron normativas que obligaban a solicitar un permiso académico a todas aquellas mujeres que desearan matricularse (Ortiz 1985; Montero 2009, p. 38-39). El número de mujeres en medicina en nuestro país era inferior al registrado en países limítrofes y muy inferior en comparación con otros países como Rusia, Inglaterra o Estados Unidos (Ortiz 1985), donde la ausencia de requisitos académicos para licenciarse, el pluralismo y la medicina homeopática, así como la existencia de escuelas médicas separatistas y exclusivas para mujeres, fueron tres condiciones que influyeron en que las estadounidenses ingresaran a la medicina antes que las europeas (Riska 2001, p. 34).

El principal obstáculo que explicaría la menor participación de las mujeres en la medicina española es el rol de género asignado a las mujeres por la sociedad patriarcal. Fuertemente reforzado en nuestro país con los discursos misóginos emitidos desde la iglesia católica, la ciencia y la educación que pretendían recluir a las mujeres al mundo privado (Ortiz 1985; Magallón Portolés 1998, p. 66; Flecha 1999). En un contexto donde el 74% de las mujeres eran analfabetas y en medio de un gran debate centrado en la cuestión de si las mujeres podrían o no ejercer la medicina (Álvarez Ricart 1988, p. 59-170), en 1882, dos jóvenes españolas obtuvieron el doctorado en medicina: Dolors Aleu Riera y Martina Castells Ballespí (Flecha 1996, p. 160, 1999; Magallón Portolés 1998, p. 79).

Las dificultades de las médicas pioneras estribaron en la interacción de dos obstáculos históricos: el cuidado de la familia, socialmente la primera y principal

obligación de las mujeres; y la ideología profesional, construida sobre la experiencia y los valores masculinos, que demanda disponibilidad absoluta y sobrevalora las características de individualismo, competencia, objetividad y agresividad (Morantz-Sánchez 2000, p.360). Ambos obstáculos fueron reforzados por la rápida industrialización del siglo XIX y a ellos se enfrentaron las médicas pioneras, quienes no solo demostraron que podían ser buenas profesionales, sino también que podían encontrar soluciones para compaginar su vida profesional y familiar (Morantz-Sánchez 1989). Los cambios no han sido fáciles y diversos estudios, algunos de corte biográfico, revelan los enfrentamientos y las estrategias utilizadas para resolver la dicotomía de ser-médica y ser-mujer característica del siglo XIX y la primera mitad del XX (More 1999, p 182-215; Morantz-Sánchez 2000, p. 90-143; Rodrigo 2002).

La situación de las mujeres profesionales ha pasado de la exclusión explícita en el pasado a la actual segregación en la vida profesional (Oficina Internacional del Trabajo 2004, p. 1-2; Hausmann y Tyson 2007; ETAN 2001, p. 21). Esta desigualdad de género también se observa en la profesión médica a pesar del aumento progresivo del número de mujeres en numerosos países (Ortiz 2007; Elston 2009, p. 42-46). Estudios comparativos sobre la situación de las médicas constatan que este aumento no ha implicado la eliminación de obstáculos para su desarrollo profesional (Riska y Wegar 1993; Pringle 1998; Riska 2001; McMurray et al. 2002) y los factores que dificultan el desarrollo profesional no son específicos de una institución, de un sector profesional, ni de un país (Bickel 2000; Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Levitt et al. 2008).

El interés por las desigualdades de género en la profesión médica surge a finales de 1970, pero es a partir de 1995 cuando la literatura científica sobre el

tema aumenta progresivamente (Riska 2011). Las desigualdades de género en medicina han tenido fundamentalmente dos tipos de explicaciones: las individuales y las estructurales. Las primeras se basan en las preferencias personales relacionadas con la socialización en los roles de género: la identidad de género, la motivación, las atribuciones causales, la autoeficacia, o las expectativas sociales, entre otras, son las características individuales más estudiadas (Barberá y Cantero 1994). Las segundas enfatizan la importancia de los factores estructurales para generar y reproducir las desigualdades como por ejemplo la cultura profesional androcéntrica.

Las teorías de la socialización de género explican cómo se adquieren roles y valores que determinan las diferencias de género en diversos aspectos de la carrera profesional, como por ejemplo la preferencia en la elección de la especialidad médica o las diferencias en la práctica asistencial (Phillips e Imhoff 1997; Riska 2011). Para Virginia Valian (1999, p. 2-3) la socialización de género tiene un papel central en delinear la carrera profesional de mujeres y hombres. En el caso de las mujeres, el rol de género asignado se fundamenta en los cuidados y la esfera relacional, lo cual afecta a sus percepciones, expectativas y evaluación de logro y dificulta su desarrollo profesional. Por el contrario, el rol de proveedor y los valores de autonomía y poder asignados a los varones son características que favorecen el desarrollo profesional de los mismos.

Uno de los temas estudiados es la segregación horizontal, es decir la distribución desigual de mujeres y hombres en determinadas especialidades médicas. La mayoría de los estudios sobre el tema destaca que las diferencias en las elecciones profesionales son consistentes con los roles adquiridos en la socialización de género. Estos roles fomentan una jerarquía de intereses y valores

entre mujeres y hombres que explicaría la diferencia en las expectativas y elecciones en la carrera de mujeres y hombres (Neittaanmaki et al. 1999; Konrad et al. 2000; Wigfield y Eccles 2002; Mayorova et al. 2005). Destaca, en el caso de médicas, la influencia de valores personales, familiares y sociales más congruentes con los roles de género y también la posibilidad que ofrecen las distintas especialidades para el trato asistencial directo con la comunidad. Así, los roles de cuidado para el caso de las sanitarias explicarían la feminización de determinadas especialidades, como por ejemplo la medicina de familia o la pediatría (Pozzio 2012). Por el contrario, en las elecciones de los médicos es mayor la importancia otorgada a los ingresos económicos y a la creencia de que la medicina es una profesión con prestigio y con altas oportunidades para el desarrollo (Levitt et al. 2008, p. 5).

Desde hace algunas décadas se observa la tendencia del predominio de médicas en especialidades con menor salario y prestigio, que conllevan mayor interacción con pacientes y condiciones de trabajo con mayores facilidades para compaginar con tareas domésticas y/o de cuidado, esto ocurre en especialidades generalistas como la pediatría, la psiquiatría y la medicina de familia; y por el contrario las médicas están menos representadas en todas las cirugías y en otras áreas médicas más instrumentalizadas (Buddeberg-Fischer et al. 2003; Barber Pérez y González López-Valcarcel 2009, p. 29.; Levitt et al. 2008, p. 5; Elston 2009, p. 42-46).

La mayoría de los estudios realizados desde este enfoque analizan los efectos negativos de la socialización diferencial en el desarrollo profesional de las mujeres. Destacan la falta de habilidades y recursos para negociar y competir (Kaufmann 2007; Coria 2008), la restricción de aspiraciones profesionales (Phillips

e Imhoff 1997; Valian 1999, p. 103-6) y de liderazgo (López Zafra, García Retamero y Egly 2009), la menor actitud hacia el reconocimiento (Buckley et al. 2000), la baja autoestima (Valian 1999, p. 152-4), la baja auto-eficacia (Agut y Martín 2007), las diferencias en los modelos de elección profesionales (Wigfield y Eccles 2002) y la mayor auto-exigencia (Delgado, Távora y Ortiz 2003), entre otros aspectos.

Otro de los temas estudiados es el papel de la identidad. Tanto la identidad profesional como la identidad de género son construcciones sociales resultantes de procesos de socialización que construyen conjuntamente las personas y las instituciones (Ortiz 2001). El sistema de género ha desarrollado una identidad profesional masculina compuesta por elementos que conforman un ideal de la profesión y del desempeño profesional que exigen dedicación completa, competición, largas jornadas de trabajo y una atención instrumental, técnica y biomédica. Estos elementos provocan conflictos en las médicas debido al contraste con las características de su identidad de género lo que contribuiría a explicar su desigualdad profesional (Pringle 1998, p. 10-13; Harrison 2000; Morantz-Sánchez 2000, p.355; Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Delgado, Távora y Ortiz 2003; Ortiz 2005).

También se ha destacado la importancia del entorno inmediato de socialización primaria en la carrera profesional de las médicas. Factores como el nivel educativo de los progenitores, su ocupación y la importancia otorgada a la educación, tienen gran influencia en la carrera profesional, especialmente, en el caso de las médicas (Paicheler 2001, p. 182; Delgado et al. 2009).

Las explicaciones basadas en las teorías de socialización son cuestionadas por algunas autoras por considerar que su análisis sobre la situación de las mujeres en las profesiones es reduccionista debido a que no incluye el papel de la

estructura de la organización ni tampoco los modelos androcéntricos de carrera profesional vigentes (Borderías y Carrasco 1994, p. 49-50; Witz 1995, p. 2-3; Riska 2001, p. 22-23). Tampoco incorpora otros factores como, por ejemplo, la influencia de los procesos sociales e históricos en la construcción de las profesiones (Pozzio 2012). Por último, otras críticas subrayan que el análisis del género presente en estas explicaciones considera al género como un rasgo individual, personal que, además, se presupone estable a lo largo de la vida de las personas y en los distintos contextos sociales (Risman y Davis 2013).

Por el contrario, la segunda línea explicativa enfatiza la importancia de los factores estructurales. Los diferentes obstáculos estructurales interaccionan para generar desventajas acumulativas en el desarrollo profesional de las médicas (Bickel 2000; Coletti, Mulholland y Sonnad 2000). En los últimos años, los tres obstáculos más estudiados en relación a las médicas son la discriminación, las responsabilidades domésticas y familiares, y la rigidez en las estructuras profesionales (Reed y Buddeberg-Fischer 2001).

Sabemos que la discriminación hacia las mujeres puede presentarse de forma directa o indirecta. La ley de igualdad (BOE 3/2007) considera discriminación directa el trato menos favorable por razón de su sexo hacia una persona en situación comparable a otra. La discriminación indirecta es definida como la situación en la que una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros pone a personas de un sexo en desventaja. La discriminación por ser mujer se relaciona con otros ejes de desigualdad para profundizar las desventajas profesionales de médicas lesbianas, de escasos recursos económicos, o de etnias o razas diferentes a la blanca (Levitt et al. 2008, p. 11-12). Por todo esto se señala la importancia de vigilar que el aumento de mujeres en las profesiones sanitarias

no enmascare los problemas de discriminación que actúan dificultando el desarrollo profesional.

Algunos estudios señalan que las médicas en Occidente no se encuentran, en general, con situaciones de discriminación directa, aunque, las posibilidades de ser discriminadas de forma indirecta son muy frecuentes (Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Arrizabalaga y Valls-Llobet 2005; Taylor, Lambert y Goldacre 2009; Bevan y Learmonth 2013).

Entre los mecanismos discriminatorios indirectos se mencionan la jornada a tiempo parcial que perjudica a las médicas alejándolas de muchas oportunidades profesionales (Levitt et al. 2008, p. 44; Taylor Lambert y Goldacre 2009; Delgado y Saletti 2011); los mecanismos informales de selección de personal (Reed y Buddeberg-Fischer 2001); la falta de mentores o un peor asesoramiento (Bickel 2000; 2011; Riska 2011; Stamm y Buddeberg-Fischer 2011); la mayor precariedad laboral (Gill de Albornoz y Chorén Rodríguez 2010, p. 49-58; Dolado Lobegad y Felgueroso Fernández 2010, p.109-133); la discriminación salarial (Hojat 2000; Laine y Turner 2004; Wallace y Weeks 2002; Wright et al. 2003; Shollen et al. 2009; Dolado Lobegad y Felgueroso Fernández 2010, p.109-133); los dobles estándares de evaluación (Bickel 2011) y los menores recursos y apoyos institucionales recibidos (Coletti, Mulholland y Sonnad 2000; Wright et al. 2003; Shollen et al. 2009; Buddeberg-Fischer et al. 2010).

Otros estudios coinciden en señalar que las personas, en su mayoría hombres, que deciden en los procesos de selección y contratación tienden a elegir postulantes con características similares a las propias y que la distribución de cargos, y en definitiva del poder, se realiza en un círculo cerrado de redes masculinas (Tesch 1995; Coletti, Mulholland y Sonnad 2000; ETAN 2001, p. 21;

Reed y Buddeberg-Fischer 2001; García de León 2002, p. 226-228; Van Den Brink y Benschop 2012). Este fenómeno utilizado por el patriarcado y denominado como “pacto entre hombres”, “círculo de amigos” (ETAN 2001, p. 21, Amorós 2005, p. 113-4) o “*old boy’s club*” (García de León 2002, p. 226-228; Levitt et al. 2008, p. 123; Buddeberg-Fischer et al. 2010) representa un mecanismo de distribución de poder entre varones que podría explicar los obstáculos para que las mujeres ocupen puestos de responsabilidad.

En las últimas décadas los esfuerzos por mostrar y explicar la segregación vertical de las mujeres ha sido un eje fundamental de investigación. Existen datos que muestran cómo, a pesar de que se feminizan todas las categorías de la jerarquía profesional, la desventaja de las médicas en el acceso a los niveles superiores se mantiene (Nonnemaket 2000; Levinson y Lurie 2004). En el caso de España, las médicas suelen ocupar menos puestos de trabajo de prestigio y poder (Rohlfis et al. 2007, p. 30-31; Servicio Andaluz de Salud 2008; Delgado y Saletti 2010; Santamaría et al. 2009), ejerciendo en jornadas reducidas y con menores ingresos (Gill de Albornoz y Chorén Rodríguez 2010, p. 53-58). Además, tienen menores posibilidades para la investigación (Observatorio de Salud de la Mujer 2009, p. 25-37, Delgado et al. 2011b) y están infrarrepresentadas en el mundo académico (Colomer y Peiró 2002, Ortiz, Birriel Salcedo y Ortega del Olmo 2004). La influencia de variables como la edad, la antigüedad profesional, las responsabilidades familiares o los espacios de trabajo no explican la segregación de las médicas en la ocupación de cargos directivos (Kvaerner, Aasland y Botten 1999; Rohlfis et al. 2007, p. 30-31; Delgado et al. 2011b). Otros estudios también constatan la existencia de segregación vertical en diversos países y contextos sanitarios (Kvaerner, Aasland y Botten 1999; Reed y Buddeberg-Fischer 2001;

Wright et al. 2003; Weil y Mattis 2001; Lantz 2008; Elston 2009, p. 109- 123; Zhuge et al. 2011, Bevan y Learmonth 2013).

La división sexual del trabajo que asigna a las mujeres los roles de cuidado del hogar y de las personas dependientes es otro obstáculo estructural que afecta a las decisiones profesionales de las médicas y las interrupciones en su carrera profesional (Pringle 1998, p. 12-13; Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Verlander 2004; Levitt et al. 2008, p. 125; Elston 2009, p. 83-84). El patriarcado se fundamenta en la sumisión de las mujeres a través del control de su sexualidad y de su acceso a los medios de producción. La participación de las mujeres en el mercado de trabajo remunerado está limitada además por el sistema de producción capitalista. Su posición subordinada en el mercado laboral refuerza su dependencia económica en el ámbito familiar y privado. Esto significa que los intereses interdependientes del patriarcado y del capitalismo han establecido las condiciones de empleo de las mujeres y su consecuente subordinación en el ámbito familiar y privado (Hartmann 1979, p. 255-294; Witz 1995, p.11-38).

La interrelación entre los roles familiares y profesionales en el desarrollo profesional de las médicas se ha comprobado en diversos estudios (De Koninck et al. 1995; Barnett 2004; Hinze 2004; Verlander 2004; Straehley y Longo 2006; Shollen et al. 2009; Buddeberg-Fischer et al. 2010; Delgado et al. 2011c; Dolado Lobregad y Felgueroso Fernández 2010, p.221-239). Además los obstáculos que experimentan las médicas para conciliar las esferas familiares y laborales son intergeneracionales. Los resultados de un estudio reciente, que estudia médicas madres en comparación a sus hijas médicas, señalan que las nuevas generaciones perciben menor satisfacción con su carrera (Shrier y Shrier 2005).

Tener hijas/os aumenta de manera desigual las responsabilidades familiares y domésticas, y parece provocar numerosos obstáculos en el desarrollo profesional de las médicas aunque no en el de los médicos. En España se observa que más médicas que médicos viven solas, no tienen descendencia y, en el caso de tener pareja, cerca de la mitad ejercen la medicina (Rohlf's et al. 2007, p. 40-41; Delgado et al. 2009). Estas características también se han observado en mujeres académicas de nuestro entorno (García de León 2002, p. 172-4; Escolano Zamorano 2006, p. 235-6). En otros países la situación es similar, los médicos viven en pareja con hijos o hijas en mayor proporción que ellas (Hinze 2004) y los porcentajes de médicas que viven solas son superiores (Reed y Buddeberg-Fischer 2001) tanto en ámbitos de atención sanitaria (Dumelow, Littlejohns y Griffiths 2000; Danesh-Meyer et al. 2007), como en los académicos (Shollen et al. 2009). Igualmente son más frecuentes las médicas sin descendencia que los médicos (De Koninck et al. 1995; Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Hinze 2004; Straehley y Longo 2006; Shollen et al. 2009).

De igual forma se ha señalado la importancia de las parejas en el desarrollo profesional de las médicas. La elección de pareja por las médicas confirma su estatus social, ya que un alto porcentaje tiene un cónyuge con estudios superiores, muchos de ellos médicos (Paicheler 2001, p. 183-4; Delgado et al. 2009, Dolado Lobregad y Felgueroso Fernández 2010, p. 215). Existe disparidad al analizar los efectos de la ocupación de la pareja. Mientras algunas investigaciones indican que las médicas en pareja con otro médico tienen mayor especialización médica (Gjerberg 2003), mejor ajuste ocupacional (Dolado Lobregad y Felgueroso Fernández 2010, p. 231) y perciben mayor apoyo para su desarrollo profesional (Sobecks et al. 1999; Schragger, Kolan y Dottl 2007), otras

apuntan a que estas médicas ganan menos dinero, dedican menos tiempo a actividades profesionales (Woodward 2005), tienen mayor carga familiar y doméstica (Tesch et al. 1993; Sobecks et al. 1999) y perciben mayores obstáculos para alcanzar sus objetivos profesionales (Sobecks et al. 1999).

Otro de los obstáculos estructurales estudiados es la rigidez en las estructuras profesionales relacionado con la distribución del poder en círculos cerrados de redes masculinas. El androcentrismo, presente en el diseño y en la puesta en marcha de los modelos de desarrollo profesional, permite ejercer y preservar el dominio masculino en la profesión médica. La propia organización encarna el sistema de género lo que significa que el género está presente en el proceso, en las prácticas, las imágenes, las ideologías y en la distribución del poder con la finalidad de beneficiar a los hombres (Risman y Davis 2013). De esta forma, se construye una cultura profesional androcéntrica basada en la competitividad y el éxito, caracterizada con rasgos atribuidos a los varones, que exige largas jornadas de trabajo y dedicación exclusiva a la carrera (Markus 1990; Reed y Buddeberg-Fischer 2001).

Los conceptos de *habitus* y de capital humano de Pierre Bourdieu permiten analizar cómo la dominación masculina atraviesa el mundo científico, también en la ciencia española (García de Cortázar y Nebreda et al. 2006). Estudiar el funcionamiento de la organización científica como un espacio social, compuesto por diversos campos y agentes que funcionan con una lógica específica, permite indagar las desigualdades de género en la distribución desigual de capital. La importancia del capital social en el desarrollo profesional de las mujeres ha sido comprobada en diversos ámbitos profesionales (Metz y Tharenou 2001; Ng et al. 2005). Sin embargo, las explicaciones basadas en las teorías del

capital social se limitan a estudiar las decisiones individuales que toman las mujeres a lo largo de su desarrollo profesional sin tener en cuenta el contexto ni la influencia de la élite organizacional (Riska y Wegar 1993; Ng et al. 2005).

En los últimos años la mayor parte de las investigaciones sobre el tema utilizan modelos integradores para analizar la interacción entre variables estructurales, por tanto externas a los individuos, y variables subjetivas propias de cada persona en un contexto determinado. Estos modelos integradores permiten explicar aspectos que no se comprendían en los planteamientos más tradicionales y explican que la subordinación profesional de las médicas se debe a la actuación interrelacionada de múltiples obstáculos. El sistema de género es analizado como una estructura social que impacta a nivel individual, interaccional e institucional (Risman y Davis 2013).

En esta línea se encuentran los diversos estudios que utilizan la metáfora del techo de cristal para explicar las desigualdades de las mujeres profesionales. El techo de cristal es una barrera invisible formada por obstáculos externos (estructura, cultura organizacional y estereotipos de género), internos (identidad de género, motivación, atribuciones, aspectos de personalidad) e interactivos, que impide a las mujeres seguir avanzando hasta ocupar los puestos más elevados en las jerarquías ocupacionales (Lorber 1993; Burin 2003; Ramos 2005, p. 38-48). Este concepto unifica las diversas explicaciones sobre las barreras internas y los mecanismos estructurales que mantienen las desigualdades de género (Barberá et al. 2001), también en medicina (Riska 2011; Zhuge et al. 2011).

Actualmente se debate el uso de términos o figuras alternativas al techo de cristal ya que, al asumir que existe un obstáculo invisible ubicado en los penúltimos escalones del desarrollo profesional, supone una visión estática y

unidimensional que dificulta el análisis de los mecanismos presentes en los diferentes momentos del desarrollo profesional (Pozzio 2012). En su reemplazo, se propone utilizar la figura de “laberinto de cristal” para transmitir que los obstáculos son múltiples y se encuentran interactuando en diferentes momentos de las trayectorias profesionales (Eagly y Carli 2007). También se formula la figura de “fronteras de cristal” como una nueva barrera que surge por la mayor deslocalización de los sitios de trabajo, característica del siglo XXI, y que se añade al techo de cristal para obligar a las mujeres a elegir entre su familia o su desarrollo profesional en un nuevo entorno (Burin 2008).

Podemos concluir que el desarrollo empírico y teórico de los estudios sobre las desigualdades de género en la medicina reflejan el cambio del análisis del género primero, como un factor individual y estable, a su posterior consideración como estructura social, encarnada en las organizaciones sanitarias, que estratifica, restringe y perpetúa las desigualdades de las médicas. Por último, se identifica una tercera línea que analiza el impacto del sistema de género en distintos niveles de análisis, todos ellos en continua interacción. Los avances teóricos en el estudio de las desigualdades de género revelan la importancia de realizar análisis complejos que permitan develar el funcionamiento del sistema de género, ampliar su conocimiento y diseñar acciones para su deconstrucción.

1.2.2. Aportes y reformulaciones de las médicas a la profesión

Las mujeres llevamos, pues, al lugar de trabajo algo que ahí se valora poco en dinero: llevamos la relación no instrumental, la relación sin fin, por el gusto de estar en relación.

María Milagros Rivera Garretas, 2003

El interés por el sistema de género como variable fundamental en la estratificación de las profesiones y el análisis de la presencia y la influencia de las mujeres en la profesión médica surge a finales de 1970 (Riska y Wegar 1993; Witz 1995, p. 39-40; Riska 2011).

En nuestros días, ante el progresivo aumento del número de médicas, las investigadoras feministas se preguntan si su presencia eliminará los sesgos de género en el conocimiento y en la atención sanitaria y si modificará la organización médica y la práctica asistencial (Riska y Wegar 1993; Dufort y Maheux 1995; Morantz-Sánchez 2000, p. 361; Riska 2001; Levinson y Lurie 2004; Heath 2004; Allen 2005; Boulis y Jacobs 2008, Levitt et al. 2008, p. 174-180). El argumento implícito en estos trabajos es que la igualdad, entendida cuantitativamente como el aumento del número de mujeres, no es suficiente y podría suponer que las mujeres tuvieran que anularse y adaptarse a las trayectorias y al hacer de los hombres. Por el contrario, sería necesario reivindicar el derecho de las mujeres a acceder a la profesión con voz propia, a cuestionar las normas, los criterios y los valores androcéntricos, y a poder redefinir las reglas de la profesión con nuevos valores (Alemany 2011, p. 44; Miqueo 2011, p. 125).

En este sentido, una potente línea de investigación analiza lo específico de la inclusión de las médicas y sus aportes a la profesión. Son trabajos interdisciplinarios que reflexionan sobre el valor del trabajo de las médicas, su conocimiento y su subjetividad. Resaltan la capacidad de agencia de las médicas de todos los tiempos en la construcción de un estilo de práctica propio y de una identidad profesional común (Pringle 1998; Ortiz 2005; More, Fee y Parry 2009). Señalan que las médicas tienen valores y expectativas diferentes respecto a su desarrollo profesional y analizan las identidades subjetivas, las formas en que las sanitarias viven y definen su trabajo profesional y sus formas de entender y ejercer las profesiones. Esta línea de investigación ha destacado la diversidad individual y colectiva de identidades y prácticas de las sanitarias en diversos espacios y épocas, ha contribuido a crear nuevos modelos para transformar y subvertir los mandatos de género y además, al valorar las características sociales atribuidas a las mujeres y el cuestionamiento de estereotipos y estilos masculinos, ha generado una identidad colectiva propia entre mujeres (Ortiz 2006, p. 205).

La historia de las mujeres, la medicina y la salud ha tenido un importante papel en esta línea de investigación. Los primeros estudios historiográficos tuvieron como objetivo la construcción de una genealogía feminista, es decir, recuperar y documentar el protagonismo y los aportes de las mujeres como agentes de salud (Ortiz 2006). Además de lograrlo, estos trabajos también han develado que la ciencia es parcial e incompleta y, que su desarrollo se ha basado en la experiencia masculina al excluir el saber de las mujeres (Alemany 2011, p. 45).

A partir de la década de los 90 la historiografía analiza nuevos aspectos de la práctica médica y sanitaria de las mujeres y también las relaciones de género dentro de la profesión y con otras profesiones sanitarias. Entre los temas

estudiados destacan la autoría femenina en textos médicos del pasado, el aporte de las médicas en la construcción de nuevos modelos de práctica y de identidad profesional, y la defensa por la igualdad de oportunidades profesionales (Ortiz 2006, p. 184). El feminismo de la diferencia sexual y la epistemología del punto de vista feminista están implícitos en la mayoría de estos estudios (Ortiz 2006, p. 185).

Otro de los temas estudiados desde la historiografía es la implicación de las médicas en la transformación de ideas y prácticas médicas hegemónicas. En diversos países, la presencia de las primeras médicas y las agendas feministas emancipadoras influyeron fuertemente en las principales transformaciones científicas, profesionales y organizacionales de la medicina generando nuevos conocimientos científicos sobre la salud de las mujeres y nuevos estilos de práctica médica más humanista y holista (Riska 2001, p. 117). Sus argumentos pretendían deconstruir las ideas biologicistas sobre la inferioridad de las mujeres destacando la importancia social del acceso y el derecho a la educación de las mujeres (Flecha 1999; Morantz-Sánchez 2000, p. 47-63; Cabré y Ortiz 2001, p. 18-19; Bittel 2009; Morantz-Sánchez 2009; Marcia Tuchman 2009). Estos trabajos reflejan que la mirada de las médicas a la ciencia ha implicado un cuestionamiento radical al conocimiento y a la práctica médica hegemónica.

Otra importante línea de investigación interdisciplinar estudia los cambios que podría implicar el progresivo aumento de la presencia de las mujeres en la profesión médica. La feminización de la medicina podría ofrecer la posibilidad de difundir y de incluir en la medicina los valores y habilidades socialmente atribuidas a las mujeres, tales como la empatía, la escucha o los cuidados, especialmente en relación a los estilos de práctica médica, favoreciendo la atención centrada en las necesidades de los y las pacientes (Delgado et al. 2001;

Roter, Hall y Aoki 2002; Roter y Hall 2004; Levinson y Lurie 2004; Kilminster et al. 2007; Levitt et al. 2008, p. 174-180). Además, su presencia cuestionaría y modificaría muchos de los supuestos convencionales sobre el poder médico androcéntrico como, por ejemplo, el estatus y los privilegios sociales (Pringle 1998, p.3). Por otra parte, los y las pacientes expresan preferencias por una médica para determinados problemas de salud, en especial sociales o de salud mental, ya que le atribuyen mayor afectividad y empatía (Delgado et al. 2011a). Además, los estudios indican que a veces la satisfacción es superior en la consulta con las médicas, especialmente de las pacientes mujeres (Delgado y López-Fernández 2004; Levitt et al. 2008, p.176). En definitiva, la feminización podría suponer notables cambios, especialmente en cuatro áreas: la relación asistencial con pacientes, la gestión local y social de la atención sanitaria, y la profesión médica en sí misma (Levinson y Lurie 2004). Para que estos cambios puedan tener impacto en las profesiones se ha señalado la importancia de crear espacios propios, de mujeres¹, en donde el intercambio de experiencias y opiniones permita el apoyo mutuo, repensar la profesión y crear pensamientos e instrumentos propios para transgredir el orden patriarcal (ETAN 2001, p. 28-29; Alemany 2011, p. 46).

La reflexión sobre los aportes de las médicas a la profesión se ha realizado, fundamentalmente, a partir del estudio de la experiencia y la subjetividad, lo cual

¹ Como ejemplos de espacios propios, en el ámbito de estudios de las mujeres profesionales (académicas, científicas o sanitarias), se encuentran los congresos feministas, como el Congreso Iberoamericano de ciencia, tecnología y salud; el grupo de género de SESPAS; los diversos institutos y grupos de investigación universitarios, entre los que destacan los de Granada, Madrid y Zaragoza; y las redes de profesionales sanitarias, como la red CAPS.

ha permitido conocer cómo las médicas viven y definen su trabajo, y cómo han formulado nuevos modos de entender la profesión (Ortiz 2006, p. 205). La propia multidimensionalidad de las experiencias permite reflexionar sobre la cultura del trabajo y la relación entre los diversos ámbitos de la vida. Las fronteras entre el trabajo asalariado y el trabajo doméstico o de reproducción se han ido diluyendo. Como consecuencia, desde la década de los 90, se ha desarrollado una línea de investigación que indaga, desde las experiencias de las mujeres, sobre los nuevos modos de desarrollar y conceptualizar el trabajo y su interacción o interdependencia con las diversas esferas sociales (Borderías y Carrasco 1994, p. 88-92).

Las diversas investigaciones feministas concluyen que es socialmente imposible escindir la vida laboral y familiar de cada persona y, que esta integración, lleva a las profesionales a reformular el significado de desarrollo y de éxito profesional cuestionando de este modo su androcentrismo (Markus 1990; Pringle 1998, p.222; Sturges 1999; Dyke y Murphy 2006). La presencia de las mujeres es fundamental para transformar el mercado de trabajo y el sentido masculino del mismo ya que aporta nuevos valores como, por ejemplo, la importancia de las relaciones sociales y su experiencia con el desempeño de tareas fundamentales para mantener la vida humana (Rivera Garretas 2003; Alemany 2011, p. 53).

Se ha señalado que uno de los efectos de la mayor presencia de las médicas es la creación de nuevos patrones de trabajo y de formación profesional junto con la implementación de nuevas políticas públicas para favorecer el equilibrio entre las responsabilidades familiares y laborales (McMurray et al. 2002; Levinson y Lurie 2004; Allen 2005). Sin embargo, muchas de estas políticas entienden la

conciliación como una propuesta individual dirigida a las mujeres quienes son empujadas a optar por fórmulas de reducción de jornada entre las que se destaca el trabajo a tiempo parcial (Delgado y Saletti 2011). Según la Organización Internacional del Trabajo (2009, p. 79), la experiencia demuestra que las políticas públicas conciliatorias de secuencia que alternan los tiempos laboral y familiar juegan en contra de la igualdad, ya que son mayoritariamente las mujeres las que se acogen a ellas. La apuesta por la igualdad real debe basarse, por un lado, en medidas derivativas, que desplazan tareas del ámbito privado al público y, sobre todo, en medidas educativas y cambios en el mercado laboral que actúen sobre la construcción de género.

La crítica feminista a la ideología de la cultura del trabajo, derivada de la experiencia y de los valores masculinos, es una de las contribuciones más importantes al estudio de la profesión médica. Esta línea de investigación demuestra que algunos valores de hombres y mujeres son diferentes y que la profesión se beneficiaría si incorporase los valores de las mujeres (Morantz-Sánchez 2000, p. 358). Este argumento ha provocado un gran debate y ha recibido críticas fundamentalmente por escencializar los rasgos y habilidades de las médicas y por considerar la existencia de dos sexos con características fijas y determinadas. En este sentido, se advierte que las intervenciones dirigidas a reconocer y valorar las diferencias podrían reforzar los estereotipos respecto a la feminidad (Ely y Meyerson 2000). Al no cuestionar el escencialismo, las conclusiones de estos estudios podrían ser utilizadas para justificar y reforzar la posición desigual de las médicas dentro de la profesión, por ejemplo en la ocupación de determinadas especialidades y no de otras (Pringle 1998 p. 97-101; Kilminster et al. 2007). El análisis de la identidad profesional ha girado sobre el

binarismo masculino-femenino dejando de lado la capacidad de agencia de las personas que se mueven por diferentes posiciones identitarias (Binns y Kerfoot 2011). En su reemplazo, se propone rechazar las totalizaciones que puede implicar el término “mujer” y analizar las subjetividades de las médicas desde enfoques postmodernos que tengan en cuenta las experiencias personales y situadas, y las diferencias de las mujeres en plural (Le Frevre 2001).

Los escasos estudios realizados en el ámbito médico con enfoques postmodernos destacan las múltiples identidades de las médicas (Harrison 2000), y analizan la interacción del género con otros ejes de desigualdad, tales como la raza o la clase social, señalando las consecuencias en la menor satisfacción con la carrera (Corbie-Smith, Frank y Nickens 2000) y las dificultades para ocupar puestos de liderazgo (Sánchez-Hucles y Davis 2010).

Por otra parte, también se han señalado las limitaciones de las posturas postmodernas en relación con la excesiva relativización y la escasa interconexión entre las múltiples subjetividades (López Guerrero 2006). En este sentido, Patricia García Guevara (2009) se pregunta cómo entender la multiplicidad que nos atraviesa sin tener la obligación de ser iguales y con el derecho al reconocimiento de nuestras particularidades. Para la autora, el nuevo reto en el estudio de las mujeres profesionales es la identificación de las múltiples diferencias, comprender desde donde habla cada una, y reconocer las diferentes identidades que nos conforman. Desde este posicionamiento teórico Margaret Harrison (2000) estudia a las médicas mexicanas. Concluye que sus múltiples identidades están moldeadas por las estructuras de los servicios de salud, las características personales, y las elecciones y oportunidades de desarrollo profesional. Todo ello configura

múltiples identidades y experiencias cuya interacción provoca diversas tensiones que afectan fundamentalmente a la vida familiar y profesional de las médicas.

En definitiva, esta línea de aproximaciones feministas aporta elementos conceptuales claves, entre los que destacan la identidad y la experiencia situada, para comprender el desarrollo profesional de las médicas. Además, refleja una gran diversidad en las experiencias de las médicas y la existencia de patrones comunes vinculados con su posición subordinada en el sistema de género. Por último, resalta la capacidad de agencia de las médicas para introducir cambios en la profesión y en la práctica médica.

2. Marco teórico

2. 1. Perspectivas teóricas y metodológicas feministas: género, poder y reconocimiento de autoridad

¿Por qué el feminismo y no otra perspectiva crítica? Entiendo el feminismo como un movimiento social y político que ha elaborado nuevas epistemologías, capaces de generar nuevas preguntas, conceptos y prácticas, y también propuestas emancipadoras. Fueron esas preguntas críticas las que primero llamaron mi atención y las que, posteriormente, me permitieron cuestionar y mirar con nuevos ojos la ciencia, la sociedad en la que vivo, y también a mí misma. Elijo y me sitúo en el feminismo para estudiar los discursos de las médicas de familia sobre el desarrollo profesional. Desde esta perspectiva pretendo reconocer un espacio de pensamiento crítico, de saber y acción específico, a la vez que aportar a la transformación de las condiciones sociales que perpetúan la subordinación de las mujeres.

Sabiendo que el feminismo es plural e interdisciplinar, que coexisten variedad de corrientes teórico-políticas que dan cuenta de múltiples feminismos, de la diversidad, la complejidad y el dinamismo, escojo algunos conceptos claves que me permitirán interpretar la realidad que estudio. Estos son los conceptos de género como categoría de análisis, relaciones de poder, y reconocimiento de autoridad, que seguidamente expondremos. Estas nociones no están exentas de cargas de etnia ni de clase y tienen importantes efectos en la mirada y en las

interpretaciones que realizamos²; al mismo tiempo reflejan la condición situada, específica e histórica desde la cual escribo.

Situarnos implica integrar nuestra subjetividad en el proceso de investigación y también explicitar nuestros objetivos. La posición política feminista de quien investiga es la característica principal que define a las metodologías feministas, ya que esta posición es la que garantiza que el objetivo del conocimiento será la transformación social y el empoderamiento/agenciamiento de las mujeres (Reinharz y Davidman 1992, p.6-7). Implica también trastocar las jerarquías y el poder, revolucionar la ciencia, posicionarnos desde una práctica política explícita ante el mundo científico. Construir nuestra autonomía epistémica y metodológica, como parte de la estrategia de lucha feminista, implica deconstruir modos de conocimiento para elaborar otros nuevos. Sin embargo, existe un amplio debate sobre si el feminismo ha elaborado o no nuevas metodologías de investigación. Esta discusión, más fuerte en la literatura anglofóna, se relaciona con la manera en que el feminismo participa en la investigación y con la vinculación entre ciencia y política (Bartra 2002, p. 5-6).

Sandra Harding (2002) indica que los métodos y las técnicas de recolección de datos que se utilizan en las investigaciones feministas son los

² Al respecto ver Liliana Suárez. Colonialismo, Gobernabilidad y Feminismos Poscoloniales. En: Liliana Suárez Navaz y Rosalva Aída Hernández Castillo (editoras). "Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes". Madrid: Cátedra, 2008. Pp: 24-67. La autora analiza los efectos de los diversos supuestos y premisas de la ilustración en la creación de conceptos feministas, entre las que destaca la homogenización, la universalización y la dicotomía naturaleza/cultura presente en las propuestas analíticas del feminismo clásico.

mismos que se aplican en otros estudios. La diferencia es la manera en que la investigación feminista los utiliza, el modo en que lee, escucha, observa o pregunta. Para la autora existen características metodológicas feministas que indican cómo aplicar la estructura general de la teoría a la investigación sobre las relaciones de género. La primera característica es la utilización de las experiencias de las mujeres como nuevos recursos empíricos y teóricos, cuya importancia es destacada en toda investigación feminista tanto en el contexto de descubrimiento como en el de justificación. El feminismo revela que el origen de las preguntas que se formulan, y sobre todo las que no se formulan, es relevante para la investigación y sus resultados. Es por ello que la pluralidad de experiencias de las mujeres ofrecen nuevos recursos y referentes de análisis. El segundo rasgo distintivo son los nuevos propósitos para la ciencia social: el estar a favor de las mujeres, por lo que el diseño de la investigación debe responder a estos objetivos de emancipación. El feminismo pretende un cambio social que modifique la vida de las mujeres y los sistemas de organización social, en este punto coincide con los objetivos planteados por el paradigma crítico. Por último, Harding (2002) define como tercer rasgo el nuevo objeto de investigación propuesto por el feminismo: situar a quien investiga en el mismo plano crítico que el objeto explícito de estudio.

El feminismo analiza la noción de poder y su implicación en la producción de conocimiento, destacando las responsabilidades y consecuencias éticas y políticas de quien investiga. La diversidad de reflexiones feministas sobre la ciencia es amplia, sin embargo podemos distinguir tres objetivos concretos: terminar con la ceguera de género en la investigación; producir conocimientos que den cuenta de las condiciones de vida y las experiencias de las mujeres y, por

último, producir teorías para eliminar la desigualdad y subordinación de las mujeres (De Barbieri 2002). En definitiva, las investigaciones feministas desafían los principios básicos de la ciencia a la vez que ofrecen nuevos marcos epistemológicos que legitiman a las mujeres como sujeto de conocimiento (Harding 1996, p.27; Magallón Portoles 1999).

Entre las propuestas alternativas destaca la epistemología del punto de vista feminista (*feminist standpoint*). Nacida en las décadas de los 70 y 80, la epistemología del punto de vista feminista reformula las nociones claves relacionadas con la cuestión de la ciencia en el feminismo (Harding 2004). La epistemología del punto de vista feminista argumenta que las mujeres, al ocupar una posición social subyugada, desarrollan una perspectiva dual que les permite conocer la visión dominante a la vez que desarrollar una propia (Brooks 2007). Es por ello que poseen y comparten conocimiento válido, más cercano a la realidad. El núcleo central es la diferencia entre la experiencia de las mujeres y la experiencia de los hombres, lo cual nos remite a una experiencia de grupo históricamente compartida, o lo que es lo mismo, a asumir que en las vivencias de todas las mujeres hay elementos en común (Magallón Portoles 1999). Las experiencias de las mujeres derivan de un amplio rango de actividades concretas que realizamos en nuestra vida cotidiana, a partir de las cuales, se desarrollan habilidades y construimos conocimientos. Constituyen un sistema de referencia privilegiado porque proporcionan nuevos puntos de vista y conocimientos, invisibilizados por la ciencia androcéntrica, que permiten analizar de manera crítica la realidad social (Brooks 2007). El punto de vista feminista tiene como objetivo cartografiar las prácticas y discursos de poder que las instituciones dominantes utilizan para crear y mantener las relaciones sociales opresivas,

mediante la localización de una visión diferente sobre el funcionamiento de la estructura social jerárquica, es decir, a través de las experiencias y del punto de vista de las mujeres (Harding 2004b).

Conceptualizar a las mujeres como punto de partida de la investigación implica además la modificación de las relaciones sociales de poder y la construcción colectiva del conocimiento. El conocimiento elaborado desde esta perspectiva es un conocimiento parcial y situado, no universalista, que debe ser traducido en un punto de vista, en un fundamento para nuestras explicaciones e interpretaciones (Harding 1996, p 24-26; Justo Suárez 2006, p. 244-247). Se pretende romper así con la dicotomía sujeto-objeto de conocimiento postulada por la ciencia hegemónica para reproducir en el ámbito científico la opresión social y elaborar, desde la posición social de privilegio masculina, un conocimiento parcial y perverso postulado como universal y verdadero (Harding 1996, p. 24-26; Hesse-Biber, Leavy y Yaiser 2004). El punto de vista feminista también rompe la dicotomía subjetivo-objetivo de la ciencia hegemónica al considerar que la perspectiva dual de las mujeres les permite desarrollar una interpretación de la realidad social más precisa, comprensiva y objetiva (Brooks 2007) y por incorporar la reflexividad de quien investiga como recurso para acercarnos a la objetividad (Harding 2004).

La reflexividad es el proceso a través del cual quienes investigamos nos situamos como sujetos históricos y reales para reconocer cómo nuestra identidad y localización social influyen en la construcción del conocimiento, pero también implica el análisis de las dinámicas y los significados otorgados a las relaciones de poder en el proceso de investigación (Harding 2004a; Bhavnani 2004; Hesse-Biber y Yaiser 2004; Fonow y Cook 2005; Ramazanoglu y Holland 2005, p. 118-119). A la

reflexividad, María Mies (2002) la denomina identificación parcial con el “objeto” de conocimiento, para destacar que la toma de conciencia de la propia subjetividad por parte de quien investiga implica una diferenciación a la vez que una vinculación con el “objeto” de estudio. Para la autora lo relevante de la reflexividad es que nos permite partir de nuestra propia experiencia para reconocer que los problemas que estudiamos nos afectan como mujeres investigadoras, incorporando así el lema “lo personal es político”. Así, la conciencia feminista o la conciencia de la diferencia sexual de quien investiga es enunciada como fundamental para el desarrollo científico, para el conocimiento de la realidad, y para el reconocimiento de la autoridad entre las mujeres (Cosentino 1998). En palabras de Aurora Levins Morales (2004) debemos convertirnos en intelectuales orgánicas para fabricar teoría desde casa, desde las propias experiencias y contextos compartidos³. Valorizar nuestra experiencia como investigadoras y compartirla nos permitirá tomar conciencia de las opresiones y elaborar un nuevo conocimiento científico caracterizado por la comprensión parcial y local, y por su capacidad de interpretación y traducción de las experiencias (Haraway 1995; Sandoval 2004).

En síntesis, el *feminist standpoint* desarrolla nuevos modelos de elaboración y evaluación de la ciencia, basados en la subjetividad, y empodera a

³ Por ello, escribo desde mi experiencia de mujer, joven, de clase media, blanca, inmigrante legal, profesional, ahora también madre, con una situación de precariedad laboral compartida por muchas otras mujeres de mi generación, entre las que se encuentran las médicas jóvenes, en un contexto de crisis económica y financiera que profundiza y agudiza otras crisis sociales ya existentes, como la ecológica y la de cuidados.

grupos marginados en el proceso de investigación (Harding 1996, p. 24-27; Hesse-Biber, Leavy y Yaiser 2004). Esta metodología ha sido criticada desde otras posturas feministas, principalmente postmodernas, por formular una experiencia homogénea de las mujeres y por considerar a la mujer como una categoría única y universal. La epistemología del postmodernismo feminista se nutre de teorías críticas, post-estructuralistas y post-colonialistas, para proponer el estudio de las identidades fragmentadas que permitirán elaborar esquemas conceptuales parciales para comprender la complejidad del mundo. Es por ello que rechazan las totalizaciones, el término “mujer” y el privilegio teórico del concepto de género para acentuar las diferencias que implica el nombrarnos en plural, visibilizar la multiplicidad identitaria y formular nuevos conceptos para el estudio de las complejas intersecciones constitutivas de las relaciones de subordinación a las que se enfrentan personas concretas, evitando así la universalización. Entre estos conceptos destaca la interseccionalidad para analizar la localización de una persona, su multiplicidad identitaria y la interacción de los diversos ejes de dominación (clase, género, raza, etnia, etc.) en un contexto determinado, considerando que la opresión de cada categoría es constituida y constitutiva de las otras (hooks 2004; Hesse-Biber y Yaiser 2004; Hesse-Biber, Leavy y Yaiser 2004; Risman 2004; Risman y Davis 2013).

Las investigaciones contemporáneas han reconocido los errores de la universalización de la mujer y resaltan la importancia de considerar la diversidad entre las mujeres, estableciendo diálogos entre ellas que permitan generar alianzas para desarrollar estrategias de cambio social (Hesse-Biber, Leavy y Yaiser 2004; Brooks 2007).

En esta investigación, elijo y fundamento la importancia del punto de vista feminista por dos cuestiones fundamentales. La primera es que, a diferencia de la interseccionalidad, concibo al patriarcado como el sistema básico de dominación sobre el cual se asienta el resto de opresiones sociales, lo que explica la existencia de experiencias comunes entre las mujeres y fundamenta la utilidad del punto de vista feminista. El patriarcado es un sistema de dominación masculino que crea el ámbito material y cultural que les es propicio para favorecer su continuidad, en base a la dominación y explotación de las mujeres (Puleo 1995). Lejos de ser estable, el patriarcado se constituye en y mediante un sistema de prácticas reales y simbólicas (Amorós 2005, p.127). El término implica al menos dos aspectos importantes: que la dominación masculina es sistemática y que los hombres se encuentran activamente implicados en el ejercicio y el mantenimiento del patriarcado, se trata de un conjunto de pactos entre hombres (Jónasdóttir 1993, p. 324; Amorós 2005, p. 113-4). El término patriarcado ha sido reformulado y criticado también dentro del feminismo⁴. Su uso, sin embargo, facilita el marco previo adecuado, al igual que el concepto de sociedad de clases, para saber cómo investigar una realidad social concreta (Puleo 1995; Jónasdóttir 1993, p.32 y 323). En segundo lugar, las características de las médicas y los médicos de familia de nuestro estudio son relativamente homogéneas y no existen diferencias de etnia, lugar de nacimiento o clase social. Las diferencias más importantes se explican por

⁴ El texto de la Librería de Mujeres de Milán “El final del patriarcado (ha ocurrido y no por casualidad)” de 1996 es un claro ejemplo. También Celia Amorós escribe sobre el tema en su libro “La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres”, páginas: 25-27.

el sistema de género, la edad y la situación profesional. No podemos estudiar el género aislado de otros ejes de desigualdad ya que estos siempre interactúan, sin embargo los sistemas de desigualdad no necesariamente se producen o reproducen a través de los mismos procesos sociales, por ello es importante estudiar por separado cómo operan los diferentes mecanismos en un contexto concreto (Risman 2004).

En esta investigación, comparamos los relatos de médicas y médicos en relación a su desarrollo profesional, para posteriormente profundizar en el análisis crítico del discurso de las médicas. Priorizamos las experiencias de las médicas que, como grupo, tienen en común situaciones de opresión por las estructuras patriarcales de poder. Consideramos su punto de vista como una perspectiva privilegiada para analizar el desarrollo profesional en la Medicina de Familia andaluza en el siglo XXI. Es por todo esto que, para interpretar el discurso de las médicas, consideramos relevantes los conceptos feministas de género, poder y autoridad que a continuación exponemos.

El concepto de género

El concepto de género forma parte de los instrumentos conceptuales más relevantes del feminismo. A pesar de su importancia, el género no está exento de debates y reflexiones relacionadas con la situación actual de la teoría feminista. El feminismo es un movimiento con futuro precisamente porque atiende y critica sus premisas para aclarar su significado y negociar las interpretaciones

problemáticas y por el conflicto permanente a la hora de asumir premisas comunes, entre las que destaca el género (Butler 2006, p. 248-9).

El concepto de género propuesto por las feministas anglosajonas a finales de los años 70, nace en oposición al término sexo y supone un nivel de abstracción distinto que implica la construcción histórica y social que asigna, de manera jerárquica, significados, formas de comportamiento y roles sobre la base de su diferenciación sexual, jerarquizando espacios y funciones sociales, y diferenciando de manera asimétrica el acceso al poder de mujeres y hombres (Esteban 2006). Esta separación conceptual de los términos sexo y género tiene un gran potencial científico y político, pero al mismo tiempo es fuente de ambigüedades y revisiones que diversas autoras han puesto de manifiesto (Scott 1990; Harding 1996, p.47; Ortiz 2002; Tubert 2003, p. 7-12; Molina 2003, p.128-133; Esteban 2006). Entre las críticas destacan, por un lado, las que aluden al uso indiscriminado y poco crítico del concepto de género, por ejemplo, en ocasiones se utiliza género como equivalente a mujer o a sexo y, por otro, las que debaten sobre el esencialismo y la reproducción de dualidades que el concepto de género puede implicar. Estas últimas son formuladas desde el postmodernismo feminista que cuestiona, además, la primacía del género frente a otros ejes de desigualdad y de construcción identitaria, tales como la etnia, la edad, la clase o la orientación sexual. A cambio, proponen un análisis interseccional de las múltiples relaciones de subordinación en las que se encuentran las personas, que supere el universalismo, la homogenización y la diferenciación dicotómica implícita en el concepto de género (Hesse-Biber y Yaiser 2004; De Laurentis 1987).

Me referiré brevemente a Judith Butler, una de las principales autoras de esta corriente, quien, siguiendo a Foucault, deconstruye los conceptos de sexo y

de género y concluye que ambos son construcciones sociales que obedecen a relaciones y tecnologías de poder. Así, el género es una forma cultural de configurar el cuerpo, abierta a la reformulación continua, y el sexo no existe sin un marco normativo y cultural determinado (Butler 2006, p. 25). En este sentido, el discurso restrictivo de género se fundamenta en el binario hombre/mujer, femenino/masculino, para *performar* una operación reguladora de poder que naturaliza el caso hegemónico y reduce la posibilidad de pensar su reformulación (Butler 2006, p. 68-71). La autora define al género como un aparato regulador y disciplinador específico e histórico a través del cual se produce y normaliza lo masculino y femenino. Al mismo tiempo, el género puede ser el aparato a través del cual dichos términos se deconstruyen y desnaturalizan, es decir que socava la instauración de las normas de género que, por definición, siempre es incompleta. Considerar al género como una forma de hacer con o para otro, como una actividad *performada*, improvisada en un escenario constrictivo, implica que la misma realidad del género es un efecto de la actuación reiterada y constante del género. En cada *performance* de género podemos observar cómo se reproducen las normas que rigen la realidad y a través de la legitimación o la sanción y, al mismo tiempo, podemos comprender cómo dichas normas pueden ser negociadas, alteradas, abiertas a la transformación social, lo que constituye una oportunidad política (Butler 1998; 2006, p. 308).

Los aportes de Judith Butler tienen un fuerte impacto en la investigación contemporánea, sin embargo, recientemente, se han señalado confusiones conceptuales importantes en el análisis de las *performances* de género (Risman y Davis 2013). Es por ello que algunas autoras como Barbara Risman (2004; 2013), Sandra Harding (1996, p.47-51) o Joan Scott (1990) postulan una definición de

género vinculada a las teorías estructuralistas en donde el género es una estructura social fundamental, un elemento constitutivo de las relaciones sociales, que se basa en las diferencias que distinguen a los sexos, para organizar y asignar valor y significado asimétrico a las personas, las relaciones sociales y los objetos. Según las autoras el género actúa al menos en tres niveles o dimensiones distintas pero interrelacionadas: el individual, relacionado con la identidad subjetiva y las conductas de las personas; el estructural, referido a la división sexual del trabajo y a las formas de organización social; y el simbólico o interaccional, es decir los significados, valores y normas que culturalmente se asignan a cada sexo. Estudiar al género como una estructura social dinámica, donde ninguna dimensión es determinante de otra, permite explicar cómo se produce y transforma la desigualdad de género en cada una de las dimensiones y los impactos que se generan en toda la estructura (Risman 2004).

Los efectos de la organización social asimétrica que implica el género también se extienden a las profesiones sanitarias. Comprender las profesiones como un sistema social donde el género, junto con otras categorías, son claves para mantener la organización jerárquica permite percibir a las profesiones como prácticas humanas transformables. El sistema de género en las profesiones construye espacios, actividades, conceptos y valores con el objetivo de jerarquizar lo considerado masculino respecto a lo considerado femenino. Dentro de la profesión médica, el sistema de género ha desarrollado una identidad profesional masculina que, junto a otras estrategias tales como la segregación y/o la exclusión de las mujeres, ha sido clave para construir la jerarquización de la medicina respecto a otras profesiones (Ortiz 2001). Además, las profesiones son instituciones claves para analizar las relaciones de género en una sociedad

concreta porque reproducen la división sexual del trabajo al generar segregación vertical y horizontal y un reparto desigual de los cuidados que impacta en las trayectorias profesionales, personales y familiares (Pozzio 2012). Utilizar el concepto de género para estudiar las profesiones sanitarias implica considerar que las profesiones las construyen y practican personas, y en ellas, como en todo grupo humano, el sistema de género determina las oportunidades sociales (Ortiz 2006, p. 50).

Según el concepto de género que se asuma, Robin Ely y Debra Meyerson (2000) diferencian cuatro enfoques principales en el estudio del género en las organizaciones. El primero, y quizás el más utilizado, considera al género como una característica individual. La socialización de género produce diferencias entre hombres y mujeres en las aptitudes y comportamientos, lo que explica que las mujeres tengan menos habilidades para competir en las organizaciones. En consecuencia, las intervenciones realizadas desde este enfoque se dirigen a las mujeres y pretenden eliminar las diferencias en la socialización y prepararlas para competir en igualdad con los hombres. El segundo enfoque argumenta que las diferencias en la socialización no deben ser eliminadas sino más bien valoradas y reconocidas, ya que las habilidades de las mujeres, en particular para la comunicación y las relaciones sociales, han sido excluidas de las organizaciones. A diferencia de los anteriores, el tercer enfoque considera que las desigualdades de género se producen por barreras estructurales que limitan las oportunidades de incorporación y desarrollo profesional de las mujeres a través, por ejemplo, de la distribución desigual del poder y los recursos. Por último, el cuarto enfoque considera al género como un conjunto de las relaciones sociales a través del cual las categorías hombre y mujer adquieren significado. Estas categorías se sitúan en

condiciones sociales, históricas y políticas específicas y están en relación con otras categorías sociales. Por lo tanto, el género no es estático ni universal. Su significado y sus consecuencias se manifiestan en prácticas sociales concretas que actúan para preservar la jerarquía de lo considerado masculino pero que en ocasiones se presentan como neutras, la cultura organizacional es un ejemplo de ello.

Para analizar los discursos sobre el desarrollo profesional en la Medicina de Familia andaluza, entendemos al género como una estructura de organización social, que sitúa a las mujeres de forma desfavorable respecto a los varones, y que actúa de forma interrelacionada y dinámica en distintos niveles. Consideramos fundamentales también los aportes teóricos de Judith Butler sobre las normas de género, la relación del género con el poder y la capacidad de agencia o resistencia activa de las personas, conceptos que enriquecen la definición estructural de género y que serán de gran utilidad para analizar las distintas dimensiones del mismo.

El poder

El poder es un término central en las teorías feministas. Poder y género son términos que suelen ir unidos y, debido a la diversidad de conceptos sobre el poder y a la pluralidad de teorías feministas, ambos términos se redefinen en su interacción (Radtke y Stam 1994, p. 1-2). El concepto de poder es importante para comprender y estudiar las relaciones de género, basadas en la dominación y subordinación de las mujeres, con el objetivo de analizar cómo dichas relaciones pueden ser transformadas a través del cambio individual y colectivo (DeFrancisco 1997; Allen 2013).

Existen diversos modelos conceptuales sobre el poder. En general, las teorías feministas sobre el poder lo conceptualizan de tres formas diferentes. La primera y más tradicional, define al poder como una entidad, susceptible de ser cedida de una persona a otra en virtud de su posición social, y analiza el poder como recurso desigualmente distribuido. Para la segunda postura, el poder es la dominación estructural de los hombres sobre las mujeres. Por último, siguiendo los aportes de Foucault, el poder es una entidad relacional omnipresente, un proceso que ocurre dentro de las relaciones sociales, que produce realidades y subjetividades a la vez que oprime y genera múltiples resistencias; en este sentido el poder es también capacidad, habilidad o potencial de una persona o grupo para el cambio (Radtke y Stam 1994, p. 2-10; Allen 2013).

Según la definición del filósofo Michel Foucault (2002)⁵ el poder es omnipresente y se produce a cada instante. Es decir, que el poder no es una institución ni una estructura, es el nombre de una situación estratégica compleja en una sociedad determinada que está presente y proviene de todas partes. El poder, por consiguiente no se posee, se ejerce a partir de múltiples puntos y en un juego de relaciones móviles no igualitarias. Las relaciones de poder son internas de otros tipos de relaciones, constituyen sus efectos, y a su vez son las condiciones de esas diferenciaciones, en este sentido, las relaciones de poder son productoras. No hay una oposición binaria y global entre dominados y

⁵ El concepto de poder es formulado a lo largo de toda su obra, sin embargo en “Historia de la Sexualidad” y, en concreto, en el primer volumen de “Historia de la sexualidad: La voluntad del saber” (Primera edición en francés: año 1976) es donde define más claramente el término.

dominantes, sino que las relaciones de fuerza son múltiples, actúan en aparatos de producción y sirven de soporte a los efectos de escisión del cuerpo social. A la vez, las relaciones de poder son intencionales y donde hay poder hay resistencia, ya que el poder tiene un carácter relacional, no existe más que en función de múltiples puntos de resistencia, que desempeñan el papel de adversario y de apoyo. Por otra parte, los mecanismos de poder varían a lo largo de la historia y, en la actualidad, funcionan a través de normas, técnicas, dispositivos de control interiorizados por las personas. Por su parte, el feminismo ha utilizado los aportes de Foucault a la vez que ha formulado numerosas críticas a su teoría (Allen 2013).

Sin duda, analizar poder y género es abordar un tema complejo cuya dificultad proviene de que el sistema de género es la relación social más profunda sobre la cual recae el modelo social de dominación (García de León 2002, p. 235). El género es una forma primaria de las relaciones de poder, dentro del cual se articula el poder (Scott 1990). La relación multidimensional del poder, basada en la opresión que ejercen los hombres sobre las mujeres, es la base estructural y esencial del patriarcado y es independiente de otras desigualdades como la clase social, la edad o la etnia (Jónasdóttir 1993, p. 32-36; Hernando 2003). Esto significa que su mecanismo es diferente, más profundo y difícil de desentrañar (Hernando 2003).

Para Cristina Molina (2003, p. 124-26) el patriarcado consiste en el “topo-poder” de nombrar y de asignar espacios, no solo en el aspecto práctico de ubicar a las mujeres en lugares de sumisión, sino también en el aspecto simbólico que conlleva el nombrar y valorar los espacios como femeninos. De esta forma, el patriarcado establece diferencias y referencias y sitúa a los varones en el centro de lo humano. Para la autora, el género debe tomarse como una más de las

múltiples expresiones del poder patriarcal y también como una categoría analítica, en el mismo sentido que la clase social, que nos permite desvelar las relaciones de poder excluyentes.

Anna Jónasdóttir (1993, p. 31-57) explica cómo y por qué persisten las posiciones de poder político y social de los hombres sobre las mujeres, es decir el patriarcado, en sociedades occidentales contemporáneas formalmente igualitarias. La autora expone que los hombres adquieren poder mediante la explotación sistemática de las mujeres en la relación socio-sexual para la producción de personas. A través de esta explotación los hombres adquieren ventajas sociales derivadas del control y de la apropiación de la capacidad de amor las mujeres, del poder del amor, entendido como la capacidad creativa y transformativa para actuar sobre la materia humana propia y ajena. Para las mujeres, la consecuencia de su explotación es la usurpación para ejercer sus capacidades de forma efectiva y legítima, o lo que es lo mismo, la dificultad de actuar como personas políticas en el contexto social.

Las dificultades para que las mujeres accedan al poder provienen de factores externos, como son los mecanismos de discriminación y la distribución del poder entre hombres (Amorós 2005, p. 99-100), y también de factores internos más relacionados con las subjetividades de las mujeres (Hernando 2003). A nivel subjetivo el patriarcado construye elementos que conforman la identidad de género. Una característica importante de las identidades de género es su funcionamiento binario y cerrado, lo que implica que cualquier cambio en el esquema dominante es vivido como transformarse en el otro (Lagarde 1992, p. 25-26). La identidad de género provoca que las mujeres se enfrenten subjetivamente al poder de modo distinto al de los hombres, puesto que para

ellas implica conflictos, dificultades, desgastes y soledades a las que ellos no tienen que enfrentarse (Coria 1993, p. 95-97; Hernando 2003). El deseo de poder no corresponde a los ideales propios de género asignados a las mujeres, por lo tanto genera de forma inevitable un conflicto subjetivo que se añade a las barreras externas. Según Nora Levinton (2003) todo conflicto hace referencia a la lucha entre dos fuerzas simultáneas y contradictorias entre deseos e ideales de género cuya resolución dependerá de las circunstancias vitales de cada mujer, de su capacidad de negociación, y del conocimiento sobre los condicionamientos sociales que la atrapan.

El poder establece una relación desigual entre sujetos que implica la capacidad de una persona para influir en los deseos de otras y para imponerse en caso de encontrar resistencia. Esto significa que quien lo ejerce debe desarrollar un cierto grado de individualización, de autoconfianza, que le permita ser consciente de sus deseos y priorizarlos, pero también debe tener la capacidad instrumental para imponer sus deseos, a pesar de que sean contrarios a los ajenos (Hernando 2003). El poder exige un alto grado de individualización y una cierta distancia emocional. Supone distanciarse de otros, lo cual se asocia a la posibilidad de soledad, que se añade a la objetivación de los deseos ajenos. Ambos elementos provocan conflicto subjetivo en las mujeres porque contradicen las bases de su identidad de género. La desventaja de ellas se convierte en ventaja para los hombres. De esta forma, las mujeres, alejadas socialmente del poder, son explotadas para compensar a los hombres por las pérdidas emocionales que experimentan en el proceso de individuación que implica todo ejercicio de poder (Jónasdóttir 1993, p. 314-316; Hernando 2003).

En un “mundo de oportunidades” como el que vivimos, las mujeres en las sociedades post-industriales continúan siendo socializadas para el no poder, recibiendo mensajes sobre su impotencia para influir sobre otras personas y para dominar una tarea, componentes indispensables para ejercer cualquier poder (Lips 1994; García de León 2002, p. 216-219). La falta de poder se relaciona con el problema de la identidad pública de las mujeres y con su consecuente falta de referentes en los ámbitos profesionales. Esto provoca que cada nueva generación de mujeres se desenvuelva como principiante (García de León 2009, p. 30-31).

A pesar de los múltiples obstáculos contruidos, algunas mujeres llegan a ocupar puestos de poder. Amelia Valcárcel (1997, p. 115-124) señala que estas mujeres detentan el poder sin la completa investidura, es decir que ellas no pueden trasladar e invertir de poder a otras mujeres. Además, como el poder denota masculinidad, ellas mujeres lo asumen de forma austera, casta y obediente. María Antonia García de León (2002; 2005) estudia a las profesionales de élite y explica que estas profesionales miran al poder con la lucidez de las excluidas y, desde allí, ponen de manifiesto cómo la masculinidad *per se* goza de privilegios, está inmersa en el “juego de lo serio”, es decir en el espacio simbólico en donde se puede ganar poder en cualquiera de sus modalidades. Por definición, en las sociedades patriarcales las mujeres no tienen poder en el ámbito público o lo tienen en menor medida, de forma residual y casi siempre de modo indirecto. Por el contrario, los hombres articulan el poder porque lo tienen de forma sustancial. En el ámbito profesional, el “taylorismo masculino” o la adicción al trabajo, como lo denomina la autora, organiza el tiempo y los recursos para el desarrollo prioritario de la vida profesional, lo cual es muy ventajoso y adecuado para mantener y reproducir el poder masculino (2005, p. 130-131). La cultura

profesional femenina se construye, por otra parte, de forma opuesta a la masculina. La vida de las mujeres profesionales es mixta, abierta, y con identidades cambiantes y fragmentadas, todo lo cual actúa como obstáculo añadido para desenvolverse en el poder (2005, p. 136). Acceder a cargos de poder obliga a las mujeres a identificarse con rasgos masculinos, a pasar por el proceso de aculturación por el cual una persona adquiere las características de otro grupo dominante. María Antonia García de León diferencia entre las mujeres más decididas a ejercer el poder en términos androcéntricos, que suelen estar bajo el llamado síndrome de la abeja reina, según el cual se creen únicas y no ayudan a otras a acceder al poder, y otras mujeres que se oponen al poder androcéntrico y demandan otros códigos con reglas, normas y finalidades más justas. La autora opina que estas últimas desafían el tópico de la falta de ambición femenina y del desinterés por el poder.

El debate sobre si las mujeres desean o no el poder, según Amelia Valcárcel (1994, p. 116-118), está mal formulado ya que nadie puede responder de forma directa ni tampoco se puede decir que las mujeres no quieran tener poder. Para la autora (1994, p.125) las mujeres están excluidas de los ámbitos claves de poder porque estos están ocupados por varones y no por razones psicológicas ni sociales. En palabras de Celia Amorós (2005, p. 103; 108), el pacto entre hombres niega el poder a las mujeres. En consecuencia, las mujeres solo pueden tener influencia indirecta y puntual en los espacios privados de las idénticas.

Sobre la cuestión de si las mujeres tienen nada, poco o mucho poder, Anna Jónasdóttir (1993, p. 56-57) destaca que los conceptos de influencia y de autoridad pueden clarificar el debate ya que el primero hace referencia al poder

que puede existir, pero que no es siempre reconocido, mientras que la autoridad significa un reconocimiento manifiesto y legítimo. La autora apunta que las mujeres tenemos bastante influencia en diversos ámbitos pero escasa autoridad.

Estos debates y conceptos nos ayudarán a estudiar en profundidad las relaciones de las médicas con el poder y a responder a las preguntas sobre si desean o no tener poder, cómo lo perciben o qué ocurre cuando lo ejercen, es decir, cuando ocupan cargos de responsabilidad.

El reconocimiento de la autoridad

El concepto de autoridad, como diferente al poder, se desarrolla fundamentalmente a partir de los trabajos de la comunidad filosófica Diótima y de la Librería de Mujeres de Milán⁶. Su trascendencia se ha vinculado históricamente al llamado feminismo o pensamiento de la diferencia sexual, o sea, a una política basada en el reconocimiento y puesta en valor de la genealogía materna y la mediación femenina (Muraro 1994; Librería de Mujeres de Milán 1998).

Autoridad es una palabra que procede del latín *augere*, que significa crecer, acrecentar (Rivera Garretas 2005, p. 47). A diferencia del poder, que es de quien lo ostenta y ejerce sobre otras personas y se fundamenta en la desigualdad, la autoridad implica una relación que estructura cierta disparidad entre personas sin provocar desigualdad. Para su ejercicio, la autoridad requiere del común

⁶ Una selección de estos trabajos se encuentra publicada en Hipatia “Autoridad científica, autoridad femenina” Madrid: Horas y horas; 1998.

acuerdo entre sujetos, lo cual no significa que la relación de autoridad esté libre de conflictos. La autoridad la inicia y la mantiene viva alguien que reconoce, y deja de reconocer, algo importante a otra persona, por ello es indelegable, es de quien la reconoce. Además, la relación de autoridad involucra la capacidad de una persona para comprender y potenciar los deseos ajenos reconociendo así la diversidad. Por lo tanto, se configura como una cualidad simbólica de las relaciones, de manera que nadie “es la autoridad” en abstracto (Cigari 1994; Librería de Mujeres de Milán 1998, p. 26; Rivera Garretas 2005, p. 48; Hernando 2003; Lagarde 2005, p. 111- 118).

La relación materno-filial, al ser la primera relación de disparidad, constituye el origen social y simbólico de la autoridad. Reivindicar la figura de la madre, como primera fuente de autoridad, implica devolverle la autoridad arrebatada para construir un nuevo orden simbólico en donde la reivindicación de las relaciones entre mujeres basada en la confianza, la mediación y la búsqueda de la genealogía femenina, son también fundamentales (Muraro 1994; Sartori 2002). Es importante diferenciar entre el vínculo relacional con la madre, con sus luces y sombras, y el legado de la madre conformado por contenidos y fines enseñados o sugeridos en dicha relación básica para la libertad. Reconocer la enorme deuda de nuestra dependencia originaria con nuestras madres genera miedos que explican la dificultad de reconocer autoridad a las mujeres (Sartori 2002). De esta forma, el reconocer autoridad a una mujer aparece como una contradicción, produce desconfianza o duda y, en todo caso, la mujer reconocida es considerada como un caso individual y excepcional (Delgado, Távora y Ortiz 2003). En la comunidad científica, el mayor obstáculo que se encuentran las mujeres para ser reconocidas como autoridad es su propia feminidad ya que el

pacto entre hombres ha investido de prestigio la autoridad científica como autoridad masculina (Sartori 1998; Miqueo 2008).

La importancia de recibir el reconocimiento de la autoridad en la construcción intersubjetiva de la identidad ha sido explicada por Emilce Dio Bleichmar (2008) quien destaca que el reconocimiento consiste en las respuestas ajenas que hacen significativas las acciones y sentimientos del sí mismo, y resulta por tanto trascendental para la construcción de la identidad. La autora indica que muchas mujeres científicas, a pesar de su alto rendimiento y capacidad, no reciben el reconocimiento ni el apoyo de su entorno, lo cual les genera inseguridad y bajas expectativas y devalúa su autoconcepto. Por otra parte, advierte que muchas científicas renuncian al reconocimiento social porque sienten que ponen en peligro sus amistades y los valores de la feminidad tradicional. En el caso de las médicas también se observa un conflicto con el reconocimiento de autoridad que les provoca inseguridad en sus relaciones con pares y pacientes (Delgado, Távora y Ortiz 2003).

El pacto de poder entre los hombres niega la legitimidad de las mujeres al unir los conceptos de autoridad y de poder. Por ello, es crucial diferenciar ambos conceptos y reconocer autoridad a otras mujeres a fin de disponer de figuras de mujeres protagonistas con las cuales poder identificarse y lograr el avance político feminista (Lagarde 2005, p. 112-113). En el estudio de las profesiones sanitarias, esta distinción conceptual permite reevaluar conocimientos y textos científicos, en concreto las prácticas de autorización y desautorización en las comunidades científicas, para dar valor a las aportaciones realizadas por mujeres, resaltar su autoría y construir genealogías de mujeres. Por otra parte, también permite estudiar las relaciones que se generan en el encuentro clínico como una

mediación o negociación, frente a la jerarquía que implica las relaciones de poder (Ortiz 2006, p. 71-72).

Este concepto nos permitirá conocer cómo las médicas de familia se posicionan y son posicionadas en diversas relaciones profesionales que implican disparidad con otras personas (pacientes, residentes, etc.), pero no están fundamentadas en la desigualdad. Además, permitirá indagar si las médicas, a pesar de observarse excluidas del poder o de tenerlo de forma residual, perciben y/o desean el reconocimiento de la autoridad.

2.2. Teorías y conceptos claves para estudiar el desarrollo profesional de la profesión médica

2.2.1. Éxito y logro profesional

El éxito profesional es un concepto social y dinámico que se desarrolla en un contexto histórico y cultural (Dries, Pepermans y Carlier 2008), por lo que las jerarquías sociales de género, clase social y edad juegan un papel importante en su significado.

Actualmente el éxito es considerado como una variable clave en el desarrollo profesional (Arthur, Khapova y Wilderom 2005). Las definiciones de éxito que asumen las personas afectarán a sus elecciones y decisiones educativas, laborales, familiares, sociales así como a su propia percepción de satisfacción (Sturges 1999; Dyke y Murphy 2006). Por otra parte, el éxito profesional de las personas influye en el éxito de la organización donde trabajan (Ng et al. 2005). Esta relación se produce de forma recíproca ya que la cultura organizativa, definida como normas, creencias y expectativas compartidas en el ámbito laboral, también facilita o dificulta el éxito profesional, en concreto facilita el de los hombres y dificulta el de las mujeres (Westring et al. 2012; Pololi et al. 2012). Por ello es fundamental que la cultura organizativa incluya y acepte que la identidad y las responsabilidades de las personas están legítimamente ancladas tanto en el mundo laboral como en el personal y familiar (Bailyn 2003).

Definimos el éxito como la suma de resultados positivos del trabajo y de la vida personal relacionados con la experiencia profesional de una persona en cualquier momento de su carrera (Seibert et al. 2001; Arthur, Khapova y

Wilderom 2005). La bibliografía sobre el tema distingue dos componentes del éxito profesional, el objetivo y el subjetivo. Los criterios de medición de ambos no son unánimes y dependen de la perspectiva teórica utilizada y del contexto profesional analizado (Nabi 1999, Martínez Pérez y Osca Segovia 2004; Arthur, Khapova y Wilderom 2005; Heslin 2005; Ng et al. 2005; Dries, Pepermans y Carlier 2008).

La dimensión objetiva del éxito involucra criterios socialmente observables y medibles que han sido considerados tradicionalmente como sinónimos de éxito profesional, tales como el salario o el cargo, definidos de manera externa a la persona según los estándares profesionales compartidos (Heslin 2005; Arthur, Khapova y Wilderom 2005; Ng et al. 2005; Dries, Pepermans y Carlier 2008). Sin embargo, los cambios organizacionales de las últimas décadas, como la desjerarquización, la reducción de personal y contratación externa, han disminuido la oportunidad y el deseo de algunos criterios de éxito objetivo, entre los que destaca el ascenso (Heslin 2005; Dries, Pepermans y Carlier 2008).

Por el contrario, la dimensión subjetiva del éxito deriva de la prehensión y de la evaluación individual sobre los propios logros. La evaluación del logro percibido se basa en criterios de referencia propios de cada persona, responde a estándares y aspiraciones individuales, e incluye aspectos de satisfacción, reconocimiento y autoeficacia (Heslin 2005; Arthur, Khapova y Wilderom 2005; Ng et al. 2005; Dries, Pepermans y Carlier 2008).

La dimensión subjetiva del éxito es más compleja y multidimensional que la objetiva. En nuestra investigación estudiaremos esta dimensión y su relación con la construcción de género. Diversos estudios han mostrado una concepción del éxito diferente en mujeres y hombres, también en profesionales de la medicina (Pringle 1998). Para los hombres, el éxito se relaciona con la

consecución de metas profesionales que implican protagonismo personal y reconocimiento social; como incrementos salariales o ascensos (Barberá y Cantero 1994; Coria 1993, p. 37-61; Sturges 1999; Hennequin 2007). Al contrario de lo que sucede en los hombres, las definiciones de éxito profesional de las mujeres se centran en la obtención de resultados subjetivos más que objetivos (Sturges 1999; Dyke y Murphy 2006). Para las mujeres las metas se conciben como retos personales, siendo la satisfacción más autónoma, intrínseca e independiente del reconocimiento externo (Markus 1990; Coria 1993, p. 37-61; Barberá y Cantero 1996). Además, su concepción de éxito se relaciona con la necesidad de afiliación, es decir con la necesidad de establecer y/o mantener relaciones afectivas con otras personas (Hennequin 2007) y con el balance entre las diversas esferas de la vida (Markus 1990; Pringle 1998, p. 222; Sturges 1999; Dyke y Murphy 2006; Kalet et al. 2006).

Esther Barberá y María José Cantero (1994; 1996) resumen las diversas hipótesis formuladas para explicar las diferencias encontradas. Destacan el miedo al éxito de las mujeres, el origen interno o externo de las atribuciones causales, las expectativas propias y del entorno relacionadas con el rol de género, o el lugar que las metas personales desempeñan en la motivación al logro.

Una línea explicativa relaciona la identidad y los roles de género con el significado del éxito. En el caso de las mujeres, los elementos de género asignados a su identidad se relacionan con el “ser para los otros” o el “yo en relación” y su rol social tradicional se fundamenta en los cuidados (Lagarde 1992, p. 11; Velasco 2009, p. 150-153). Como consecuencia, es probable que muchas mujeres prioricen las relaciones sociales en su definición de éxito profesional, evitando así el conflicto entre la afiliación y la posible separación o soledad que puede implicar

el éxito. Por el contrario, los mandatos de género asignados a los hombres se basan en el rol de proveedor y en características de autonomía y poder, y estos aspectos considerados tradicionalmente como masculinos constituyen el eje de la definición de éxito socialmente dominante.

Sabemos que los elementos del género, que influyen en el éxito, son contruidos e históricos, y por tanto susceptibles de ser modificados. Sin embargo, y a pesar de los cambios sociales que han transformado el sistema de género, las diferencias en los contenidos y los significados del éxito profesional de las mujeres no se han modificado (Barberá y Cantero 1996). Es por ello que, sin negar el peso de la socialización ni de otras explicaciones relacionadas con el miedo al fracaso o la menor motivación al logro de las mujeres, es necesario realizar un análisis más complejo, a partir de nuevas hipótesis, que cuestione el concepto social de éxito y resalte las alternativas estratégicas que están elaborado las mujeres (Markus 1990).

Los aportes de María Markus (1990) nos parecen fundamentales para analizar el discurso y las experiencias de las médicas de familia andaluzas en relación al éxito y al logro profesional. Según María Markus, las diferencias en la concepción de éxito de las mujeres pueden interpretarse como una subversión de la definición androcéntrica del éxito y como un cuestionamiento de los criterios existentes para el desarrollo profesional que exigen la imposible elección de centrarse en la vida privada o en la pública. Para la autora, la definición de éxito, basada en el reconocimiento público y vinculado con algún tipo de logro en concreto, oprime y discrimina a las mujeres ya que uniformiza, prescribe y recompensa las aspiraciones y los modos de vida y de carrera profesional socialmente dominantes y recompensados, es decir los masculinos. Las

definiciones de éxito de las mujeres cuestionan la definición dominante al introducir en su definición la importancia de las relaciones personales y el valor del trabajo bien hecho.

En este sentido, también para Clara Coria (1993, p. 32-34) los cuestionamientos de las mujeres contribuyen a poner en crisis el concepto tradicional del éxito y evidencian la necesidad de redefinirlo. Según la autora, las mujeres, al encontrarse marginadas del modelo dominante de éxito, han desarrollado un punto de vista estratégico que les permite cuestionar los aspectos deshumanizados del éxito, su competitividad e individualismo, y mostrarse preocupadas por encontrar un equilibrio que permita compatibilizar el éxito con el amor y con la solidaridad.

En su investigación, Clara Coria (1993, p. 47) diferencia entre el concepto de éxito y el de logro profesional. La autora explica que, si bien todo éxito supone el logro de determinados objetivos, cualquier logro no supone un éxito. Para ello debe cumplir tres condiciones necesarias: el protagonismo de la propia persona, quien se ve enriquecida por el proceso realizado para llegar al resultado y será, además, quien lo disfrute; que el logro trascienda lo privado y lo doméstico; y por último que tenga reconocimiento social. El éxito se define entonces como el logro público y reconocido de las metas alcanzadas por una persona que se configura en protagonista sobre quien recaen los beneficios de su éxito. La etimología de la palabra éxito proviene del latín *exitus* que significa resultado a la vez viene de *exire*, que significa salida y remite claramente a los resultados obtenidos a través de una actividad pública (Coria 1993, p. 55). Según Clara Coria (1993, p. 47) algunas experiencias percibidas como “exitosas” por la persona, pero que no

trascienden al ámbito público, no están relacionadas con el éxito, sino con el logro de metas.

En sentido amplio, el logro se define como la tendencia a conseguir metas propuestas, evitando los obstáculos e incluyendo la satisfacción ante los objetivos conseguidos. El concepto de logro ha sido muy estudiado en relación a la motivación humana. Sin embargo, durante décadas, las mujeres han estado excluidas de la investigación experimental que fundamentalmente ha estudiado a hombres blancos de clase media (Sutherland y Veroff 1985, p. 101; Barberá y Cantero 1996). Las investigaciones más recientes, con perspectiva de género, se centran en la importancia de las metas y sus conclusiones cuestionan la vinculación androcéntrica del motivo del logro a las metas profesionales (Barberá y Cantero 1996). Por ejemplo, los resultados de la investigación realizada por María Markus (1990) indican que las metas de las mujeres se asocian a realizar una tarea más o menos concreta, superar obstáculos, y/o colaborar con el logro de otra persona. Clara Coria (1993, p. 37-61) describe las diferencias en el tipo de metas que buscan alcanzar varones y mujeres. Las metas de los varones están relacionadas con el ámbito público mientras que las metas de las mujeres son muy diversas e incluyen metas profesionales y públicas, satisfacciones afectivas y privadas, y logros estrictamente personales. Los resultados de Esther Barberá y María José Cantero (1996) también revelan que las metas de las mujeres están más relacionadas con lo afectivo-relacional y la utilidad social.

La existencia de metas profesionales es importante ya que genera comportamientos que implican la intención de transformar un deseo en algo concreto, incorporan la participación activa de la voluntad, permiten la toma de contacto con la realidad y ponen a prueba los recursos personales y la

competencia profesional (Coria 1993, p. 73-79). La incorporación de metas más relacionadas con el entorno personal en la conceptualización del logro profesional tiene importantes repercusiones para los hombres y para las mujeres (Barberá y Cantero 1996).

En la bibliografía consultada se utilizan las nociones de logro y éxito profesional de forma entremezclada e intercambiable, incluso en publicaciones que diferencian ambos términos. En nuestra investigación nos parece relevante indagar la percepción respecto al logro y al éxito profesional en Medicina de Familia y preguntar si médicas y médicos diferencian o no dichos conceptos. Consideramos que utilizar ambos términos nos ayudará a estudiar en profundidad el desarrollo profesional y la vinculación entre los ámbitos público y privado de la vida.

2.2.2. Las atribuciones causales

Las atribuciones se definen como las causas a través de las cuales las personas explican sus resultados de éxito o fracaso (Guallar Sanroque, Balaguer Solá y Castillo Fernández 1997, p. 10; Barca, Peralbo y Brenlla 2004; Durán-Aponte y Pujol 2012). Su importancia es clave para la motivación de la conducta ya que la tendencia y las expectativas para alcanzar un logro en el futuro dependen, en gran medida, de las causas a las que se atribuyen los éxitos y los fracasos en experiencias pasadas (Barca, Peralbo y Brenlla 2004; Weiner 2005).

Las atribuciones causales permiten comprender el entorno social y la ubicación de la persona en el mismo. Por ello, su estudio forma parte de la psicología social y se enmarca fundamentalmente dentro de la corriente cognitiva (Guallar Sanroque, Balaguer Solá y Castillo Fernández 1997, p. 8-11).

Uno de los autores más importantes de la teoría atribucional es Bernard Weiner (1985; 2000) quien propone tres dimensiones causales principales utilizadas por las personas para explicar y predecir sus éxitos o fracasos: el locus de control, que se refiere a la localización de la causa y que puede ser interna (dentro de la persona) o externa (en el ambiente); la estabilidad de la causa, es decir, su duración constante o circunstancial en el tiempo; y, por último, la controlabilidad de la tarea o lo que es lo mismo si la tarea está sujeta o no al control voluntario de la persona.

Bernard Weiner (2000; 2005, p. 76-78) explica que la importancia de las dimensiones causales radica en su relación con los principales determinantes de la motivación, es decir con la expectativa y la valoración. La expectativa se define como la probabilidad subjetiva de obtener o no éxito en el futuro. Cuando las atribuciones son internas y controlables las probabilidades de obtener éxito en el futuro son mayores. En cambio, si las atribuciones son externas e incontrolables, las probabilidades son menores. La valoración es la consecuencia emocional tras alcanzar o no un logro. Las dimensiones causales que más se relacionan con este determinante de la motivación son el locus de control y la controlabilidad de la tarea. Las emociones que favorecen la autoestima, como el orgullo, requieren de causas internas y controlables. Por el contrario, la atribución de un fracaso a causas internas pero incontrolables suele provocar sentimientos de culpa, vergüenza o humillación, todos ellos desfavorables para la autoestima.

Diversas investigaciones han encontrado diferencias significativas en las atribuciones causales que realizan mujeres y hombres (Hansen y O'Leary 1985; Fox y Ferry 1992; Barberá y Cantero 1996; Swim y Sanna 1996; Valian 1999, p. 169-172; López Sáez 2003, p. 186; Cerezo y Casanova 2004; García-Retamero y

López-Zafra 2006, 2008; Durán-Aponte y Pujol 2012). La literatura sugiere que cuando una mujer alcanza un éxito, las atribuciones se caracterizan por ser externas, como por ejemplo la suerte o la facilidad de la tarea, mientras que las causas de un fracaso son atribuidas a factores internos estables como la falta de capacidad. Por el contrario, cuando un hombre tiene éxito profesional las atribuciones que realiza suelen ser internas y estables relacionadas con su capacidad y esfuerzo, localizando las razones de sus fracasos en causas externas inestables.

Las atribuciones internas permiten a la persona observarse como responsable del éxito, lo que da ventaja cognitiva y aumenta las posibilidades de que en el futuro vuelva a ocurrir. Por el contrario, si la atribución es externa, como suele ocurrir en las mujeres, los factores son incontrolables y la posibilidad de aprendizaje para futuras ocasiones es reducida. Las atribuciones del fracaso a causas internas y estables producen mayor malestar psíquico y peores expectativas. Estas diferencias en las atribuciones contribuyen a mantener las desigualdades de género y su efecto es mayor en tareas o profesiones consideradas incongruentes con los roles tradicionales (Swim y Sanna 1996; García Retamero y López Zafra 2006, 2008).

Las investigaciones actuales han ampliado y complejizado las causas de las atribuciones descritas por Weiner (Barca, Peralbo y Brenlla 2004). En esta línea se integra la atribución al prejuicio, cuyas consecuencias y significados afectan fundamentalmente a grupos sociales en desventaja. Los trabajos de Michael Schmitt y Nyla Branscombe (2002) son los que más han aportado al estudio del prejuicio como atribución. El prejuicio, en sentido amplio, es la explicación de un acontecimiento negativo como resultado del sesgo de una persona hacia la

pertenencia de otra a una categoría social discriminada (género, edad, clase, sexualidad, etc.). En sus estudios demuestran que cuando las mujeres atribuyen un fracaso al prejuicio, sus consecuencias son peores que cuando las atribuciones son solamente externas. Esto no ocurre entre los hombres, quienes, al formar parte de un grupo privilegiado, valoran las atribuciones al prejuicio como externas e inestables y no afectan a su bienestar psicológico. Los mismos autores señalan, por último, que el sentimiento de pertenencia y la identificación de las mujeres entre sí como grupo disminuyen los efectos negativos del prejuicio y mejora su bienestar, lo cual es muy importante a la hora de elaborar propuestas e intervenciones.

Pensamos que el estudio de las atribuciones causales desde una perspectiva teórica y metodológica feminista revelará nuevas causas, dimensiones y efectos importantes para el desarrollo profesional. En este sentido, estudiaremos los factores que facilitan o dificultan los logros profesionales de médicas y médicos de familia intentando responder a estas preguntas: ¿cuáles son los elementos que facilitan alcanzar logros?, ¿cuáles son los que lo dificultan?, ¿qué estrategias utilizan para solventar las dificultades?, ¿cómo influye el entorno social y organizacional en las atribuciones causales?.

2.2.3. Trayectorias profesionales

La trayectoria se refiere a las distintas experiencias que vive una persona después de finalizar su formación o al insertarse en una actividad profesional. Su estudio permite analizar, a través de las personas, 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 elementos que influyen en la adscripción de las personas a las diferentes trayectorias (Jiménez Vásquez 2009).

La trayectoria profesional de cualquier persona está condicionada por diversos factores personales y sociales, entre los que destaca el género. El modelo tradicional de trayectoria profesional está profundamente relacionado con el sistema de género y con la división sexual del trabajo (Markus 1990; García Cuesta 2008; Valcour y Ladge 2008). La noción del “buen profesional”, caracterizada por la entrega y la disponibilidad absoluta a la profesión, se presenta como una opción individual y libre, al ser asociada con los conceptos de vocación, motivación y ambición. Además, postula un modelo de éxito, fundamentado en los valores de competitividad, rigidez y utilización de otras personas para obtener ventajas personales, que es utilizado como criterio de clasificación de las personas (Markus 1990). En este modelo del “buen profesional”, los horarios y la dedicación exigidos resultan incompatibles con el modelo de “buena madre” y con los mandatos de cuidado exigidos socialmente a las mujeres (García Cuesta 2008). El modelo de “buena madre”, fundamentado en el mito del instinto maternal, se postula como eje principal de la identidad femenina y proporciona un ideal común a todas las mujeres con el objetivo de que ellas amen y cuiden de sus criaturas de manera incondicional, unívoca y permanente (Saletti Cuesta 2008).

De este modo, la sociedad asigna a las mujeres determinados requisitos para el cuidado mientras que, por el contrario, las características para el óptimo desarrollo profesional son las opuestas. Esta división sexual, que implica la incompatibilidad de roles y de mandatos, supone considerables ventajas económicas y profesionales para los hombres y constituye un obstáculo

importante en el desarrollo profesional de las mujeres, ya que son ellas las únicas socialmente oprimidas por los mandatos de cuidado y las que “deben elegir” entre dos opciones presentadas como irreconciliables (García Cuesta 2008; Luque 2008). María Markus (1990) señala que socialmente se acepta y recompensa el fenómeno de padre y marido ausente. Sin embargo, las mujeres no están preparadas para ser madres invisibles y priorizan las tareas de cuidado otorgando mayor valor a las relaciones y a los vínculos humanos. Por ello, son acusadas de “no planificar sus carreras”, de “no tener los ojos abiertos” o “no ser ágiles”. Sin embargo, la lectura que nos interesa realizar es a la inversa, ya que, en realidad, sus elecciones reflejan la imposibilidad de una decisión impuesta socialmente y representa también el cuestionamiento que las mujeres realizan a los criterios existentes de éxito y de carrera profesional que exige la imposible elección de esto o de aquello.

Este conflicto familia-trabajo refuerza la presencia de las mujeres en trayectorias periféricas de la carrera profesional, caracterizadas por Sara García (2008) como itinerarios sinuosos, discontinuos, con una primera etapa de tanteo prolongado en la profesión que propicia la doble presencia. Además suelen ser trayectorias menos planificadas y más solitarias ya que cuentan con menor apoyo de mentores y de redes informales para su desarrollo (Escolano Zamorano 2006, p. 272-4), también en el caso de las médicas (Stamm y Buddeberg-Fischer 2011, Pringle 1998, p. 13). Por el contrario, el modelo masculino de trayectoria profesional es más lineal, tiene menos modificaciones. Está más orientado a la carrera, se caracteriza por cierta planificación estratégica, por el mayor apoyo de mentores y de acceso a redes informales de poder y, además, raramente se ve

afectado por la paternidad (Escolano Zamorano 2006; García Cuesta 2008; Buddeberg-Fischer et al. 2010).

Los contenidos asignados a las carreras y las metas profesionales son diferentes entre mujeres y hombres. Pareciera que las mujeres no asumieran su realidad profesional de manera unidimensional como lo más importante en sus vidas, lo cual las lleva a tener y a valorar un mayor número de intereses (Escolano Zamorano 2006, p. 425). En el caso de las médicas se observa un mayor número de intereses extra profesionales, en comparación a los médicos, y que estos intereses modifican, con mayor frecuencia, sus objetivos profesionales (Buddeberg-Fischer et al. 2010). El desarrollo profesional es visto por muchas profesionales como un ámbito de crecimiento personal autogestionado que se logra gracias a su esfuerzo individual y al capital social utilizados para poder revertir la diferencia de partida inherente a su condición de género (Manni 2010). Sus decisiones profesionales son coherentes con sus valores e intereses personales y con su definición de éxito profesional que incluye aspectos multidimensionales de la vida personal y profesional (Dyke y Murphy 2006, Enache et al. 2011).

Asimismo, sabemos que en medicina el apoyo de mentores es un elemento clave para el éxito profesional (Sambunjak, Straus y Marusic 2006; Stamm y Buddeberg-Fischer 2011; Zhuge et al. 2011). Tradicionalmente, el mentor es una persona con experiencia que apoya el crecimiento profesional de otra persona con poca experiencia a través de distintas actividades, como el asesoramiento, la amistad, la referencia profesional, la protección y la visibilización. Esta relación puede ser formal, es decir en el marco de un programa, como por ejemplo la relación tutor-residente durante la especialidad

médica; o informal, espontánea. En la actualidad, una persona también puede recibir apoyo de distintas personas al mismo tiempo, lo que constituye una red de apoyo (Stamm y Buddeberg-Fischer 2011).

La definición de éxito se relaciona con la de trayectoria profesional y su estudio, en general, ha estado fundamentado en las definiciones tradicionales de carrera profesional (Arthur, Khapova y Wilderom 2005). En el caso de las trayectorias académicas el criterio meritocrático continúa siendo el más importante, a pesar de que se ha constatado su importancia en el mantenimiento de las desigualdades de género (Vázquez-Cupeiro y Elston 2006; Van den Brink y Benschop 2012). La ideología meritocrática produce desigualdades ya que implica que el mérito es individual, que las personas son las únicas responsables de alcanzar o no dichos méritos, y que el éxito es el resultado de su saber hacer. Esta ideología no considera la influencia desigual de las variables estructurales y sociales, entre las que destaca el género, que influyen en las posibilidades de obtener dichos méritos (Arranz 2006b, p. 216-217; Van Den Brink y Benschop 2012).

En este sentido, Monique Valcour y Jamie Ladge (2008) recomiendan, especialmente para el estudio de las trayectorias de las mujeres, la utilización de nuevas definiciones de carrera profesional⁷ que, en contraste con las definiciones androcéntricas, destaquen los valores y decisiones personales, la auto dirección y

⁷ Por ejemplo, las mismas autoras proponen el término de “*protean career*”. El concepto se basa en la figura de Proteo, un dios griego que podía cambiar de forma a voluntad. Otro concepto propuesto por Arthur, Khapova y Wilderom es el término de “*boundaryless career*” relacionado con la mayor movilidad de las personas en distintas organizaciones laborales.

la dimensión subjetiva de éxito. Asimismo, la noción de identidad es clave por su influencia en el éxito profesional ya que orienta a la persona hacia la consecución de determinadas metas y también afecta a la percepción sobre las propias capacidades. También se relaciona la iniciativa personal con la movilidad inter- e intraprofesional para trascender los límites de una única organización laboral en la búsqueda de nuevas relaciones y experiencias profesionales (Arthur, Khapova y Wilderom 2005; Enache et al. 2011). Las investigaciones sugieren que cuando las personas se orientan a este tipo de carreras reportan mayor éxito profesional subjetivo (Arthur, Khapova y Wilderom 2005). Dado que las evaluaciones del éxito subjetivo se basan en resultados y expectativas de las propias personas, la identidad y las nuevas definiciones de carrera profesional configuran un marco más adecuado para estudiar el desarrollo profesional de las mujeres, quienes no siguen los modos tradicionales y androcéntricos de hacer carrera.

Sin duda, en toda trayectoria profesional se conjugan por un lado las propias elecciones y estrategias junto con los efectos desiguales de las variables estructurales, sociales y organizacionales (Escolano Zamorano 2006, p. 318). En este sentido, analizaremos en primer lugar las diferencias entre las trayectorias profesionales de médicas y médicos atendiendo a los distintos modos de planificación de sus metas. Es decir, si la planificación es consciente, es circunstancial o bien, no está presente. En segundo lugar, analizaremos en profundidad cómo las médicas construyen su trayectoria profesional, estudiando conjuntamente la importancia de sus estrategias y tomas de decisiones personales así como la influencia de los procesos y modelos organizativos del Servicio Andaluz de Salud, que define un modelo de carrera profesional con un sistema de promoción meritocrático orientado a un modo lineal y jerárquico de

hacer carrera. Todos estos factores, individuales y estructurales, se entrelazan con las características personales de las médicas y de los médicos para trazar la manera en que construyen las distintas trayectorias profesionales que estudiaremos a continuación.

3. Objetivos

Objetivo General

Analizar desde una perspectiva feminista los discursos sobre el desarrollo profesional en Medicina de Familia.

Objetivos Específicos

1. Describir y comparar los relatos sobre el desarrollo profesional de médicas y médicos de familia.
2. Analizar los discursos de las médicas de familia utilizando los aportes del punto de vista feminista y el concepto de género.
3. Analizar la diversidad de los discursos de las médicas sobre el desarrollo profesional profundizando en las diferencias, similitudes y capacidad de agencia.

4. Metodología

4. 1. Investigación cualitativa

Esta investigación parte de preguntas abiertas y de objetivos que la orientan. No pretende confirmar hipótesis cerradas sino analizar, desde una perspectiva feminista, los discursos sobre el desarrollo profesional en la Medicina de Familia. Para ello, hemos optado por el abordaje cualitativo que nos permite acercarnos y comprender nuestro tema de estudio a través del discurso y los significados emitidos por las personas protagonistas en un contexto social concreto.

Bajo el concepto de investigación cualitativa se reúnen un conjunto multidisciplinar de paradigmas, perspectivas y metodologías que derivan de diversas tradiciones filosóficas (Valles 2003, p. 47-68; Tójar Hurtado 2006, p. 11; Flick 2007, p. 31). No obstante, existen algunos rasgos generales que la caracterizan y diferencian de otros abordajes.

La investigación cualitativa busca comprender e interpretar la realidad concebida como múltiple, dinámica, construida y, por tanto, cambiante (Conde 1999; Tójar Hurtado 2006, p. 151-155). Para ello, realizamos un recorte selectivo y creativo de la realidad, una mirada singular establecida desde un lugar concreto (Conde 1999). El lugar desde el cual analizamos e interpretamos la realidad explica en parte el porqué pretendemos alcanzar ciertos objetivos de investigación y por qué seleccionamos determinadas perspectivas teóricas o determinados datos. Las reflexiones críticas de quien investiga son incorporadas en la investigación cualitativa como parte fundamental del proceso de construcción de conocimiento, de tal forma que la subjetividad y la

intersubjetividad sean los instrumentos que nos permitan conocer el fenómeno de estudio (Conde 1999; Flick 2007, p. 20). Es por ello que personas con experiencias e interacciones diversas pueden interpretar una misma realidad de manera distinta (Tójar Hurtado 2006, p. 66-69).

El interés de la investigación cualitativa es comprender los significados subjetivos que las personas protagonistas otorgan a los hechos dentro de un contexto temporal e histórico determinado y reconstruir los significados de los fenómenos para, posteriormente, analizar estos elementos como piezas de un conjunto (Ruiz Olabuénaga 1999; Tójar Hurtado 2006, p. 151-152).

El análisis cualitativo es holístico porque prioriza la comprensión global del fenómeno sin pretender realizar explicaciones del tipo “causa-efecto”; es contextual porque se refiere a un contexto histórico y temporal concreto; y es reflexivo porque busca la reflexión crítica de todas las personas implicadas en la investigación sobre sus creencias, emociones y prácticas, con el objetivo de explicitar el significado que ellas mismas le otorgan (Conde 1999; Tójar Hurtado 2006, p. 148-150). Asimismo, la investigación cualitativa es inductiva, flexible y emergente porque se construye desde los datos obtenidos por quien investiga a través del contacto directo con las personas en un contexto concreto (Ruiz Olabuénaga 1999; Tójar Hurtado 2006, p. 148-150).

El conocimiento obtenido de la investigación cualitativa es provisional y válido para un contexto histórico y temporal determinado. Este conocimiento persigue el objetivo ético de contribuir a la transformación de una determinada realidad social y a la emancipación de las personas. El compromiso ético con el tema de estudio, con las personas investigadas y con los resultados obtenidos es

una de las características esenciales de la investigación cualitativa (Tójar Hurtado 2006, p. 163-164).

La amplitud de enfoques teóricos y metodológicos que caracteriza a la investigación cualitativa otorga flexibilidad para poder comprender e interpretar la complejidad de los discursos emitidos sobre cualquier fenómeno de estudio (Flick 2007, p. 15-16). Debido a la variedad de enfoques epistemológicos y metodológicos que derivan de tradiciones y corrientes históricas representativas, algunos autores (Valles 2003; Tójar Hurtado 2006; Flick 2007) consideran importante diferenciar entre paradigma y perspectiva teórica.

Todo paradigma engloba varias perspectivas teóricas-metodológicas y ofrece un sistema de creencias compartido sobre la realidad estudiada. Del mismo modo, implica la interrelación de tres supuestos generales: el supuesto ontológico, es decir, un sistema de creencias sobre la naturaleza de la realidad investigada; el supuesto epistemológico, definido como el modelo de relación entre quien investiga y el sujeto de estudio; y el supuesto metodológico o modo de obtener conocimiento de dicha realidad (Valles 2003, p.48-52; Tójar Hurtado 2006, p. 56-60).

No existe consenso en la cantidad ni en la clasificación de paradigmas incluidos en la investigación cualitativa. Juan Carlos Tójar Hurtado (2006, p. 61) indica que podemos diferenciar dos paradigmas cualitativos básicos: el interpretativo y la teoría crítica. Ambos incluyen perspectivas diversas; por ejemplo, el paradigma interpretativo incorpora: la fenomenología, la hermenéutica, la sociolingüística, el interaccionismo, y/o la etnometodología. Por otra parte, el paradigma de la teoría crítica incluye las perspectivas feministas y/o marxistas entre otras. Para Tójar Hurtado (2006, p. 61-63) el paradigma

interpretativo valora la visión subjetiva de las personas sobre ellas mismas y sus significados implícitos y explícitos; mientras que el paradigma crítico propone el análisis reflexivo de las teorías implícitas como instrumento de oposición a los diversos ejes de dominación social y como medio para lograr la emancipación de las personas. Miguel Valles (2003, p. 52-62) indica que entre los paradigmas más destacados dentro de la investigación cualitativa se encuentran: el paradigma de la complejidad, el paradigma hermenéutico, el constructivismo y el paradigma crítico, y que todos ellos a la vez incorporan diversas perspectivas teóricas.

En la presente investigación nos hemos situado en la articulación de los diversas aportaciones que ofrecen los paradigmas interpretativo, hermenéutico, constructivista y crítico, sin adherirnos a ninguno de ellos y buscando establecer un diálogo entre los rasgos compartidos. Estos paradigmas comparten una misma visión de la realidad: que se construye en un contexto concreto a través de discursos sociales, políticos, económicos y de género, entre otros, y que es un producto de la distribución de poder. Además, consideran que la interacción entre los valores de quien investiga y los de las personas estudiadas permiten la construcción del conocimiento. Por último, comparten elementos metodológicos como la crítica y la transformación de las estructuras sociales de opresión, la reconstrucción de los puntos de vista implicados en el fenómeno de estudio, y la elaboración de una interpretación consensuada y contextualizada (Valles 2003, p. 56-58).

Cualquiera sea el paradigma del cual partimos, todos incluyen variedad de perspectivas teóricas-metodológicas, es decir, posturas filosóficas que fundamentan y proporcionan un marco, un contexto, desde el cual desarrollar la investigación (Tójar 2006, p. 71) pero que no llegan a ser sistemas tan cerrados

como los paradigmas (Valles 2003, p.52). Las diversas perspectivas son distintos modos de comprender el tema de estudio y pueden ser utilizadas de forma complementaria o combinada (Flick 2007, p. 40). En la investigación cualitativa las perspectivas teóricas-metodológicas son cuatro: el interpretativismo, la teoría crítica, la teoría feminista y el postmodernismo (Crotty, citado por Tójar Hurtado 2006, p. 71-83). El primero estudia los procesos dinámicos a través de los significados que las personas otorgan a sus acciones en un contexto determinado. La teoría crítica plantea una nueva racionalidad como crítica a toda forma de ideología y de opresión. La teoría feminista es una teoría sobre el poder y su objeto es la explicación del origen y de la dominación de las mujeres. Comparte con la teoría crítica los ideales relativos a la emancipación. Por último, la perspectiva postmoderna destaca por su escepticismo sobre las metanarrativas, y propone las narrativas locales, las identidades múltiples y fragmentadas.

Uwe Flick (2007, p. 31-42) diferencia tres perspectivas teóricas: el interaccionismo, que busca reconstruir el punto de vista de las personas, los distintos significados subjetivos que éstas otorgan a sus experiencias como productos derivados de la interacción social dentro de un contexto; la etnometodología, que analiza cómo las personas producen la realidad social a través de procesos interactivos cotidianos y se interesa por cómo se organiza dicha interacción. Y por último, los modelos estructuralistas que asumen que los sistemas culturales profundos de significado enmarcan la percepción y la creación de la realidad subjetiva y social.

En nuestra investigación nos hemos situado principalmente desde las perspectivas interaccionista y estructuralista para estudiar el desarrollo profesional en la Medicina de Familia. Ambas perspectivas buscan comprender la

construcción de una realidad concreta, de un fenómeno que estudiamos desde el punto de vista de las personas implicadas en un contexto social determinado (Flick 2007, p. 31-40). En nuestro caso, desde la experiencia de médicas y médicos de familia en el contexto del Servicio Andaluz de Salud a comienzos del siglo XXI.

Toda investigación cualitativa busca comprender los diversos significados subjetivos que las personas protagonistas otorgan al fenómeno de estudio a través de su discurso. El discurso posee interés por ser una forma de práctica social que surge en relación dialéctica con la estructura social que lo configura. El discurso no es estático ya que se produce e interpreta históricamente. Esto significa que todo discurso es socialmente construido a la vez que socialmente condicionado en un determinado contexto social e histórico. Asimismo, siguiendo las aportaciones de Foucault, todo discurso contribuye, por un lado, a construir, a reproducir el *status quo* y, por otro, a reformular las relaciones y los mecanismos de poder. Es decir, que el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio del cual, se lucha aquel poder que uno quiere adueñarse (Foucault 2005, p. 15). Al ser transmitido por personas activas, el discurso produce a su vez nuevas realidades sociales; de esta forma ejercen poder porque transportan un saber, un conocimiento que es fundamento de las acciones individuales y colectivas que moldean a la realidad (Wodak 1997, p. 6; Jäger 2003; Wodak 2003). El sistema de género es un eje fundamental en la construcción y transformación del discurso ya que es una herramienta de poder que organiza la sociedad junto con otras categorías de opresión como la etnia, la edad, la clase social, entre otras (DeFrancisco 1997, p. 38-39). En este sentido, todo discurso refleja las estructuras sociales androcéntricas (Wodak 1997, p. 10).

4.2. Los grupos de discusión

El grupo de discusión es una técnica que reúne a personas con características comunes, en una conversación guiada y limitada en tiempo y espacio, con el objetivo de obtener datos cualitativos sobre sus percepciones, opiniones y actitudes en un ambiente permisivo (Krueger 1991, p. 24).

El grupo de discusión es también una situación discursiva. La técnica del grupo de discusión asume que el discurso es construido en sociedad y que las personas se influyen entre sí. El discurso, por lo tanto, no se encuentra en ningún lugar social en particular, sino que se encuentra diseminado y la técnica grupal produce su reordenación (Canales y Peinado 1999).

En el grupo de discusión se produce la interacción de las personas participantes entre ellas mismas y con quien modera al grupo y es la recogida de los datos de ambas interacciones lo que diferencia al grupo de discusión de otras técnicas cualitativas (Wilkinson 2004). Su diseño debe ser abierto y flexible para facilitar que las intervenciones surjan y se estimulen, recíprocamente, en relación a las respuestas de las personas presentes en el grupo (Mucchielli 1977; Valles 2003, p.304). La subjetividad y la realidad de quienes investigan están integradas de manera dialéctica en el proceso grupal (Ibáñez 1986, p. 268-270). Quien modera el grupo provoca el discurso grupal, propone el tema de debate y todos los elementos de la situación grupal, es decir la estructura del tiempo y del espacio, la composición del grupo, etc., en un clima permisivo para fomentar los distintos puntos de vista (Krueger 1991, p. 77-80). La moderadora es quien realiza la provocación inicial, es decir, presenta el tema de debate y genera el interés por discutirlo, insistiendo en que sea el grupo quien tome la palabra y evitando emitir

juicios. Pero también mantiene y controla la discusión ya que el grupo tiende a desmembrarse, a perder la palabra, y a resultar inoperante para los objetivos de la investigación (Ibáñez 1986, p. 302-303; Valles 2003, p. 320-322).

En nuestra investigación, además de una moderadora en todos los grupos, contamos con la presencia de una observadora cuyas funciones fueron, por una parte, observar las dinámicas, las interacciones, la comunicación no verbal, el manejo de la grabadora y, por otra, ocuparse de las condiciones ambientales y logísticas (agua, fichas, etc.). Debe considerarse que el grupo concibe a la observadora como una contigüidad, como una parte de la moderadora. Es por ello que la relación del grupo con esta figura suele ser ambivalente, en ocasiones la ignora y, en otras, busca integrarla (Ibáñez 1986, p.309). Su participación ha permitido incrementar la información recogida y la validez del análisis al introducir otro punto de vista (Krueger 1991, p. 79). Con la excepción de un grupo, donde los roles fueron intercambiados, la investigadora principal del proyecto, Ana Delgado, fue la moderadora y yo, Lorena Saletti, la observadora.

El grupo de discusión no existe ni antes ni después de la discusión, su existencia es momentánea y se reduce a la situación discursiva, es por ello que su carácter es artificial. Su dinámica está orientada a producir datos cualitativos y el grupo existe por y para ese objetivo de investigación (Mucchielli 1977; Canales y Peinado 1999).

Los grupos de discusión ofrecen varias ventajas entre las que destacan su su carácter abierto y flexible y que permiten estudiar la interacción grupal y diversas dimensiones del discurso grupal (Krueger 1991, p. 49-50; Valles 2003, p. 303-304). Sue Wilkinson (2004) ha analizado las ventajas que los grupos de discusión añaden a la metodología feminista. La autora indica que los grupos de

discusión permiten estudiar a las personas de forma relativamente natural, en procesos cotidianos de comunicación e interacción, evitando así la artificialidad de otras técnicas. Al priorizar las relaciones sociales, esta técnica permite observar de forma directa cómo el discurso de las personas se construye, se negocia y se modifica en el contexto social de debate grupal. Los grupos de discusión modifican también las relaciones de poder ya que, al otorgar la oportunidad de intercambiar puntos de vista entre las personas participantes, reduce el control de quien lleva a cabo la investigación. Además, al colectivizar las experiencias de las personas, los grupos de discusión posibilitan la toma de conciencia de situaciones de opresión social compartidas, la solidaridad, y el empoderamiento de las mismas (Wilkinson 2004). Las ventajas señaladas hacen de los grupos de discusión una técnica apropiada, potente y congruente con la metodología feminista que guía nuestra investigación.

Todo grupo de discusión tiene una estructura que implica el ordenamiento y distribución más o menos estable de los individuos que conforman al grupo (Blanco y Fernández Ríos 1987). La estructura grupal es la organización interna originada por la interacción entre participantes, y en ella podemos distinguir elementos centrales para el funcionamiento del grupo como: el rol, es decir, el lugar ocupado por cada participante y las prescripciones de cómo llevar a cabo las funciones dentro de un grupo; el estatus, que implica el significado, la valoración o el prestigio asociado a una posición; y la comunicación o los marcos de referencia compartidos dentro de un grupo (Blanco y Fernández Ríos 1987).

Junto con la estructura formal, Roger Mucchielli (1977, p. 77-84) señala la existencia de una estructura grupal informal relacionada con las emociones y

sentimientos, con la organización y distribución de la simpatía o antipatía entre quienes integran el grupo. Esta estructura está latente y representa para cada integrante la forma en que vive su situación dentro del grupo, cómo percibe al resto y la distancia social que experimenta respecto a alguna persona.

Además de los componentes estructurales, todo grupo de discusión tiene una dinámica propia definida como el conjunto de relaciones que ocurren en los grupos (Mucchielli 1977, p. 33-37; Luft 1986, p. 17-18; Canales y Peinado 1999). La dinámica se constituye en el cruce de las relaciones simétricas que unen a cada integrante con el grupo de pares y de las relaciones asimétricas que se establecen con quien modera el grupo (Ibáñez 1986, p. 296; Canales y Peinado 1999).

Al observar la dinámica del grupo debemos tener en cuenta dos niveles: el nivel manifiesto, que podemos observar a través del contenido verbal e intelectual del grupo; y el nivel afectivo o socioemocional, que es experimentado por el grupo pero que no es reflexionado, e implica los cambios significativos en los tonos de voz, las actitudes, las posturas físicas, la dirección de las intervenciones, las fases emocionales de la reunión y las expresiones colectivas (Mucchielli 1977, p. 116-117). Carmen Huici Casal (1987) destaca los aportes psicoanalíticos para estudiar las fases emocionales y las identificaciones y elementos inconscientes de todo grupo, entre los que se encuentran las expresiones de dependencia, apareamiento, lucha y de huida.

El análisis de la dinámica y de la estructura grupal puede realizarse a través de la evaluación del funcionamiento del grupo, es decir el número, la calidad de las interacciones y la intensidad e igualdad de la participación. El nivel de participación en el grupo es proporcional al grado de cohesión afectiva y al

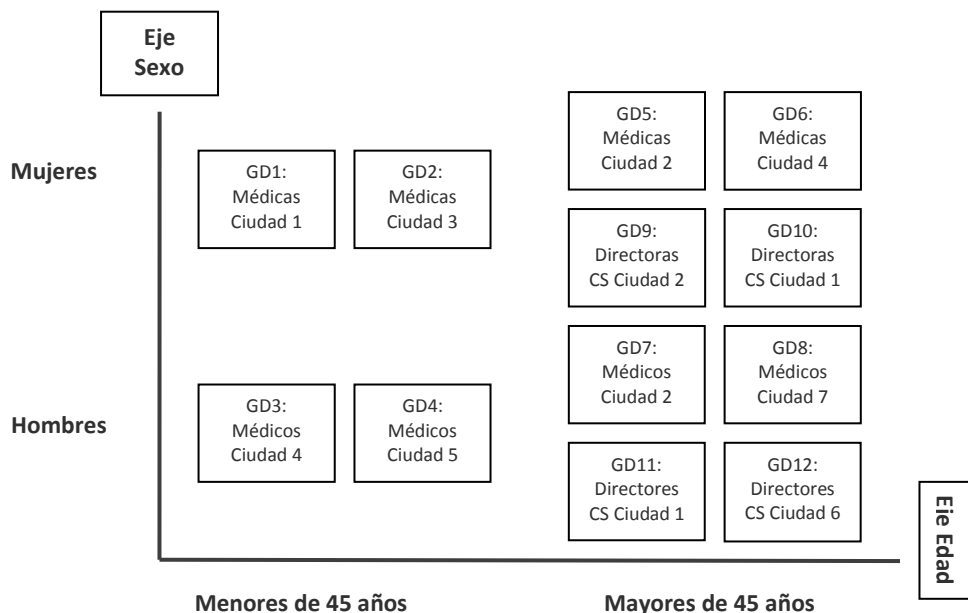
grado de adhesión entre quienes integran el grupo. La participación multiplica las interacciones y la interdependencia en el grupo (Mucchielli 1977, p. 119-120).

4.2.1. Los perfiles de los grupos de discusión

Cada grupo de discusión debe combinar criterios de homogeneidad y de heterogeneidad que dependerán de los objetivos de la investigación (Canales y Peinado 1999). Un grupo suficientemente homogéneo permite mantener la simetría en la relación grupal, crear el contexto familiar necesario para que los relatos circulen con comodidad, y constituye la base para generalizar los resultados discursivos (Krueger 1991, p. 96; Dávila 1999). En esta investigación los criterios de homogeneidad intragrupal para conformar cada grupo y evitar incompatibilidades fueron: el sexo, la edad, la ocupación o no de cargos de dirección de médicos y médicas (con independencia de su edad) y la provincia donde trabajaban. Esta homogeneidad es el punto de partida en el proceso de reclutamiento de los grupos (Krueger 1991, p. 34; Dávila 1999). A su vez, estos mismos criterios son los que delimitan la heterogeneidad entre los diferentes grupos y determinan el número y la composición de los mismos en cuanto a la selección de participantes y a su distribución en cada grupo, con el fin de obtener discursos relevantes conforme a los objetivos de nuestra investigación (Valles 2003, p.308-313). El criterio de heterogeneidad asegura la diferencia necesaria en todo proceso de habla y la presencia de relatos variados (Canales y Peinado 1999).

La muestra obtenida en nuestra investigación no persigue la representatividad estadística, más bien corresponde a criterios estructurales que buscan la representación de determinadas situaciones sociales y profesionales con el objetivo de comprender la construcción de distintos discursos y su

localización socioestructural (Krueger 1991, p. 99-100; Dávila 1999; Canales y Peinado 1999). De esta forma cada grupo representa una variante discursiva de nuestro tema de estudio. Los grupos de discusión realizados se agrupan gráficamente en los siguientes ejes:



Para conocer la heterogeneidad intragrupal hemos considerado determinadas características de las personas que participaban en los grupos tales como: formación postgrado vía MIR en Medicina Familiar y Comunitaria (MIRMF), tutor/a de residentes, y situación familiar. Estas características personales y profesionales fueron recogidas mediante una ficha autocumplimentada al inicio de cada grupo (Anexo 1). En el Anexo 2 se encuentran las características detalladas de cada profesional que participó en los grupos.

Realizamos 12 grupos de discusión y participaron en total 32 médicas y 33 médicos con 44,3 y 47,2 años de edad media respectivamente. La siguiente tabla resume las características personales y profesionales de las personas participantes:

Tabla 1. Características de las personas participantes en los grupos de discusión

	Médicas N=32	Médicos N=33
Formación MIRMF	25 (78,1%)	18 (54,6%)
Tutor/a de residentes	17 (53,1%)	14 (42,4%)
Situación familiar:		
Vive sola/o	3 (9,4%)	3 (9,1%)
Vive sola/o con hijos/as	2 (6,3%)	2 (6,1%)
Vive en pareja sin hijos/as	4 (12,5%)	2 (6,1%)
Vive en pareja con hijos/as	20 (62,5%)	23 (69,6%)
Otras situaciones	3 (9,3%)	2 (6,1%)
No consta		1 (3%)

En los primeros grupos participaron 10-12 personas, posteriormente disminuimos el número de participantes para facilitar la fluidez de la discusión, la participación de todas las personas participantes, y también por la dificultad de constituir grupos de mayor tamaño. Finalmente la media de participantes en cada grupo ha sido de 5,4 personas.

4.2.2. Modalidad y dificultades para contactar

A partir del listado de médicas y médicos andaluces que estaban trabajando en los centros de salud realizamos una muestra intencional, seleccionada a partir de informantes claves. Los grupos con personas directivas fueron los más fáciles de organizar debido a que en general quienes ocupan estos cargos muestran buena disposición para colaborar con otros organismos del Sistema Sanitario. En el extremo opuesto, contactar con las y los profesionales menores de 45 años fue más dificultoso. Esto se explica por la precariedad de sus contratos, cuya duración temporal es escasa, y por su alta movilidad geográfica. Especialmente difíciles de organizar fueron los grupos de médicos jóvenes debido a que el número de médicos en esta franja de edad es inferior al de sus colegas mujeres y porque muchos de ellos realizan una segunda especialidad MIR o trabajan en urgencias. Para seleccionar a las personas participantes de estos grupos partimos de un listado por edad facilitado por los distritos sanitarios de las diferentes provincias, sin embargo en muchas ocasiones las médicas y los médicos jóvenes ya no trabajaban en el centro de salud señalado en el listado. Finalmente, la información que nos resultó de mayor utilidad para captar a las personas participantes fue la otorgada por informantes claves y el uso de la técnica de bola de nieve.

Contamos con cada profesional mediante llamada telefónica al centro de salud. La explicación presentada en la conversación telefónica de captación se detalla a continuación:

“Buenos días. Mi nombre es Lorena Saletti y llamo desde la Escuela Andaluza de Salud Pública. Desde la Escuela estamos llevando a cabo un estudio de las

opiniones de médicos/as de familia sobre la profesión médica y para ello estamos realizando grupos de discusión en toda Andalucía. El motivo de mi llamada es convocarla/o a participar en un grupo que realizaremos el día X a las X horas en el centro de salud X. La duración estimada es de dos horas y nos interesaría saber si está interesada/o en participar en el grupo. Comentarle que su presencia es muy importante para la investigación. Le enviaré vía correo electrónico una invitación formal solicitando su participación en el grupo y todos mis datos de contacto por si necesita comunicarse conmigo en caso de alguna incidencia que impida su participación. Si no le importa, le llamaré el día anterior a modo de recordatorio. Decirle además que el estudio está coordinado por Ana Delgado y financiado por el F.I.S., y que agradecemos sinceramente su participación ya que su opinión y experiencia es muy valiosa para nuestro estudio.”

Durante la llamada de captación los médicos realizaron mayor número de preguntas relacionadas con el proyecto y algunos llegaron a pensar que el motivo de la llamada era proponerles formar parte del equipo de investigación. Las médicas, por el contrario, fueron más directas a la hora de responder si podían o no participar en el grupo y en general mostraron mayor predisposición a hacerlo. Entre los principales motivos que impedían la participación de las y los médicos se destacaban que el día de realización del grupo no les convenía, que trabajaban en turno de tarde, que tenían obligaciones familiares relacionadas con el cuidado de hijos/as, o bien que debían asistir a algún curso o congreso.

Luego de la conversación telefónica a cada participante le enviamos un correo electrónico con una invitación formal que adjuntamos en el anexo 3. El día anterior a la celebración del grupo contactamos con cada participante para recordarles la cita pactada.

Entre los meses de octubre de 2009 y noviembre del 2010 realizamos los 12 grupos de discusión con las médicas y los médicos de familia que trabajan en Atención Primaria en capitales de provincia de Andalucía. Los grupos con profesionales de Granada se realizaron en la sede de la Escuela Andaluza de Salud Pública, en Jaén se celebraron en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, y en el resto de provincias los grupos se desarrollaron en los centros de salud más céntricos y de fácil acceso. La duración media fue de 90 minutos.

En el momento del encuentro con los grupos nos presentamos personalmente, explicamos nuestros roles, el objetivo de la investigación, la duración del grupo y solicitamos permiso para su grabación garantizando siempre el anonimato. Para garantizar el anonimato y la confidencialidad de las médicas y de los médicos participantes sustituimos sus nombres reales por otros ficticios y su procedencia geográfica por un código numérico. Posteriormente, pedimos la cumplimentación de la ficha de datos personales y profesionales y realizamos una ronda de presentación. Presentamos el funcionamiento del grupo y comenzamos con la primera pregunta del guión. Todos los grupos fueron grabados y posteriormente transcritos por profesionales. La disposición espacial de todos los grupos fue circular y, exceptuando un grupo, en todos nos hemos sentado alrededor de una mesa cuadrada o rectangular.

El clima general fue agradable y cordial. La participación fue muy buena y en general mostraron satisfacción al finalizar. En la mayoría de los grupos de mujeres nos preguntaron si no habría otro encuentro aludiendo a la necesidad de “hablar de estos temas entre nosotras”. En general se produjeron pocos silencios que han estado relacionados con la pregunta de modelos o referentes en la vida profesional y/o personal.

4.2.3. El guión de discusión

El guión utilizado en los grupos fue elaborado a partir de la revisión bibliográfica sobre el tema. Posteriormente realizamos una prueba de jueces para evaluar el guión de discusión, comprobar la comprensión de algunos términos, de las preguntas y también evaluar las posibles resistencias en las respuestas. Realizamos la prueba en el mes de julio de 2009 en un aula de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Participaron cuatro profesionales, dos mujeres y dos varones, de características similares a la población de estudio, estas personas no fueron incluidas en los grupos de discusión.

Finalmente el guión elaborado y utilizado para generar la interacción en todos los grupos fue el siguiente:

- 1) ¿Qué es para vosotros/as tener logros profesionales?
- 2) ¿Pensáis que es lo mismo alcanzar logros profesionales que tener éxito como médicas/os de familia?
- 3) ¿Cuándo sentís que vosotros/as u otro/a compañero/a tenéis éxito o alcanzáis un logro en la profesión?

Para indagar el significado del éxito: ¿Qué aspectos de vuestra vida profesional hacen que sintáis que tenéis éxito que habéis alcanzado un logro?

- 4) ¿De qué factores creéis que depende que tengáis más o menos logros profesionales o éxito en vuestra profesión?

Para indagar atribuciones negativas: ¿Cuáles creéis que son las dificultades u obstáculos para alcanzar un logro profesional o un éxito? Del entorno profesional, institucional, familiares, personales.

- 5) ¿Qué factores os han ayudado o apoyado a lo largo de vuestra vida profesional para alcanzar un logro o éxito como médicos/as de familia?
- 6) ¿Habéis tenido o tenéis metas o proyectos para vuestra vida profesional? ¿De qué metas se tratan?
- 7) ¿Han cambiado vuestras metas o proyectos a lo largo de vuestra vida profesional?
- 8) En vuestro entorno de trabajo ¿ha habido alguien que fuera un referente o una guía para la vida profesional? No interesa el nombre, sí el porqué.
- 9) Y en vuestra vida personal ¿ha habido alguien que os haya servido como referente para vuestra vida profesional? ¿Por qué?
- 10) Si empezaraís de nuevo a trabajar en medicina ¿qué cambiaríais?

Se utilizaron en detalle todas las preguntas del guión y en algunos grupos se indagaron en profundidad algunos aspectos a través de preguntas improvisadas por la moderadora.

4.3. Proceso de análisis

El proceso de análisis ha estado guiado por los objetivos de la investigación, es decir, conocer los discursos y los significados otorgados al desarrollo profesional en Medicina de Familia. Este proceso dialéctico, donde nuestra subjetividad como investigadoras está integrada, implica cortar, deshacer los relatos, examinarlos de forma sistemática en sus múltiples dimensiones, ordenarlos, reorganizarlos y conectarlos para interpretarlos y alcanzar los objetivos propuestos (Krueger 1991, p. 110-114).

Podemos identificar diferentes tipos y niveles de profundidad en el proceso de análisis (Krueger 1991, p. 112-113; Tójar Hurtado 2006, p. 287). En nuestra investigación realizamos el análisis en tres etapas. Como primer paso realizamos un análisis descriptivo de la estructura y la dinámica de cada grupo siguiendo algunos métodos recomendados por la sociometría (Mucchielli 1977, p. 77- 80). Para ello, utilizamos principalmente las notas obtenidas en las observaciones de cada grupo atendiendo a sus interacciones, al nivel afectivo o socioemocional y a las fases de desarrollo del grupo. Analizamos los silencios, la escucha grupal, las actitudes, posturas físicas y frecuencias de interacción de cada participante, los conflictos, el uso del humor, y las modalidades de procesos emocionales, es decir, las características de procesos psicológicos esenciales tales como el ataque-huida, el emparejamiento o la dependencia (Luft 1986, p. 49-77).

En segundo lugar realizamos un análisis de contenido de los relatos obtenidos en todos los grupos. A partir de la transcripción literal de los grupos de discusión realizamos un proceso cíclico y circular de descomposición y análisis del texto con el objetivo de establecer las conexiones entre el nivel sintáctico del

texto y sus referencias semánticas y pragmáticas (Navarro y Díaz 1999). Para ello procedimos a reducir los datos, es decir a descomponer el texto separándolo en unidades de registro, que pueden ser palabras, conjuntos de palabras o temas (Ruiz Olabuénaga 1999). Este primer paso corresponde al nivel sintáctico de análisis que indaga, a través de la búsqueda de palabras de interés, la morfología y la gramática del texto (Tójar Hurtado 2006, p. 312). En nuestra investigación las palabras claves que buscamos fueron: “desarrollo”, “familia”, “conflicto”, “satisfacción”, “logro”, “éxito”, “reconocimiento”, “dinero”, “apoyo”, “obstáculo”, “dificultad”, “estabilidad”, “formación”, “compañeros/as”, “tiempo” y “objetivos”. Analizamos el campo semántico de cada palabra clave interpretando su significado, su sentido, en el texto (Abril 1999; Navarro y Díaz 1999; Tójar Hurtado 2006, p. 312). Identificamos y codificamos dichas unidades de registro utilizando un enfoque inductivo-deductivo en categorías más amplias: predefinidas, según los objetivos del estudio, y en categorías emergentes (Anexo 4). Estas primeras categorías descriptivas fueron creadas a partir del guión de preguntas y pretenden comprender, de una manera lógica y coherente, la información recogida, reduciendo el número de unidades de análisis. Tras la doble lectura en profundidad de la transcripción de los 12 grupos y de la primera codificación, triangulamos las categorías de análisis según los objetivos planteados y redefinimos las categorías definitivas (Anexo 5), considerando tanto las previas como las emergentes, y teniendo en cuenta dos criterios:

1. El análisis de los conceptos de logro y éxito expresado en algunos grupos presentaba matices diferenciales que se corresponden con los conceptos presentes en la bibliografía, no apareciendo estas diferencias en otros grupos. Sin embargo, cuando el grupo respondía a las preguntas del guión referidas a

resultados y atribuciones, las personas utilizaban indistintamente ambos términos sin establecer diferencias entre ellos. Por esta razón, aunamos el análisis de significados y atribuciones en un solo esquema de categorías que no distingue entre logro y éxito.

2. En el análisis de las atribuciones constatamos que médicas y médicos hablan del efecto obstaculizador o facilitador que provoca una causa (por ejemplo, la familia que provoca efectos negativos y positivos). Es decir, un mismo factor se puede mencionar con significado positivo o negativo para obtener logros, motivo por el cual unimos en el análisis de contenido todas las atribuciones, tanto las positivas como las negativas, en las categorías internas y externas.

Finalmente, en el proceso de análisis de contenido, sintetizamos y agrupamos los datos obtenidos interrelacionando las categorías de análisis y sus significados con los perfiles de los grupos. De esta forma analizamos el nivel pragmático, es decir, la relación del texto con el contexto de producción en donde los significados semióticos adquieren significado social y práctico (Abril 1999; Navarro y Díaz 1999; Tójar Hurtado 2006, p. 312).

Para todo el proceso de análisis de contenido hemos utilizado el programa Nudist-Vivo versión 8 que nos ha facilitado el manejo de los datos y el proceso de análisis e interpretación. Este programa ha sido diseñado para la investigación cualitativa, facilita la organización, búsqueda y recuperación de datos. Permite buscar información en distintos niveles de abstracción, codificar documentos, crear y asignar categorías, atributos y valores, y relacionar categorías con características de los perfiles de los grupos. Asimismo, permite confeccionar gráficos, tablas e informes.

Tanto el análisis descriptivo de la estructura y la dinámica grupal como el análisis de contenido nos permiten describir y comparar los relatos de médicas y médicos de familia, con el objetivo de descubrir y describir las pautas de género compartidas y diferenciadas. Linda Nicholson (2003, p. 47-81) propone que observemos la complejidad del entrecruzamiento y la superposición de estas características como si mirásemos un tapiz. En su complejidad, podemos revelar el significado concreto del concepto mujer, no como determinadas características concretas/fijas, sino, más bien, como un entramado de características que presenta distintos elementos en común. Para explicar su idea, la autora se basa en Wittgenstein y en sus teorías sobre el lenguaje para demostrar, a través de esta analogía, que lo que llamamos mujer, o lo que Wittgenstein denomina como juego, no es siempre la misma cosa: “porque si los observamos (los procedimientos que llamamos ‘juegos’) no encontraremos algo común a todos; únicamente semejanzas, relaciones [...] Tomemos, por ejemplo, los juegos de mesa, con sus múltiples relaciones. Pasemos después a los juegos de cartas, donde encontramos numerosas correspondencias con el primer grupo, pero muchos aspectos desaparecen para dejar paso a otros nuevos. Si cambiamos a los juegos de pelota, vemos que es mucho lo que se conserva, pero también mucho lo que se pierde [...]. El resultado de este examen es una complicada trama de semejanzas que se solapan y se entrecruzan, unas veces en la totalidad, otras en el detalle” (Wittgenstein 1953, citado en Nicholson 2003, p.74-75).

En nuestro proyecto después de describir el tapiz de discursos de médicas y médicos a través de los niveles de análisis descritos, procedimos a analizar en profundidad el discurso de las médicas de familia. Para ello, analizamos los relatos de los grupos de médicas en un nivel más profundo a través del análisis crítico del

discurso. Si entendemos el discurso como una práctica social, generada en relación dialéctica con un contexto social e histórico determinado, el análisis del discurso pretende identificar el modo de producción y reproducción en el que las prácticas discursivas determinan las estructuras de poder y dominación (Jäger 2003; Wodak 2003). El enfoque del análisis crítico del discurso se esfuerza por explicitar las estructuras y las relaciones de poder con una mirada hermenéutica, lo que implica que los significados de una parte, en nuestro caso los significados subjetivos otorgados al desarrollo profesional, solo pueden entenderse en el contexto (Wodak 1997, p. 7; 2003). Asimismo, el análisis crítico de su discurso permite analizar los efectos del complejo sistema de género y las estrategias de cambio de las médicas visibilizando su capacidad de agencia.

Tres conceptos claves caracterizan este método, los conceptos de: poder, crítica y de ideología (Wodak 2003; Fairclough 2003). Todo discurso es un objeto producido e interpretado históricamente, situado en un contexto social, el enfoque del análisis crítico del discurso permite analizar las presiones de arriba y las posibilidades de resistencia a las desiguales relaciones de poder que aparecen en forma de convenciones sociales naturalizadas y estabilizadoras. El sistema de género se relaciona con el poder y debe analizarse como una herramienta política de opresión que, junto con otras categorías, organiza las estructuras sociales (DeFrancisco 1997, p. 38-39). Por otra parte, siguiendo a Foucault, cuando se estudia el poder se debe analizar también las resistencias al mismo, de esta forma se sitúa a los grupos marginados en el centro del análisis, no en los márgenes; se visibilizan y difunden los actos de resistencia; se evita la tendencia a generalizar comportamientos ya que personas concretas actúan de forma activa en respuesta a una situación dada; en definitiva, el análisis de las resistencias al poder permite

comprender en profundidad el funcionamiento del mismo (DeFrancisco 1997, p. 50). El segundo concepto clave del análisis crítico del discurso es la propia noción de crítica, es decir, el resultado de enmarcar los datos en la estructura social, adoptando de manera explícita una postura política, en nuestro caso desde la teoría feminista, con objetivos emancipadores de transformación social. Por último, la ideología se refiere a las formas y procesos sociales en cuyo seno y por cuyo medio circulan las formas simbólicas en el mundo social, y es un aspecto importante en el establecimiento y conservación de unas relaciones desiguales de poder y de género. El discurso materializa la ideología. Por ello, es central para crear, promulgar y mantener la ideología dominante (McElhinny 1997, p. 108).

Ruth Wodak (1997, p.8) explica que cuando se analiza el discurso desde una perspectiva feminista se pretende responder a dos preguntas principales. La primera, cómo el comportamiento lingüístico de las mujeres como grupo difiere del de los hombres y, en segundo lugar, cómo las mujeres están representadas en el discurso hegemónico. En consecuencia, los estudios de género y discurso pueden categorizarse en dos marcos predominantes pero no excluyentes entre sí: los que estudian el género como una diferencia transcultural y los que analizan el género como poder social. Los primeros explican las diferencias como el resultado del proceso de socialización de género. Para los segundos, las diferencias son consecuencia de las posiciones desiguales y jerárquicas que mujeres y hombres ocupan en una sociedad determinada. En consecuencia, el discurso de los hombres se convierte en una herramienta del poder patriarcal (DeFrancisco 1997, p. 39-40). Si el lenguaje es un reflejo androcéntrico de las experiencias de los hombres, esto explica que sus categorías son a menudo incongruentes con las experiencias de las mujeres. Esta disyunción dificulta la expresión de las mujeres

quienes deben traducir sus experiencias y adaptar su lenguaje. Al tener que realizar esta tarea muchos aspectos de sus experiencias quedan fuera del discurso (Devault 2004). Para recuperarlos, en nuestro análisis feminista del discurso, utilizamos nuestras propias experiencias como mujeres como recursos para la escucha y la interpretación de lo que se dice y de lo que no se dice en los grupos de médicas así como para la creación de nuevas categorías discursivas.

5. Estructura y dinámica de los grupos de discusión de médicas y médicos de familia

Como hemos explicado en el capítulo anterior todo grupo de discusión se caracteriza por una estructura y por una dinámica propia. La estructura es la organización interna del grupo, es decir los roles que ocupan quienes integran el grupo, mientras que la dinámica se define por las relaciones simétricas o asimétricas entre quienes conforman el grupo y las emociones e identificaciones que se producen.

Con el objetivo de describir y comparar los relatos de médicas y médicos de familia realizamos un análisis descriptivo de la estructura y dinámica de todos los grupos de discusión basándonos en los informes de observación, en nuestras propias percepciones y en los relatos obtenidos.

Grupos de médicas y médicos jóvenes

Grupo 1 médicas

En general el clima fue distendido y algunas participantes ya se conocían. Una de ellas nos facilitó algunos teléfonos para realizar otro grupo y asumió un rol protagónico y conciliador. Se mostró segura y distendida, al hablar se dirigía al grupo y formulaba preguntas. Otra médica también asumió un rol protagónico, fue segura, su tono de voz era alto y en ocasiones interrumpía a la moderadora e interpretaba lo que querían decir otras participantes. Otra de las participantes

también se mostró confiada, al hablar gesticulaba bastante y en ocasiones interrumpía la intervención de otra participante. Por el contrario, las otras dos médicas fueron más tímidas, participaron menos y al hablar solían dirigirse a la moderadora o a la observadora.

En la ronda de presentación dijeron su nombre, el tipo de contrato y el centro de salud donde trabajan. Una de ellas mencionó ser tutora de residentes MIRMF. Al inicio del grupo hubo muchas risas de nerviosismo, y al formularse la primera pregunta se produjo un silencio breve y les costó comenzar a hablar. La frecuencia de participación fue dispar y una de ellas interaccionó más que las otras y atrajo más atención. En el extremo opuesto, una de ellas participó poco. El resto interaccionó de forma homogénea, lo cual significa que se produjo una adhesión afectiva únicamente entre estas integrantes pero no en todo el grupo. Las interrupciones se dieron principalmente en la fase de desarrollo del grupo.

Se produjo una rápida identificación colectiva con algunas características compartidas, tales como la edad, el sexo, y los efectos de su interacción en las relaciones con pacientes y pares. Esta identificación facilitó la creación de un contexto familiar y simétrico entre ellas.



*“- ... ¿Eso le sucederá a un tío? ¿O es porque somos mujeres y somos muy maternalistas? Porque a mí cuando me dice un abuelo...
- Yo me lo planteo también”.*



Se produjeron emparejamientos tanto para afrontar preguntas como para aumentar su satisfacción.



“- ... Si yo sé que tú eres una super woman, lo llevas todo para adelante”.

*“- No, no, pero tía ¿me entiendes o no me entiendes? ¡Te apabullas!
- Que sí, que te entiendo, pero ¿te satisface o no te satisface?”.*



Los temas que provocaron mayores interacciones fueron la vivencia personal de reconocimiento y éxito profesional, la relación con otros pares y con pacientes, y el tipo de vinculación laboral con el Servicio Andaluz de Salud. En ocasiones relataron anécdotas y sentimientos más íntimos y personales. Algunas participantes tomaron conciencia de su vivencia y sentimientos, principalmente en relación al reconocimiento profesional.



“- ...Entonces para mí resulta un éxito, pero lo vivo como un logro y ahora sí, hablando con vosotras, pues sí, oye, que hay que decirlo, un éxito personal también, tengo que decirlo...”.



Al finalizar el grupo surgieron de nuevo risas de nerviosismo y se retomaron algunas temáticas abordadas al inicio del grupo, como por ejemplo el reconocimiento profesional por parte del Servicio Andaluz de Salud. Una de ellas agradeció ser escuchada y otra señaló que el grupo le había servido de terapia.

Las dos personas que dirigimos el grupo nos sentimos cómodas y resaltamos un aspecto interesante que surgió en el grupo: el malestar por la falta de reconocimiento y el trato poco respetuoso del Servicio Andaluz de Salud, de pacientes y, también, de pares relacionado con la precariedad laboral.

Grupo 2 médicas

En general el clima fue un poco tenso, especialmente al comienzo del grupo. Algunas participantes se conocían entre ellas. Una médica conocía a la observadora lo que contribuyó a su comodidad y seguridad en la participación. De hecho, asumió un rol protagónico, introduciendo aspectos más personales en el

relato. Otras dos médicas se mostraron seguras en sus intervenciones. Por el contrario, las dos restantes se mostraron más tímidas y al hablar solían dirigirse a la moderadora o a la observadora. Una de ellas finalizaba sus intervenciones con el interrogante “¿no?” expresando así su inseguridad. La otra, utilizó un tono de voz bajo. Sus intervenciones fueron escuetas y directas y, en algunas ocasiones, reía de forma nerviosa.

En la ronda de presentación dijeron su nombre, lugar de nacimiento y el centro de salud donde trabajaban. Solo una de ellas apuntó el tipo de contrato que tenía. Al inicio del grupo hubo muchos silencios y les costó expresarse abierta y cómodamente. La moderadora mantuvo los silencios. En ocasiones algunas participantes hablaron en un tono muy bajo de voz o entre ellas. Para aclarar y profundizar algunas intervenciones la moderadora realizó preguntas directas.

En cuanto a la frecuencia de participación, en general, fue homogénea y solo una participante participó más que el resto. Las interrupciones han sido escasas y han ocurrido en la fase de desarrollo y en la fase final del grupo. Se relacionaron con los obstáculos para el desarrollo profesional que implica su situación de precariedad laboral.

La crítica a sus condiciones laborales, vinculada a la pérdida de derechos y a los obstáculos para el desarrollo profesional y la práctica sanitaria, ha sido el elemento de identificación colectiva entre las participantes. Esta identificación facilitó la creación de un contexto simétrico entre ellas.



“- ...Las condiciones que hemos tenido han sido de trabajar y hacer guardias al mismo tiempo con lo cual, el tiempo está más limitado...”.



Se han producido situaciones de dependencia entre participantes, es decir de búsqueda de apoyo entre las intervenciones.



“- Como ha dicho Juana, es tan amplia la medicina de familia...”.

“- Eso pensaba un poco en lo que tú has dicho que siempre miramos a lo que no tenemos ¿no?...”.



Los temas que provocaron mayores interacciones han sido el tipo de vinculación laboral con el Servicio Andaluz de Salud, las preguntas sobre personas referentes y sobre los posibles cambios en la vida profesional. En escasas ocasiones las participantes relataron experiencias íntimas, sus relatos se caracterizaron por ser más bien racionales. En cuanto al orden de los relatos al comienzo estaban más ligados al guión, pero posteriormente fueron mezclando diferentes temáticas y los relatos se tornaron más circulares.

Al finalizar el grupo las médicas estaban más relajadas y participaron de forma más activa. Es probable que se deba a que las preguntas del final del guión se relacionan con situaciones hipotéticas, de futuro, que requieren una proyección para su respuesta y no una introspección como las anteriores. Una de ellas agradeció ser escuchada y otra señaló que el grupo le había servido de terapia. Otra médica solicitó información sobre el proyecto especialmente sobre cómo surgió la idea.

Las dos personas que dirigimos el grupo estuvimos tensas al inicio del grupo ya que fue la primera vez que intercambiábamos los roles. Resaltamos algunos aspectos interesantes que surgieron de las intervenciones: el malestar y la denuncia

por las condiciones laborales; el rechazo a la hipotética posibilidad de ocupar puestos de responsabilidad; y el deseo compartido de ejercer la especialidad.

Grupo 3 médicos

En general el clima fue distendido. Los participantes se conocían entre ellos y algunos también a la moderadora. Uno de ellos asumió un rol protagónico, sus intervenciones eran seguras y se dirigía a la moderadora o al grupo indistintamente. Incluso en algunas ocasiones formuló preguntas al grupo e intentó conciliar posturas. Además corporalmente se mostró relajado, gesticuló y cambió de postura con frecuencia. Por el contrario, el resto se mostró más inseguro. Uno sostuvo un bolígrafo y al intervenir se dirigía principalmente a la moderadora o bien miraba hacia arriba. Otro participante utilizó un tono de voz bajo y sus intervenciones y postura corporal estaban dirigidas a la moderadora. Cuando no hablaba, jugaba con sus manos o con la botella de agua sobre la mesa. Por último, otro participante se mostró nervioso. Habló mucho y, en varias ocasiones, reía nervioso al finalizar su intervención.

En la ronda de presentación dijeron su nombre, centro de salud y tiempo que llevaban trabajando en dicho centro. Uno de ellos mencionó el tipo de contrato que tenía. Al inicio del grupo el ambiente fue un poco tenso. Todos los participantes se apoyaron en la mesa y comenzaron a hablar en el mismo orden en el que se estaban sentados. En cuanto a la frecuencia de participación el grupo se dividió en dos. Por una parte, dos médicos fueron los que más participaron, especialmente uno de ellos. Por otro lado, los dos restantes participaron menos pero con una frecuencia similar entre ellos. La cohesión afectiva entre los integrantes del grupo fue baja y fragmentada. Las interrupciones se dieron

principalmente en la fase de desarrollo del grupo, y se vincularon con las relaciones con pacientes y los estilos de práctica asistencial. No se produjo ningún silencio.

Se produjo una identificación colectiva entre los participantes del grupo con las características compartidas de: ser joven, tener un contrato laboral estable y realizar la práctica asistencial con un cupo propio de pacientes.



“- Yo creo que los cuatro hemos dicho más o menos lo mismo.

- Lo mismo.

- Porque nos ha tocado también vivir más o menos lo mismo.

- Sí, además estamos más o menos lo mismo, estamos estables, estamos trabajando...”.



Ocurrieron muchas situaciones de interacciones interpersonales simétricas y distintos emparejamientos entre participantes.



“- ... Ese doble mensaje al final lo sufres tú en tu trabajo habitual y eso hace que tú te lo pases mal en tu trabajo y es una barrera.

- Y especialmente en primaria porque en los hospitales no se les mete mano, macho.

- Claro sí, sobre todo en primaria porque según ves en los informes, los especialistas no hay problema de eso”.



Uno de los participantes utilizó el humor como escapatoria temporal a temas considerados conflictivos como sus relaciones con pacientes, con la administración sanitaria y con el equipo de profesionales del centro de salud.

Los temas que provocaron mayores interacciones fueron la relación con pacientes y diferentes estilos de práctica médica (biopsicosocial o biomédico). En ocasiones se relataron anécdotas y sentimientos más íntimos y personales. Los

relatos estaban más entremezclados, relacionaban diversas temáticas y en ocasiones se retomaban temas que ya habían sido tratados. Algunos participantes tomaron conciencia de sus sentimientos, principalmente respecto a la relación con sus pacientes.



“- Aprender a manejar esas demandas más humanas ¿no? Personalmente a mí me cuesta más trabajo. Mi tutora pues me acuerdo que yo decía que le gustaban mucho los locos y eso no son locos y es que había gente que venía a llorarle, a contarle penas, a contarle cosas y yo lo reconocía, que yo es que no puedo con esto [...] Yo eso todavía no lo tengo echado en mi mochila de médico de familia...”



Al finalizar el grupo en general todos los participantes se mostraron satisfechos. Uno de ellos comentó que se había quedado a gusto y solicitó información sobre los resultados del proyecto. Sin embargo, otro participante retomó el debate inicial sobre las metas profesionales a alcanzar y, en la despedida del grupo, dijo una frase que interpretamos como que se sintió evaluado y en tensión.

Las dos personas que dirigimos el grupo nos sentimos cómodas. Resaltamos dos aspectos interesantes que surgieron: los distintos estilos de práctica asistencial; y la percepción de evolución natural en la situación contractual ligada con el desarrollo profesional.

Grupo 4 médicos

En general el clima fue distendido. Algunos participantes se conocían entre ellos. Dos asumieron un rol protagónico y al intervenir demostraron seguridad y

seriedad. Otro participante se mostró relajado, cambió de postura y gesticuló bastante. Por el contrario, el otro participante habló menos que el resto y sostuvo un bolígrafo entre sus manos durante todo el tiempo.

En la ronda de presentación dijeron su nombre, año de finalización de la residencia y centro de salud donde trabajaban, incluyendo también características del lugar de trabajo como su localización y cantidad de habitantes. Al inicio del grupo hubo un poco de tensión. Las respuestas eran breves y se produjeron algunos silencios. En ocasiones la moderadora tuvo que animar el debate y realizar preguntas directas para obtener mayor información. La mayoría de las intervenciones estuvieron dirigidas a la moderadora.

En cuanto a la frecuencia de participación en general fue homogénea y solo uno de los participantes participó menos que el resto. Se produjo un buen nivel de cohesión y de adhesión afectiva entre los integrantes del grupo. En general, han ocurrido escasas interrupciones que se han dado principalmente en la fase de desarrollo del grupo. Todas relacionadas con el debate sobre el reconocimiento profesional y las relaciones con las especialidades hospitalarias.

El grupo se identificó de forma colectiva con el papel de médico rural y con la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.



“- Tenemos una ventaja muy grande con respecto al resto de los médicos y sobre todo los de pueblo y es que, como vamos a la casa, pues si vemos al abuelo que se cae pues le podemos recomendar una barandilla, por ejemplo ¿no?”.



Se produjeron situaciones de emparejamientos para aumentar la satisfacción o apoyar comentarios.



“- Que se nos escuche. Yo ahora por ejemplo estoy oyendo una cosa muy interesante que es lo de dar los antibióticos y los analgésicos en monodosis [...] pero ¿A vosotros os ha preguntado alguien? A mí no me ha preguntado nadie....”.



Hacia el final del grupo aumentaron las interacciones entre ellos provocadas por el debate sobre la importancia del trabajo en equipo y la relación entre la Medicina de Familia y el resto de especialidades hospitalarias. En escasas ocasiones los participantes relataron experiencias íntimas, personales, sus relatos fueron más bien racionales. Hablaron de forma ordenada y respondiendo al guión de discusión. Algunos participantes tomaron conciencia de su vivencia y sentimientos, principalmente en relación a sus futuras metas profesionales.

Al finalizar el grupo todos los participantes se mostraron relajados llegando a reírse en ocasiones puntuales. Uno, animado por una broma de la moderadora, habló de una meta frustrada. Otro expresó que había pasado un rato agradable.

Las dos personas que dirigimos el grupo nos sentimos cómodas en el grupo. Resaltamos tres aspectos interesantes: la influencia del mandato de género de proveedores económicos en su desarrollo profesional; la importancia dada al reconocimiento de su especialidad médica; y las desigualdades entre las especialidades médicas provocadas por el propio Servicio Andaluz de Salud.

Grupos médicas y médicos de mediana edad

Grupo 1 médicas

En general el clima fue distendido y algunas participantes se conocían entre ellas y a la moderadora. Cuatro participantes asumieron roles protagónicos, se mostraron seguras, introdujeron relatos íntimos y personales, y en ocasiones buscaron la complicidad y la aprobación de la moderadora. De hecho, también ocuparon funciones de moderación: formularon preguntas, recondujeron el tema de debate y buscaron el consenso grupal. Por el contrario, el resto de las participantes asumieron roles pasivos. Se sentaron pegadas a la mesa y en ocasiones taparon su boca con sus manos o con un bolígrafo.

En la ronda de presentación dijeron su nombre, centro de salud y tiempo que llevaban trabajando en el mismo. Algunas participantes mencionaron que ocupaban algún cargo de responsabilidad en su centro, por ejemplo la coordinación docente, otras enumeraron los distintos centros de salud donde habían trabajado, y otra añadió que no tenía plaza propia.

Al inicio del grupo hubo un poco de tensión y al formularse la primera pregunta se produjo un largo silencio y algunas participantes respondieron con risas nerviosas o con preguntas al final de oraciones (por ejemplo: “¿no?”). La frecuencia de participación fue heterogénea. Podemos identificar un continuo, en los extremos se situó una de las participantes que intervino muy poco y, en el extremo contrario, otra médica que intervino mucho. El resto de participantes se organizó en dos grupos. El primero, formado por cuatro médicas, se situó cercano al polo de mayor participación y el segundo grupo, al de menor participación. En

consecuencia, la adhesión afectiva fue dispar y se produjo entre escasas participantes.

El grupo se identificó con características compartidas de su desarrollo profesional y con la alta presión asistencial. Lo cual facilitó la creación de un contexto familiar y simétrico entre ellas.



“- A lo largo de los años todos hemos ido, más o menos, desarrollando alguna faceta. Tú también haces cosas que no suele hacer todo el mundo...”.

“- ... Yo tengo el mismo agobio de tiempo que todas...”.



Ocurrieron situaciones de emparejamientos para aumentar la satisfacción o afrontar situaciones. Asimismo, se produjeron ataques sutiles e intervenciones de apoyo directo entre participantes.



“- A mí me pasa igual que a Pepa, yo no tengo ningún referente profesional...”.

“- Rita, estás empezando en un centro y eso es muy duro”.

“- ... A mí me sorprende un poco eso. Una cosa es que le tengas agradecido el apoyo pero ¿qué sea referente tu marido? No sé”.



En general se escucharon mucho entre ellas. Las interrupciones fueron escasas y ocurrieron principalmente en la fase de desarrollo. Han estado vinculadas con el tiempo de consulta y con las comparaciones del desempeño profesional entre integrantes del centro de salud. Los temas que provocaron mayores interacciones fueron los elementos facilitadores del logro y los

obstáculos para alcanzarlos. En muchas ocasiones las participantes relataron experiencias y sentimientos íntimos. Algunas tomaron conciencia de su vivencia y sentimientos, y otras participantes, de las diferencias de género respecto al reconocimiento profesional.



“- ... En cierta manera vais a saber un poco mi intimidad, me da cosa decirla pero mira ha venido bien porque es lo que siento, porque a veces lucho con ello porque es muy duro...”.

“- ... Soy la única mujer entre 13 hombres ¿no? Y sí me doy cuenta que mis aspiraciones son diferentes a las de ellos ¿no? [...] a ellos sí que les gusta más pasar los fines de semana de congreso en congreso [...] el reconocimiento de sus iguales les satisface más y yo no pretendo eso, yo tengo otra forma...”.



Al finalizar el grupo hablaron de temas íntimos y se produjeron algunos silencios que incomodaron al grupo. Demoraron en salir del aula y se quedaron un tiempo hablando y despidiéndose entre ellas.

Las dos personas que dirigimos el grupo nos sentimos cómodas y sorprendidas de escuchar en los relatos muchos de los aportes feministas leídos en la revisión bibliográfica. Resaltamos tres aspectos interesantes: la percepción de diferencias de género en la importancia otorgada al reconocimiento profesional; la influencia del cuidado de familiares dependientes (hijos/as y progenitores) en la carrera profesional; y las estrategias individuales implementadas para desarrollarse profesionalmente.

Grupo 2 médicas

En general el clima fue cómodo y distendido y algunas participantes se conocían entre ellas y a la moderadora. Una de ellas asumió un rol protagónico. De hecho, en ocasiones completó las intervenciones de sus compañeras y generó diálogos. Al intervenir se mostró segura y se dirigía al grupo. Además cambió frecuentemente de posturas, gesticuló bastante y en ocasiones con su puño golpeó la mesa marcando el ritmo de sus intervenciones. Otra de las participantes también se mostró segura, al hablar se acercaba a la mesa y al finalizar se alejaba. Habló con un tono de voz suave y en ocasiones asumió un rol conciliador. Por el contrario, las otras dos médicas se mostraron más inseguras. Una no realizó ningún cambio postural y al intervenir siempre mantuvo un objeto entre sus manos (gafas, bolígrafo). La otra se sentó de perfil a la mesa. Sus intervenciones tuvieron un estilo suave y se dirigían al grupo, pero cuando no hablaba, fijaba su mirada en la mesa, cogía su cara con una mano, o bien apuntaba en su libreta o jugaba con su cabello.

Al inicio del grupo el clima fue distendido, se reían y realizaron preguntas a la moderadora sobre la metodología de la investigación. Al presentar la primera pregunta se produjo un breve silencio, algunas participantes respondieron de manera rápida y nerviosa y la moderadora tuvo que alentar la participación. La frecuencia de participación fue heterogénea. Una médica participó con mayor frecuencia y el resto de manera decreciente. El nivel de cohesión afectiva entre las participantes fue bajo.

Ocurrieron muchas interrupciones en la fase de desarrollo del grupo debido al estilo de las intervenciones. Se produjeron muchos diálogos,

intervenciones espontáneas y situaciones humorísticas. Las risas han estado muy presentes en este grupo.

El grupo se identificó con las características compartidas de sexo y edad.



“- Claramente sabemos quienes somos las mayores [risas]”.

“- ... ¿Por qué habéis separado hombres y mujeres? ¿Pensáis que tenemos más libertad hablando si estamos nada más que mujeres o qué?”.



Se produjeron emparejamientos para aumentar la satisfacción o afrontar situaciones. Asimismo, se han dado intervenciones de apoyo directo entre participantes.



“- Igual si cambias de centro cambias de meta.

- Pues seguro que sí.

- Seguro.

- Hace falta un cambio, hace falta un cambio radical”.



Exceptuando las preguntas sobre referentes profesionales todas las preguntas del guión provocaron debate. Los temas que provocaron mayores interacciones fueron los elementos facilitadores y los obstáculos para alcanzar sus logros. En muchas ocasiones las participantes relataron experiencias y sentimientos íntimos. Algunas hicieron catarsis y tomaron conciencia de sus sentimientos.



“- Hablar libremente, ahora mismo estoy en la fase depresiva”.

“- Claro es que, vamos a ver [...] creemos que no, pero el reconocimiento tú lo necesitas, un reconocimiento para ser feliz, porque sino...

- Esa es una de las causas de mi depre [risas].

- ¡Mira, que vas a salir de aquí psicoanalizada, guapa! [risas] te vas a ir con el psicoanálisis hecho.

- Pues sí es verdad, no lo había pensado hasta ahora...”



Al finalizar el grupo se generó un clima cómodo que permitió a las participantes relatar experiencias íntimas. Retomaron el relato de las estrategias que implementan para disminuir sus malestares y controlar su trabajo y lo hicieron con mucho humor. El grupo finalizó con muchas risas. Dos participantes comentaron que el grupo les sirvió de terapia y de ayuda.

Las dos personas que dirigimos el grupo nos sentimos muy cómodas y en un clima relajado y divertido. Resaltamos algunos aspectos interesantes que surgieron del grupo: el darse cuenta de la importancia del reconocimiento externo y las estrategias de resistencia implementadas.

Grupo 3 médicos

En general el clima fue formal y distendido, algunos participantes se conocían entre ellos y a la moderadora. Un participante asumió un rol protagónico y provocador con el grupo y con la moderadora. De hecho, en ocasiones, interrumpió y desafió a sus compañeros. Otro asumió un rol protagónico. Se mostró seguro, gesticuló bastante y se sentó reclinado hacia atrás, relajado y lejos de la mesa. Otro participante buscó aliarse con la moderadora y en sus intervenciones la nombraba o retomaba lo dicho por ella, se dirigía al grupo y atendía lo que cada participante decía. Por el contrario, el resto de participantes

se mostró más pasivo. Uno sonreía o se sonrojaba al hablar. Otro, no miraba a los ojos y desviaba su mirada al suelo o a cualquier objeto de la mesa. Otro participante al intervenir miraba sus papeles o al grupo y, al finalizar, se reclinaba en su silla mirando hacia la ventana, sin mostrar interés por la discusión grupal.

En la ronda de presentación dijeron los datos solicitados en la ficha. En general, todos dijeron su nombre, centro de salud y situación familiar. Al inicio del grupo el clima fue un poco tenso. Al presentar la primera pregunta se produjo un breve silencio, algunos participantes respondieron de manera breve e impersonal. Hablaron de manera general y en varias ocasiones se referenciaron entre ellos otorgando autoridad entre ellos. Para indagar opiniones personales la moderadora realizó preguntas directas.

La frecuencia de participación fue heterogénea. Tres participaron más que el resto, por el contrario un médico solo realizó un par de intervenciones. El resto del grupo mantuvo una frecuencia de participación similar. La cohesión afectiva se produjo entre estos participantes pero no en todo el grupo. Las interrupciones fueron numerosas debido al estilo de intervención de un participante que intervenía de forma espontánea o generaba enfrentamientos entre los participantes. Ocurrieron principalmente en la fase de desarrollo del grupo y en el debate sobre la importancia del reconocimiento otorgado por pacientes y los elementos necesarios para alcanzar un logro.

El grupo se identificó con las características compartidas de edad y estabilidad profesional y económica.



“- ...Que mi historia también se parece mucho a la que contáis vosotros de ser médico en sitios y tal [...] las metas también han sido muy similares”.

“- Hombre son etapas de la vida. Cuando yo empecé, como muchísimos de vosotros me imagino”.



Los procesos emocionales fueron variados. Se produjeron situaciones de emparejamientos, para aumentar la satisfacción o afrontar situaciones, intervenciones de ataque y luchas entre miembros y con la moderadora, y situaciones de dependencia hacia un participante considerado más poderoso.



“- Yo tengo dos hijos, los dos estudian medicina [...] por lo cual yo personalmente estoy loco de contento.

- Te felicitamos, yo te felicito”.

“-... Ese respeto, yo creo que ahora se está empezando a recuperar un poquito.

- No.

- Creo.

- No.

- Bueno, que él cree [risas]”.

“- ... Es una pregunta, perdona que te diga, que nada nada se puede cambiar, todo está hecho. O sea que eso es una pregunta fantástica pero como vamos a fantasear porque es lo que estamos haciendo toda la tarde”.

“- ...Depende mucho de lo que ha dicho Eloy ¿no?.

- No, yo no he dicho nada todavía.

- ¿No has dicho nada? Ah ¿o has sido tú? Has sido tú”.



Los temas que provocaron mayores interacciones fueron los elementos facilitadores para el logro y las metas profesionales. Pocos participantes relataron experiencias y sentimientos íntimos. Principalmente hablaron de forma general y externa. El único silencio se produjo al formular la pregunta sobre referentes

profesionales, pregunta más íntima y personal que resultó más incómoda. Al finalizar, el grupo respondió a las preguntas de forma más personal. Uno agradeció ser escuchado y expresó que por primera vez en su trayectoria se solicitaba su opinión. Por el contrario, otro participante indagó a la moderadora, de manera desafiante, sobre los objetivos del proyecto de investigación.

Las dos personas que dirigimos el grupo estuvimos un poco tensas ya que fue el primer grupo que realizamos y también por la actitud de uno de los participantes. La moderación fue complicada debido al gran tamaño del grupo. Resaltamos cuatro aspectos interesantes que surgieron: la influencia del mandato de género de proveedores económicos de su familia y la consecuente importancia otorgada al dinero; el reconocimiento de autoridad entre ellos; y la dificultad de hablar desde lo personal y lo íntimo.

Grupo 4 médicos

En general el clima fue distendido y algunos participantes se conocían entre ellos y a la moderadora. Dos participantes se mostraron seguros y cómodos. Modificaban su postura corporal y al intervenir gesticulaban y se dirigían al grupo. Uno de ellos asumió un rol más protagónico. El resto de participantes se mostró inseguro. Uno mantuvo el bolígrafo y el teléfono móvil entre sus manos, otro se sentó de perfil y alejado de la mesa, y otro estuvo tenso y se mantuvo muy quieto, casi sin cambiar de postura.

Al inicio del grupo hubo un poco de tensión. Al presentar la primera pregunta se produjo un breve silencio y dos participantes indagaron si la pregunta se refería a su especialidad médica. Un médico se incorporó tarde y la moderadora tuvo que repetir la pregunta. Otro se mostró inseguro y solicitó a la

moderadora que repita la pregunta. Las respuestas fueron generales y la moderadora tuvo que intervenir para que los participantes expresen sus opiniones y experiencias personales.

La frecuencia de participación fue heterogénea. Un participante participó mucho más que el resto y, por el contrario, otro intervino muy poco. El resto del grupo tuvo una frecuencia similar. El nivel de cohesión y de adhesión afectiva se solo produjo entre estos participantes. Ocurrieron muchas interrupciones principalmente en la fase de desarrollo del grupo. Todas provocadas por el control que realiza la administración sanitaria de la práctica asistencial, y por el reconocimiento externo de sus logros.

El grupo se identificó de forma colectiva con la edad, la especialidad médica y los cambios organizativos en Atención Primaria.



“- Oye que nos has elegido ya mayorcitos o yo soy creo el mayor de todos”.

“- ... Vamos en esa línea un poco todos, ¿no? Hemos ido asistiendo a cómo se ha ido asentando este modelo de trabajar”.

“- Y la formación que tuvimos nosotros es totalmente distinta”.

“- Eso es un tránsito que muchos compañeros han sufrido y no sabemos cómo nos va a afectar a nosotros ¿no?”.



En cuanto a los procesos emocionales se dieron situaciones de dependencia hacia la figura de la moderadora.



“- No sé, yo es que a lo mejor he entendido mal la pregunta. ¿Los logros como médicos de familia o algo así? ¿No?”.

“- Ana dínos cómo era la pregunta, ¿me la podrías repetir?”.

“- Perdóname (dirigiéndose a la moderadora) un chiste malo: que me jubile a los sesenta y cinco”.



Los temas que provocaron mayores interacciones fueron las definiciones de logro y éxito profesional y la pregunta sobre posibles cambios en la trayectoria profesional. Pocos participantes relataron experiencias y sentimientos íntimos. La mayoría habló de forma general y externa.



“- Pero ¿se refiere a los logros personales, sociales? ¿No?.
- Eso ya es como cosas más, particulares”.



Hacia el final del grupo algunos participantes relataron experiencias y anécdotas personales. No se produjeron situaciones de toma de conciencia en el grupo. Por el contrario, otros se mostraron más inseguros y dependientes de la moderadora. La última pregunta, que indaga de forma abierta si el grupo quiere añadir algo, provocó un breve debate sobre la autonomía profesional y el rol de la administración pública y de la industria farmacéutica en la formación continuada.

Las dos personas que dirigimos el grupo nos sentimos cómodas y distendidas. Resaltamos algunos aspectos interesantes: la importancia de la autonomía profesional; el final del desempeño profesional; y los aspectos históricos organizativos de Atención Primaria.

Grupos con cargos de dirección de centro de salud

Grupo 1 directoras

En general el clima fue un poco tenso. Algunas participantes se conocían entre ellas. Ninguna asumió un rol protagónico y casi todas las intervenciones estuvieron dirigidas la moderadora. Una participante se mostró más segura, miraba al grupo como desde arriba, se sentó alejada y de perfil a la mesa, y prácticamente no modificó su postura corporal. Otra se apoyó sobre la mesa y escondió sus manos debajo de la misma. La tercera se mostró tranquila y al hablar, en ocasiones, miraba al techo. La cuarta se sentó alejada de mesa, al hablar reía nerviosa y cuando no intervenía miraba al techo o jugaba con su pelo.

Al inicio del grupo el clima fue tenso. Se presentaron diciendo su nombre y el centro de salud donde trabajan. Con la primera pregunta del guión hablaron de forma titubeante y se produjeron risas de nerviosismo. La moderadora realizó preguntas directas que permitieron romper el hielo. La frecuencia de participación fue homogénea lo que indica que se produjo una buena cohesión afectiva entre las participantes. Ocurrieron interrupciones principalmente en la fase de desarrollo del grupo. Todas provocadas por el debate sobre el control que realiza la administración sanitaria de su práctica asistencial, y por el reconocimiento externo de sus logros.

El grupo se identificó de forma colectiva con la edad, con el gran esfuerzo personal realizado para alcanzar sus logros, y con ser madres.



“- ¿Te parece poco? Hemos aprobado la carrera [...] hemos aprobado la oposición [risas] hemos aprobado la dirección, estamos de directoras [risas]”.

“- Moderadora: Pues quiero que habléis como lo que sois. Que sois médicas que estáis en este momento en la dirección.

- Mujeres.

- Madres.

- Mujeres con niños, con una edad y directoras”.



En cuanto a los procesos emocionales se dieron situaciones de emparejamiento donde se han reunido por pares para afrontar algo, darse apoyos y consejos, o para aumentar su satisfacción. También se produjeron algunas situaciones de competencia entre ellas.



“- Sí, pero si no funciona el gasto, si no se frena el gasto la empresa va a pique.

- Claro.

- Es tan importante que te quedas sin empresa.

- ¡Que te quedas sin empresa!

- Claro, cuando ya llevas muchos años es cuando lo entiendes, al principio piensas, pues mira, pues [...] Pero ya ahora lo tienes tan asumido.

- Pues mira, como yo acabo de llegar ser por eso que me choca ¿no?”.

“- Es lo que te digo, cuando no pueda más dimito.

- No, porque eres muy buena profesional y muy buena directora, pero si hubieras corregido ese factor...”.

“- Miraré los indicadores vuestros el año que viene, a ver [risas]

- Y yo los tuyos, yo los tuyos [risas]”.



Los temas que provocaron mayores interacciones fueron los obstáculos para alcanzar sus logros, especialmente cuando han hablado de la familia, de las relaciones con el equipo del centro de salud, y de los objetivos definidos por la

administración. En muchas ocasiones las participantes relataron experiencias y sentimientos íntimos junto con detalladas narraciones sobre sus recorridos profesionales. También realizaron analogías entre la gestión del centro de salud con la gestión del hogar.



“- Porque mi familia me exige más tiempo a mí que si yo fuese hombre [...] yo salgo de guardia y no descanso [...] yo me voy con los niños por ahí [...] personalmente muchas veces primo el irme con ellos y después va en mi perjuicio y mi descanso”.



Al finalizar el grupo relataron experiencias y sentimientos personales relacionados con su escasa satisfacción por ocupar el cargo de dirección, con los indicadores y objetivos de la administración, y sus percepciones sobre el reconocimiento recibido por sus superiores. Una dijo que reunirse entre ellas al menos una vez al año sería importante. Otra preguntó a la moderadora si observábamos diferencias entre los grupos integrados por hombres y los de mujeres. El grupo funcionó como una herramienta de toma de conciencia de sus experiencias y sentimientos como directoras.

Las personas que dirigimos el grupo nos sentimos cómodas. Resaltamos algunos aspectos interesantes que surgieron: la importancia del apoyo de pares; la soledad del cargo de dirección; y los mandatos de género relacionados con el cuidado de la familia y su interacción con el desarrollo profesional.

Grupo 2 directoras

En general el clima fue distendido. Algunas participantes se conocían entre ellas y a la moderadora. Dos asumieron un rol protagónico y se mostraron seguras y

distendidas. Incluso una de ellas transmitía seguridad y ánimo al resto de participantes e intentó conciliar argumentos enfrentados. Otra participante también se mostró segura, al intervenir gesticulaba y, en ocasiones, golpeaba con una mano la mesa marcando el ritmo de sus intervenciones. Las otras dos participantes se mostraron más inseguras y estuvieron con los brazos cruzados sobre su cuerpo. Una, al intervenir lo hacía de forma rápida y firme, a veces jugaba con su colgante o apoyaba la cabeza en su mano. La otra se mostró más insegura. Participó muy poco y, cuando lo hacía, miraba hacia el techo o intentaba leer las notas de la moderadora.

Se presentaron diciendo su nombre, el centro de salud donde trabajan y el tiempo que llevaban de directoras. Algunas directoras no sabían el tiempo que llevaban ocupando el cargo y otras participantes intentaron aclararlo. Al inicio del grupo el clima fue cómodo. Al presentar la primera pregunta del guión una participante preguntó si debía responder como médica o como directora. Posteriormente intervinieron de forma segura e incluso se interrumpieron entre ellas desde el inicio del grupo. La frecuencia de participación fue heterogénea. Una de ellas interaccionó más que las otras mientras que por el contrario, otra participó muy poco. El resto interaccionó de forma homogénea, lo cual significa que se produjo una adhesión afectiva únicamente entre estas integrantes pero no en todo el grupo. Las interrupciones se dieron desde el comienzo del grupo provocadas por el debate sobre la relación con pares, las estrategias de autocuidado y de resistencias, y la necesidad de espacios comunes para compartir experiencias.

Se produjo una rápida identificación colectiva con la ocupación del cargo de directoras y enfrentamiento a los obstáculos de la administración. Esta identificación facilitó la creación de un contexto familiar y simétrico entre ellas.



“- ...Yo creo que para todas el estar en la dirección es un esfuerzo añadido muy grande”.

“- ...Aunque nos quejamos muchas veces de que no tenemos margen de gestión, sí tenemos pequeños márgenes y ese pequeño margen nos ayuda”.



En cuanto a los procesos emocionales se dieron situaciones de emparejamiento donde se han reunido por pares para afrontar situaciones o para aumentar su satisfacción. También ocurrieron situaciones de dependencia hacia la moderadora o hacia una directora, ambas consideradas poderosas. Una participante manifestó mecanismos de huida.



“- ...Yo me tengo que cuidar yo, me tengo que proteger yo.

- A mi me parece muy bien eso, lo que pasa que yo no lo consigo.

- Si, si, estupendo, claro.

- Y es una buena protección [...] vaya me ha funcionado.

- Me imagino mañana a las 8 todas con la bata, que yo llevo años [risas]”.

“- Sí porque yo ya estoy mirando el reloj ¿eh? Y estoy agobiada”.



Los temas que provocaron mayores interacciones fueron los significados otorgados al logro profesional, los obstáculos, y las estrategias facilitadoras para alcanzar logros. En muchas ocasiones las participantes relataron experiencias y

sentimientos íntimos. Algunas tomaron conciencia de sus sentimientos en relación a las estrategias para el autocuidado y el cambio.



“- Perdonarnos a nosotros mismos, a mí el aprender a perdonarme a mí misma cuando meto la pata, porque la meto muchísimo porque soy muy visceral [...] y eso de perdonarme a mí misma y decir que mal lo he hecho [...] y decir bueno, no pasa nada, tienes derecho a equivocarte”.

“- Para mí también es un logro y me siento muy orgullosa de ser mujer y de tener muchísimos hombres a mi cargo. [Risas]. De verdad, de verdad, porque sí.

- Que bueno.

- Nunca lo había pensado así”.



Al finalizar el grupo se produjeron algunos silencios y algunas participantes intervinieron moderando al grupo. Relataron experiencias y sentimientos personales relacionados con el escaso reconocimiento recibido y la necesidad de hablar entre ellas. Todas señalaron la importancia de tener espacios comunes, y una dijo que fue gracioso estar en una reunión solo de mujeres.

Las personas que dirigimos el grupo nos sentimos cómodas. Resaltamos algunos aspectos interesantes que surgieron del grupo: la importancia del apoyo de pares; la importancia y la necesidad de estrategias individuales y de espacios comunes para subvertir los obstáculos de la administración; y la compleja relación entre la vida familiar y laboral.

Grupo 3 directores

En general el clima fue cómodo y algunos participantes se conocían entre ellos. Los roles de los participantes fueron asumidos de forma jerárquica. Un participante, reforzado por el resto del grupo, asumió un rol protagónico. Al intervenir se dirigía a la moderadora o miraba al techo o a su folio en donde dibujaba y apuntaba ideas. Otro, debido a que la reunión se celebró en el centro de salud que él dirigía, se mostró responsable del grupo. De hecho, al comenzar se vistió con su bata, trajo folios, y buscó aliarse con el participante líder y con la moderadora. Otro participante también se mostró seguro, al intervenir se dirigía al grupo y en ocasiones se apoyaba en la mesa ocupando mucho espacio. Por el contrario, el resto se mostró más pasivo e inseguro. Uno al intervenir sostenía un bolígrafo entre sus manos y se apoyaba en la silla. El otro escribía en el folio, jugaba con el bolígrafo, y en ocasiones se tapaba la boca con una mano.

Al inicio del grupo el clima fue tenso. Al presentar la primera pregunta los participantes se mostraron inseguros y escribieron en sus folios la pregunta realizada. El participante líder bromeó y dijo que comenzaría hablando él para que el resto le vaya discutiendo el tema. Los participantes se apoyaron y citaron entre ellos. Todos utilizaron relatos impersonales, incluso algunos preguntaron si debían hablar de forma personal o general y si debían responder como médicos o como directores. La frecuencia de participación fue heterogénea. Podemos identificar un continuo en donde los participantes se situaron de forma jerárquica en un nivel decreciente de participación. La cohesión afectiva entre los integrantes del grupo fue muy baja y asimétrica. Las interrupciones fueron escasas y fueron provocadas por la diferenciación entre los conceptos de logro y éxito y por el debate sobre los objetivos del contrato programa.

Se produjo una identificación colectiva entre los participantes por el cargo de directores y por el apoyo que otorgan a la administración sanitaria.



“- ...Yo todavía me planteo cuantos directores o cuantos cargos así intermedios han sido cesados por lo menos en nuestra situación que nos encontramos por presiones de arriba, prácticamente ninguno ¿no? La mayoría de la gente se va porque quiere irse, no porque realmente la presión de arriba sea tal que nos obliguen a no cumplir unas expectativas”.



En cuanto a los procesos emocionales ocurrieron principalmente situaciones de dependencia hacia un director y hacia la moderadora. También se dieron mecanismos de ataque hacia la moderadora por parte de dos participantes.



*“- Yo lo que dice Felipe [...] lo veo más importante para el logro [...]
- Yo estoy de acuerdo con él.
- Bueno yo estoy también de acuerdo.
- Sí, sí, yo también de acuerdo contigo”.*

“- Bueno, no sé empiezo e irme discutiendo el tema”.

“- Sí, fundamental y además es algo que he aprendido sobre todo en un curso que hemos hecho Arturo y yo en la Escuela Andaluza [...] la verdad que he aprendido muchísimo”.

“- Te lo digo así de radical porque me parece, me parece, que esa fantasía es eso, una fantasía que no sirve absolutamente para nada”.



Los temas que provocaron mayores interacciones fueron las definiciones de logro y éxito profesional y los factores facilitadores. En escasas ocasiones los

participantes relataron experiencias íntimas, sus relatos fueron racionales, de definiciones teóricas, ajenos a ellos.

Al finalizar el grupo, al indagar aspectos más íntimos, retornó la inseguridad en el grupo, las situaciones de dependencia y algunos atacaron a la moderadora. Se produjo un debate sobre los beneficios de ser directores y las posibles dificultades que impiden que otros profesionales se presenten al cargo de dirección.

Las personas que dirigimos el grupo nos sentimos un poco tensas. Resaltamos algunos aspectos interesantes: el constante reconocimiento de autoridad entre ellos; la percepción de recibir apoyo de la administración y de trabajar en la línea definida por el Servicio Andaluz de Salud; y la satisfacción por ocupar el cargo.

Grupo 4 directores

En general el clima fue un poco tenso y dos participantes se conocían entre ellos. Uno asumió un rol protagónico. Al hablar se mostró seguro y gesticulaba bastante; cambiaba de postura corporal y jugaba con su botella y con su móvil. Otro participante se mostró intranquilo, con prisa por irse. De hecho, al llegar colocó su reloj sobre la mesa para controlar la hora. Sus intervenciones fueron dirigidas a la moderadora. Estuvo sentado de frente a la mesa, con los brazos apoyados en la misma, y cambió poco de posturas. El tercer participante se mostró más tímido. Se sentó de frente y alejado de la mesa, y al hablar se dirigió a la moderadora.

Al inicio del grupo el clima fue tenso, y al formularse la primera pregunta del guión se produjo un breve silencio. Los participantes se mostraron inseguros y

preguntaron si debían responder como médicos o como directores. Sus relatos fueron impersonales, generales, incluso con explicaciones teóricas. La frecuencia de participación fue homogénea. Las interrupciones fueron escasas ya que no se logró un clima distendido en el grupo.

Los participantes se identificaron con las características compartidas de edad y el cargo de dirección. Esta identificación facilitó la creación de un contexto simétrico entre ellos.



“...Yo creo que aquí hay dos directores y no es fácil”.

“- ... Nosotros que conocemos el sistema, que estamos trabajando todos los días...digo ¡Dios mío! ¿Pero cómo hacen esto? ¿Es que no lo ven los políticos? [...]Nos estamos aquí matando para ahorrar un duro, en poner el paracetamol más barato”.



En cuanto a los procesos emocionales se dieron principalmente situaciones de dependencia hacia la moderadora. Un participante mostró sutiles mecanismos de lucha hacia la moderadora.



“- ... El tema como me imagino que habéis sabido plantearlo bien, porque es complicado ¿no?”.

“- Pues no sé, por ponerte un ejemplo [...] es que no sé, a lo mejor parece demasiado ñoño o demasiado tonto”.

“- ... Yo creo que la pregunta es que es tan abierta también”.

“- Ahora cuéntanos tú [...] ya que nos habéis preguntado [...] el objetivo del proyecto de investigación que tenéis”.



Los temas que provocaron mayores interacciones fueron los obstáculos de la administración para alcanzar sus logros como directores. En ocasiones dos participantes relataron anécdotas y sentimientos más íntimos y personales. Por el contrario, los relatos de un director fueron racionales, generales. Al finalizar el grupo retornó la inseguridad. Algunos participantes titubearon en sus respuestas y uno atacó sutilmente a la moderadora. Dos agradecieron el espacio grupal porque les permitió desahogarse y contar sus frustraciones, y uno interrogó a la moderadora sobre los objetivos de la investigación.

Las personas que dirigimos el grupo nos sentimos un poco tensas porque no se logró un clima distendido. Resaltamos algunos aspectos interesantes: la percepción de no recibir el apoyo de la administración, que además actúa como obstáculo para sus logros; y la dificultad para definir sus logros como directores y por el contrario la fácil identificación de logros en la práctica asistencial.

En resumen, en los grupos realizados con médicas, a diferencia de los realizados con médicos, se relataron más experiencias personales e íntimas y ocurrieron muchas situaciones de toma de conciencia, algunas relacionadas con desigualdades de género. En general, se produjo una cohesión afectiva entre las participantes y las interrupciones entre ellas fueron escasas, excepto en el grupo de las directoras que se interrumpieron con mayor frecuencia. Los procesos emocionales más comunes fueron el emparejamiento, el apoyo y la dependencia. Todos los grupos de médicas interpretaron el grupo como un espacio terapéutico donde fueron escuchadas. Por el contrario, los grupos realizados con médicos se caracterizaron por relatos más racionales, generales e impersonales, exceptuando escasos participantes. En los grupos de médicos jóvenes algunos participantes

tomaron conciencia de su vivencia y sentimientos. La cohesión afectiva se produjo entre algunos participantes pero no en todo el grupo y las interrupciones entre ellos fueron frecuentes, excepto en los grupos de directores. Los procesos emocionales más comunes fueron las situaciones de emparejamiento, dependencia entre ellos y, también, ataques sutiles a la moderadora. Fueron muy pocos los médicos que consideraron el grupo como un espacio donde poder hablar y ser escuchados y más bien lo consideraron como una posibilidad de aportar su experiencia profesional.

6. Similitudes y diferencias en los relatos de médicas y médicos de familia

Este capítulo responde al objetivo de describir y comparar los relatos sobre el desarrollo profesional de médicas y médicos con la intención de descubrir las pautas de género compartidas y diferenciadoras. A partir del análisis de contenido aspiramos a elaborar un primer tapiz tejido de manera tal que nos permita observar la complejidad del entrecruzamiento y la superposición de características. Presentamos los relatos de cada grupo en relación a las principales categorías de análisis: significados de logro profesional, atribuciones y trayectorias profesionales.

Parte de los resultados de este capítulo fueron publicados en el artículo original “Diferencias de género en la percepción del logro profesional en especialistas de medicina familiar y comunitaria” firmado por mi (Lorena Saletti-Cuesta), Ana Delgado, Teresa Ortiz y Luis Andrés López-Fernández en la Revista Española de Salud Pública, año 2013, vol 87, núm. 3, p. 221-238.

6.1. Significados de logro profesional

Grupos de médicas y médicos jóvenes

Grupo 1 médicas

Al indagar sobre la diferencia entre los conceptos de logro y de éxito el grupo define el logro con metas cortas cuya evaluación es personal, íntima. Por el contrario, relaciona el éxito con metas a largo plazo vinculadas al reconocimiento

externo. Sin embargo, en sus relatos utilizan de forma indistinta ambos términos, aunque predomina el uso del concepto de logro. Surgió entre las médicas un debate interesante sobre los sentimientos que les provocaba el reconocimiento público, es decir, el éxito profesional. Para algunas médicas, el éxito que los demás les atribuyen les generaba sentimientos contradictorios. Por un lado, las apabulla, se sienten incómodas y no se sienten identificadas con la etiqueta de expertas. Al mismo tiempo, les satisface el reconocimiento público al esfuerzo personal realizado.



“- ... No me siento identificada con esa visión que puede tener la gente de ti. Es más, para mí es incómodo porque es verdad que a veces quieres pues saber y aprender de todo pero pasar desapercibida”.

“- ... Pero bueno, la gente me considera experta y a mí eso me apabulla. No es que me de coraje porque evidentemente da gustillo ¿no? Da un poquito de gustillo. Lo que pasa es que miro para dentro y digo ‘jopé’ pero si esto es que al final me he decantado más por este tema y he leído más y he tenido el interés de formarme más en ese sentido, quitándole horas a mi vida personal, porque al fin y al cabo es así”.



Para el grupo, el logro profesional se relaciona fundamentalmente con aspectos subjetivos, internos, e independientes de los criterios externos. Así, definen como logros el mantener su motivación e ilusión por el trabajo, sentir que hacen algo útil, poder observar los resultados de sus actuaciones, y la satisfacción personal.



“- Pues para mí es un logro pues tener todavía mantenida la mecha de seguir mi formación”.

“- ...El hecho de que tú sientas que estas haciendo algo, yo con el 75%, a la larga de estar tanto tiempo en el mismo sitio, hay veces que ya te puedes permitir al menos, si te preocupa algún paciente o te interesa, ponértelo estudiar, poderlo citar veinte veces [...] Si estoy en un sitio y voy a pasar un día, yo no me voy a arriesgar porque mañana va a venir otro y va a decidir otra cosa”.

“- Yo quiero disfrutar el trabajo, yo sé que todo el tiempo no se puede, pero disfrutarlo, para mí eso ya es mucho”.

“- Yo ya dije tengo un contrato al 75% y a mí me ha permitido lo que tú dices, a mí me ha permitido mandar hace unos meses a urgencia una sospecha de encefalia de inicio y no perder el contacto [...] Entonces, esos son logros porque tú ves que tiene un resultado, si no estás siempre a ciegas”.



Una médica menciona como logro la posibilidad de conciliar la vida familiar y laboral.



“- ...Fijaros que somos mujeres y para nosotras la estabilidad para poder conciliar vida laboral y familiar es muy importante”.



Entre los significados o resultados externos de logro las médicas resaltan la importancia del reconocimiento de pares, pacientes y superiores. Consideran que la precariedad laboral y la alta movilidad es el principal obstáculo para ser reconocidas.



“- ...El conseguir el logro de que tus compañeros te respeten, te conozcan y que también ellos te cuiden. Para mí también eso es un logro, el sentirte querida por tus compañeros y respetada”.

“- Y para mí también el reconocimiento, el reconocimiento de tu especialidad, el reconocimiento no solamente de los profesionales que tienes alrededor, de compañeros, sino también del usuario, que te reconozca”.

“- Hasta que llega un abuelito y te dice ‘ay doctora’ y se te quita todo [...] yo me lo planteo también. Yo he estado con residentes varones y él sigue siendo Don José, como le llaman, porque además en el pueblo yo soy Olga.

- Una niña. Y serás toda la vida, la niña.

- Bueno, he logrado que me llamen Olga nada más y no sea [...] pero hay algunas que me llaman Olguita, pero soy Olga”.

“- ...Yo creo que para los de arriba [...] distrito, yo creo que no te conocen [...] Yo ahora en la bolsa (de empleo) nada más constan los años trabajados. Entonces yo llevo once años trabajando para un distrito que no sabe ni que soy médico [...] es decir, hay un distrito sanitario que no sabe si me ha contratado [...] somos un número, un número en una bolsa”.



La continuidad en el trabajo es considerada como un logro fundamental para el grupo. También consideran como logro la práctica asistencial, la relación continuada con sus pacientes, y la posibilidad de acceder a actividades de formación y de investigación.



“- ...Para mí mi logro profesional es trabajar, es decir con el simple hecho de trabajar en buenas condiciones [...] de una forma continua [...] Estuve durante once meses de mi vida que me despedían los viernes y me renovaban el contrato el lunes [...] Los

sábados y los domingos yo, al parecer, no comía, no dormía, no pagaba hipoteca”.

“- ...Uno desarrolla su trabajo con gusto y con pasión, pues ese es tu logro [...] Yo soy menos de investigación, menos de programas, pero sí de desarrollar una medicina que yo creo en ella, una medicina pública. Y me siento satisfecha de formar parte de ella, ese es mi logro”.

“- Para mí, que últimamente trabajo poco, ha sido un logro participar en un proyecto de investigación [...] que me está haciendo ver la asistencia de otra manera y además estoy conociendo a gente que trabaja de otra manera”.



Grupo 2 médicas

El concepto de éxito les remite a la fama, al reconocimiento externo y momentáneo. Relacionan el éxito con las publicaciones o con ejercer cargos directivos. Por el contrario, para el grupo el logro se define por la cotidianidad, la simpleza y por la autoevaluación. En sus relatos utilizan de forma indiferenciada ambos términos y utilizan más el concepto de logro.



“- Eso que éxito suena más a lo de fuera ¿no? Que depende más de la opinión de fuera y logros profesionales depende más de uno mismo”.

“- ...Lo de tener éxito no me suena bien. Es que el que un médico tenga éxito hoy en día no tiene porque ser un buen médico porque un médico puede tener éxito y luego no hacer las cosas bien”.



Para el grupo, el logro es la posibilidad de avanzar en el desarrollo profesional, en su formación, y la mejora de su calidad de vida y de sus

condiciones de trabajo. Consideran a la estabilidad laboral como un logro básico que les permitiría el seguimiento de sus pacientes y poder ser reconocidas por pacientes y pares.



“- Yo creo que a corto plazo un logro profesional simplemente estar en un sitio con un poco de estabilidad y poder tener un seguimiento de los pacientes”.



También definen como logros aspectos subjetivos como la satisfacción personal, la posibilidad de tomar sus propias decisiones, de actuar de forma coherente con sus criterios personales, y el poder conocer los resultados de sus intervenciones. Asimismo, consideran como logro la posibilidad de conciliar vida familiar y laboral.



“- ...Avanzar en el sentido de primero que tú te sientas bien contigo misma y que hagas cosas [...] porque muchas veces yo creo que uno no sabe bien por dónde [...] se va dejando llevar ¿no? [...] Sobre todo sentirse bien con uno mismo, que igual cuesta un poco el tomar determinadas decisiones que pueden cambiar y yo creo eso también es un logro profesional ¿no? [...] y luego también pues eso, todo lo que han dicho ellas, de que los pacientes estén contentos con tu trabajo hacia ellos y que tú te sientas a gusto contigo misma y que tus compañeros también te valoren”.

“- ...Yo personalmente para mí es logro que, desde que trabajo, me he mantenido independiente de la industria farmacéutica y a lo mejor es un logro raro pero para mí es una cosa de la que estoy orgullosa y que los sitios donde he trabajado me ha parecido que era un bicho raro ¿no?”.

“- Eso sí es un logro conciliar la vida familiar con la laboral [risas].

- Llevar bien las dos cosas jo por lo menos llevarlas a las dos!”.



Grupo 3 médicos

Al indagar sobre los conceptos de éxito y el de logro el grupo relaciona el éxito con el prestigio, con el reconocimiento externo de pares, de pacientes o de algún organismo externo. Vinculan el éxito con la idea de escalar posiciones dentro de la profesión y señalan que depende de la escala de valores y de los objetivos que cada persona se plantee. Además, el grupo debate sobre el papel social del médico, sobre la importancia que en el pasado se le otorgaba a la figura del médico como un profesional exitoso mientras que en la actualidad, es más bien un profesional cuestionado.



“- ...Yo no veo mi profesión como una carrera hacia algo, yo trabajo de médico y no me planteo tener éxito en cuanto a que los demás se den cuenta que lo hago muy bien [...] Nunca me he planteado la profesión de médico como algo de decir bueno voy a empezar pasando consulta y como voy a ser tan bueno, va a llegar un momento en que voy a llegar a primera división ¿no? [...] dentro del concepto de médico no entra el ir escalando a todo”.

“- Para las otras generaciones pues sí que era importante la cuestión del papel social del médico y eso era una cuestión de éxito y tal, pero yo creo que a lo mejor para la nuestra pues tampoco eso y menos para un médico de familia”.



Por el contrario, el grupo identificó el logro con el esfuerzo y la satisfacción personal. Consideraron que los logros son temporales y que no siempre se alcanzan. Sin embargo, en sus relatos utilizaron de forma indistinta los términos de éxito y de logro.

Los logros profesionales más importantes fueron la tranquilidad por el trabajo bien hecho, la satisfacción vinculada a la solución de problemas de sus pacientes, y el reconocimiento de pacientes y residentes.



“- Yo lo primero que pienso es que yo tengo que salir, cuando terminen las 3 de la tarde, yo tengo que salir por a puerta satisfecho de lo que he hecho y con mi conciencia tranquila y siempre diciendo: yo he hecho hasta donde he llegado. Porque es muy difícil la Atención Primaria, nunca vas a dejar satisfecho a todo el mundo”.

“- ...La tranquilidad de esos días que te vas a casa y que has resuelto algo [...] hoy he estado, hoy he dado en el clavo y a esta persona le he solucionado un problema o le he ayudado a que lo solucione él ¿no? Esa satisfacción o la persona que viene y que te agradece porque has hecho algo o porque simplemente has hecho tu trabajo ¿no?”.



El grupo define el logro como la posibilidad de trabajar de forma estable como médico de familia con un cupo asignado. Esta estabilidad es, para ellos, un requisito indispensable para poder desarrollar otras actividades profesionales que también les otorgan satisfacción, tales como ser tutores, participar en algún grupo de trabajo o investigar.



“- ...Tener una consulta donde trabajar, una consulta fija donde estar, para mí eso es un lujo porque además es un trampolín para hacer más cosas, grupos de trabajo, un poquito de investigación [...] y el hecho de tener una consulta eso es lo mejor [risas]”.

“- Para mí es trabajar de médico de familia, realmente de médico de familia porque yo hice la residencia, era residente, no era médico de familia, luego terminé y estuve 60%, era 60% no era médico de

familia [...] no era el médico que pasaba consulta, para mí es conseguir tener tu consulta y trabajar de médico de familia durante X tiempo”.



Se produce un extenso debate sobre las funciones del médico de familia, las demandas psicosociales y la relación con sus pacientes. Algunos participantes consideran que el papel del médico de familia es más amplio que la atención biomédica y que, entre sus funciones, se encuentra la atención a las demandas psicosociales de sus pacientes. Estos participantes vinculan la confianza de sus pacientes con la satisfacción y el logro profesional. Consideran como obstáculos la organización del tiempo de consulta, y también las limitaciones personales para atender estas demandas. Por el contrario, para otros participantes la atención de demandas psicosociales puede resultar peligroso. Consideran que debería evitarse que el médico sea el confidente y comparan esta tarea con la que realiza el cura del pueblo.



“- ...A lo mejor te da mucha más satisfacción la persona que viene y que te cuenta un problema o que viene y te dice ‘mire es que tengo esta carta’ (para que se la leas) y si te la está dando a ti es porque confía en lo que tú le vayas a decir [...] a lo mejor eso es mucho más un éxito personal y profesional que cualquier otra cosa de otro tipo”.

“- Yo eso sí lo veo bien pero [risas] lo que no, lo que yo creo que hay que evitar es ser el confidente, el cura del pueblo, que la figura del cura ha desaparecido y ahora nos vienen a contar su vida”.



Grupo 4 médicos

Para el grupo, el éxito profesional se relaciona con el prestigio, el renombre profesional, y el reconocimiento de pacientes y pares. Lo definen como “de cara al público” que puede o no relacionarse con el logro, que consideran subjetivo y vinculado a la satisfacción personal. En sus relatos utilizan de forma indiferenciada ambos términos, aunque el concepto de logro es predominante.



“- ...Tú puedes tener una carrera exitosa por ejemplo ¿no? Has sido [...] en tu carrera profesional, en tu residencia, el número uno. Pero, por ejemplo, te sientes vacío o insatisfecho con tu trabajo. Entonces yo creo que es una parte importante, tus sensaciones tienen que ir relacionadas o de la mano con tu éxito profesional, tus sensaciones cuando trabajas. Tú puedes ser el número uno operando corazones pero cuando acabes la consulta te vas a tu casa pensando que no has hecho nada o que tu trabajo no te satisface, y eso pasa mucho en medicina”.

“- Puedo ponerme como ejemplo de mi época [risa] de trabajador en el hospital de urgencias. Pues yo ahí tenía éxito profesional pues porque tenía reconocimiento de mis compañeros, pero no tenía la satisfacción personal de estar trabajando en un sitio que a mí me gustara, que yo me sintiera útil, que yo me sintiera importante [...] ni me sentía satisfecho con el trabajo”.



Para el grupo, el logro se define como la satisfacción personal, interna, relacionada con el trabajo bien hecho y con la relación con pacientes.



“- ...Conseguir algo que tú sientas a gusto contigo mismo, de que has hecho algo bien hecho [...] hacer las cosas como creo que hay que hacerlas y sentirte satisfecho con ello”.

“- Para mí los logros profesionales es salir satisfecho de la consulta el ochenta y tantos por ciento de las ocasiones, satisfecho con el trabajo hecho y con el trato recibido”.



Entre los significados o resultados externos de logro resaltan la importancia del trabajo y la unión del equipo de profesionales. Definen como logros, el reconocimiento de pacientes, obtener su confianza y conseguir que participen activamente de su salud.



“- Que alguien te de las gracias en la consulta, simplemente eso”.

“- ...A mí lo que más me satisface también es con los adolescentes ¿no?, o sea el saber que puedes cambiar una cosa que en un principio puede ser buena para él y que ese adolescente se quede satisfecho y pueda ser un cambio para toda la vida [...] convencerles de que eso es bueno, que él entienda sus problemas y que eso sea perdurable ¿no?, es la mayor satisfacción”.



Grupos médicas y médicos de mediana edad

Grupo 1 médicas

El grupo define el logro como satisfacción interna, felicidad y tranquilidad por el trabajo bien hecho. Además, consideran como logros la superación de obstáculos y la posibilidad de desarrollo y de aprendizaje tanto personal como profesional. Para una participante, el logro es interno e independiente de los parámetros externos es decir, de lo que se socialmente se supone como éxito. En general, las participantes no diferencian ambos conceptos y los utilizan de forma indistinta.



“- ...Para mí el logro profesional es mantener día a día en la consulta [...] y superar muchas dificultades. Yo, en principio, esa ha sido mi aspiración a lo largo de mi carrera profesional, pasar consulta de la mejor manera posible, con la mejor capacitación, estando lo más feliz posible en la consulta”.

“- A mí ha habido logros que no me han producido satisfacción [...] es decir, yo teóricamente podría haber, bueno casi que yo ya he conseguido casi todo lo que se puede escalar dentro de mi profesión [...] pero ¡para mí eso no supone un logro!, es decir el logro para mí era estar satisfecha con mi trabajo en el día a día”.



Otro significado de logro es el reconocimiento de pares y de pacientes. Les importa el apoyo de pares y que cuenten con ellas para realizar algún proyecto. Las participantes consideran que para sus compañeros varones el reconocimiento de sus pares es fundamental y más importante que el de sus pacientes. Para ellas, este reconocimiento también es importante y lo califican como un logro privado, interno, como “exitillo”, “de andar por casa”.



“- ...Creo que nunca he perseguido el éxito así de un reconocimiento, pero sí que me gusta y me satisface el reconocimiento de la gente de alrededor ¿eh? Y no que te vayan diciendo que bien lo haces, no. Sino pues que cuando...

- Que confíen en ti.

- Efectivamente, cuando alguien quiera hacer algo cuente contigo, o que alguna propuesta que tú hagas pues también a la gente le parezca que puede ser interesante”.



Para el grupo, el reconocimiento de sus pacientes se relaciona con la confianza, el agradecimiento y la valoración que realizan de su trabajo.



“- Mi máximo logro es que mi paciente esté satisfecho, ese es el máximo, que mi paciente esté satisfecho”.

“- A mí el éxito profesional no me importa ¡vamos! Si son los pacientes los que consideran que tengo éxito si ¿no? Es que es lo que decías tú Marisa ¿no? La satisfacción de la gente, que la gente se vaya satisfecha”.



Otros significados de logro son la formación recibida, la docencia y la investigación. También la atención centrada en sus pacientes, trabajar en equipo, poder realizar actividades de promoción y/o de prevención de la salud en la comunidad, y realizar procedimientos técnicos, como ecografías o cirugía menor. Las médicas indican que aprender y realizar otras técnicas además de satisfacción, les permite controlar el tiempo.



“- ...Ahora mismo para mí el logro personal [risas] y profesional sería tener tiempo para cada paciente, poderle dedicar algo, que yo me entere bien de lo que pasa, de lo que trae, de lo que hay”.

“-... Tener en la agenda más espacios de poder disfrutar la verdad que algunos me he buscado porque digo bueno para salir de la vorágine hay que hacer algo y tal y bueno empecé a hacer cirugía menor y parece que ahí me lo paso bien por lo menos desconecto [...] y es como de trabajo en equipo y me he dado cuenta de que eso me gusta y me desconecta de lo otro, pero me gustaría en la agenda a demanda pues tener más ratos [...] hacer algo de investigación, pues quedar con otra gente que va a hacer esos trabajos”.



Grupo 2 médicas

Para el grupo el logro profesional es fundamentalmente la satisfacción y la felicidad vinculadas a la relación con sus pacientes y al trabajo bien hecho. Algunas participantes relacionan el concepto de éxito con el reconocimiento público. En sus relatos utilizan de forma indistinta ambos términos.



“- Para mí el logro personal es el día a día. Es terminar bien una consulta y sentirme satisfecha con una consulta y con mis pacientes”.

“- ...Yo creo que una parte fundamental del logro profesional es ser feliz, a mí me hace feliz estar con mis pacientes y hacerlo bien con mis pacientes”.



Entre los significados o resultados externos de logro el grupo menciona investigar, ser docentes, trabajar cerca de casa, trabajar en equipo y crear un clima emocional agradable en el centro de salud. El reconocimiento es otro logro profesional importante. Les importa obtenerlo fundamentalmente de sus pacientes, pares y residentes y, además, lo vinculan con la afectividad y la confianza. Al hablar de sus logros algunas participantes los califican de “caserillos”, “domésticos”, “pequeños”, “simples”, o “que no le damos importancia”.



“- Para mí, el importante ha sido cuando nos hemos ido acercándose a nuestra casa. Eso ha sido un logro [...] y luego han sido como otros pequeños logros, cuando hacemos nuestra tesis [...] el día que empezamos a hacer nuestras comunicaciones por primera vez, o intentar publicar algo y te sale [...] yo que sé, que son tonterías [...] Bueno también muy importante cuando vimos

lo de las sesiones, cuando se han establecido lo de las sesiones y la docencia en el centro”.

“- A mí lo que más satisfacción me da de mi profesión es lo que tú sientes que haces por los demás y lo que notas que ellos también reciben. El tema de la afectividad, me gusta mucho en nuestra profesión, el que tú quieras a tus pacientes y ellos también te quieren y estás valorada, te echan de menos”.

“- A mí por ejemplo, el ver a mi residente, ya bien colocado, con su plaza más o menos estable y hablar con ellos y saber que están bien y que se manejan bien, que entrecomillas he sido capaz de que salga un médico y funcione, y funcione bien ¿no? Para mí eso es una satisfacción, es como ver a tu hijo grande ¿no? Yo comparo mis residentes con mis hijos [risas] entonces cuando les veo grande, puestos, situados y ya trabajando y funcionando bien, algunos de directores de centros, pues me da, me da mucha satisfacción. Eso es para mí un logro muy importante”.

“- ...A nosotras nos importa que nos valore el enfermo [...] y nos importa también que nuestros compañeros nos valoren, nos consulten, nos comenten, tu le comentas, que tengan en cuenta tu opinión. Cuando los compañeros te ignoran es muy duro, es importante que te tengan en cuenta”.



Por otra parte, las participantes no se sienten reconocidas ni valoradas por sus superiores ni tampoco por otras especialidades médicas. Luego, al discutirlo entre ellas, tomaron conciencia de su importancia y de su deseo de ser reconocidas.



“- Y que tus directivos también te tengan en cuenta [...] y a nosotros nos sienta mal cuando no nos valoran bien, cuando no se nos tiene en cuenta para algo, cuando no nos dan un curso o algo así”.

*“- Que ha salido una cosa que nos importa.
- El éxito, es verdad, parecía que no importaba, pero sí importa.”*



Grupo 3 médicos

El grupo vincula el logro con la percepción subjetiva y con resultados puntuales y concretos; mientras que al éxito lo define como artificial, externo, objetivo y más global. Un participante comenta que no identifica el éxito con la profesión médica. Sin embargo, en sus relatos utilizan de forma indistinta ambos términos. El grupo piensa que las expectativas y las aspiraciones individuales se relacionan con la búsqueda de éxito o de logro profesional.

El grupo considera que el logro profesional implica aspectos internos y externos. Fueron pocos los médicos que priorizan los resultados internos del logro y para ellos, lo más importante es la satisfacción personal por el trabajo bien hecho, sentirse bien, reconfortados, y percibir que su profesión les gusta y motiva.



“- ...Para mí, lo más importante es que después de 30 años creo que todavía el 80 o el 90% de los días me voy a mi casa diciendo: ‘no está mal ser médico’. Luego hay días malos ¿no? Es decir, el logro es haber aguantado 30 años y no haber tirado la toalla antes [...] que todavía nos guste esto y que te vayas a tu casa la mitad de los días o más satisfecho, ese es el logro más importante”.



Para la mayoría de los participantes sus logros profesionales se relacionan con resultados externos como: la estabilidad en el trabajo, la cercanía del trabajo al domicilio, la remuneración económica, la acreditación profesional, y el reconocimiento de pacientes, pares y superiores.



“- ...El logro sería una realización personal en la parte científico-técnica, en la parte económica y en la parte promocional de la profesión”.

“- ...Un logro para mí fundamental es tener unas condiciones de trabajo dignas. Otro logro es el respeto y el reconocimiento social y de la empresa. Y un tercer logro, y fundamental también, el reconocimiento económico y después, envolviendo todo, la realización personal y vocacional”.

“- Yo creo que éxito es no pasar desapercibido por los sitios ¿no? El que cuenten contigo, el que tu opinión sea escuchada y se haga caso a las cosas que uno opina ¿no?. Eso es un éxito porque lo contrario es un fracaso, es el pasar sin pena ni gloria por los sitios es un auténtico fracaso”.



Los participantes discuten sobre la importancia otorgada al reconocimiento de sus pacientes y si éste se relaciona o no con la satisfacción personal. Para algunos el reconocimiento es fundamental. Por el contrario, para otros es prescindible y variable ya que depende de terceras personas y prefieren priorizar su satisfacción y la evaluación personal de su trabajo.



“- Cuando te llegan en navidad 8 o 10 jamones porque has resuelto problemas a esas personas. No es el regalo envenenado que trae el jamón antes de que le hayas hecho nada [risas]. Tú has resuelto a la gente cosas que para ellos han sido importantes y vienen y te lo agradecen. Eso te da una sensación de que lo has hecho bien”.



Grupo 4 médicos

Al indagar si existe alguna diferencia entre los conceptos de logro y éxito profesional, algunos participantes del grupo relacionan el logro con lo interno y el éxito con el reconocimiento externo. Por el contrario, otros no lo diferencian. En los relatos utilizan de forma indistinta ambos términos. Debaten sobre la importancia de ser reconocidos y de los sentimientos que les provoca la falta de reconocimiento.



- “- Ah, el reconocimiento me importa poco.*
- No, a mí sí me gusta que me reconozcan, ojo.*
- No, bueno, bueno.*
- Yo digo porque cuando no lo han hecho yo me he sentido mal.*
- Bueno pero yo llevo treinta años sin que me reconozcan nada y yo no pierdo la ilusión ¿sabes? [...] ya, ya que a todos nos gusta, a todos nos gusta que se nos valore pero bueno que si no [...] lo que tú decías que los compañeros valoren incluso si los compañeros no me valoran pues no sé, mejor que te valoren”.*

- “- ...Cuando no nos reconocen, digamos como lo digamos pero nos sentimos dolidos, como diciendo: pues bueno que le den por culo [...] Yo disfruto y gozo cuando hago las cosas bien y alguien me lo dice”.*



Para el grupo, el logro profesional incluye aspectos internos y externos. De los primeros, mencionan la importancia de la satisfacción y de poder trabajar en la consulta de forma autónoma. Entre los aspectos externos nombran el reconocimiento de pacientes y de pares, ser tutores de residentes, y también la mejora de sus condiciones laborales, entre las que destacaron trabajar en un centro de salud y disponer de mayores recursos. Un participante comenta que

considera como logro detectar patologías ocultas y conseguir que sus pacientes sigan sus tratamientos.



“- Yo pienso que lo primero es trabajar a gusto y trabajar cómodo”.

“- ...Yo pienso que un logro en Atención Primaria es poder ser uno mismo dentro de la consulta, no estar siempre supeditado al sistema, al protocolo, al jefe, a la dirección sino que cada uno en la consulta, aparte de que se trabaje en equipo, pueda realizar todo lo que crea más conveniente”.

“- A mí el logro principal quizás sea el reconocimiento de los pacientes o el agradecimiento de los pacientes así grosso modo. El reconocimiento de los compañeros también está en un importante lugar. El reconocimiento por parte de la administración me da un poco igual. Yo quizás soy muy individualista en mi consulta y prefiero que sean los pacientes y los compañeros con los que trabajo, sean facultativos o sean sanitarios o no sanitarios, en el trabajo día a día los que me reconozcan tanto mi labor como yo la de ellos”.



Grupos con cargos de dirección de centro de salud

Grupo 1 directoras

Al indagar si existe alguna diferencia entre los conceptos de logro y éxito profesional, algunas participantes del grupo relacionan el logro con la satisfacción personal y el éxito con el reconocimiento externo. Por el contrario, otras participantes los consideran sinónimos. En los relatos utilizan de forma indistinta ambos términos.

Para las participantes, el logro profesional es el resultado interno relacionado con la percepción cotidiana de satisfacción y bienestar con su trabajo. También tener ilusión, superar obstáculos y enfrentarse a nuevos retos.



“- Para mí el logro profesional es sentirte bien y levantarte con ganas de ir a trabajar. Es importante sentir ilusión por ir a trabajar”.

“- ...También sentirte bien con lo que haces cada día ¿no? [...] y a esta edad que tenemos con ganas todavía de aprender [...] y de enfrentarte a nuevos retos”.



Entre los aspectos o resultados externos de logro consideran importante ser médicas, especialistas, tener plaza propia, ser doctoras y también ocupar el cargo de dirección del centro de salud.



“- ...Mi primer trabajo fue de auxiliar de clínica y ahí empecé a estudiar medicina y por eso digo que mi mayor satisfacción fue terminar la carrera”.



También son logros el reconocimiento de pacientes, residentes, y el apoyo de pares y superiores.



“- Cuando he salido hoy y mis monjitas me han abrazado [risas] de mi consulta. Pero es que salgo de las monjitas y llega otro señor: ‘oye doctora, menos mal que está usted aquí hoy’ y llega otro: ‘ay, que tengo que pasar a verla’ [...] pues eso para mí es mi mayor logro y satisfacción personal. El que yo abra la puerta y

estén todos allí esperándome con una alegría que parece que han visto a su salvador”.

“- Para mí un logro también es la tutoría, que te reconozca, o que te terminen diciendo: ‘muchas gracias, he resuelto esto con lo que aprendí de ti’. Eso también es un logro personal para mí. Que haya sido útil en ese sentido de iniciar buenas ilusiones, buenas prácticas de alguien que está contigo”.

“- Para mí ahora mismo el éxito en la gestión es tener al grupo, o sea, a los compañeros bien, satisfechos, seguros y con ganas de trabajar”.



Para algunas participantes el cumplimiento de los objetivos asistenciales del distrito sanitario es un logro profesional. Además comparan la gestión del centro de salud con la gestión de la economía familiar. Para una participante los objetivos del contrato programa son un obstáculo para sus logros.



“- No dije los resultados de la unidad del año pasado ¿Cuánto vamos a cobrar más? [risas] ¡Eso fue un exitazo!”.

“- Para el distrito, el éxito será fundamentalmente conseguir objetivos ¿verdad? Que el equipo esté más o menos cohesionado importa menos que si se consiguen o no los objetivos [...] les importa que se cumplan, que se controle el gasto”.



Grupo 2 directoras

El grupo vincula el logro con la percepción subjetiva e interna; mientras que el éxito lo define como reconocimiento externo. Una participante no diferencia

entre ambos términos. En sus relatos utilizan de forma indiferenciada ambos términos aunque predomina el uso del concepto de logro.



“- Sí, totalmente diferente ¿no? El éxito profesional es cuando te lo reconocen los demás y te dan el título y el logro es tuyo, personal, lo que tú crees”.

“- El éxito viene más por los estándares que ponen de fuera y el logro para mí es algo más interno”.



Para el grupo el logro profesional se relaciona fundamentalmente con aspectos internos, subjetivos, e independientes de los criterios externos. Lo vinculan con la satisfacción, el trabajo bien hecho, la superación de obstáculos, el control de emociones y el equilibrio entre su vida profesional y personal.



“- Yo creo que para mí es la satisfacción del trabajo bien hecho, para mí es un logro todos los días salir y decir bueno pues he trabajado, he trabajado bien y, y he hecho lo que tenía que hacer”.

“- Y otras veces es un logro que alguien te putee en el centro de salud, que te haga demorar y te tache de todo y que tú digas, joder, cómo me ha resbalado. Está bien, ¿no? Oye para mí eso también es un logro”.

“- Yo muchas veces me he llevado a casa los problemas y entonces lograr que yo coja el coche y eso no llegue a casa, no siempre lo consigo pero yo creo que eso también es un logro o sea cuando lo consigo, lo considero un logro muy, muy, muy importante”.



Entre los aspectos externos de logro el grupo mencionó el reconocimiento de pacientes y de pares siempre en relación con su satisfacción por el trabajo bien hecho.



“- ...Como médico de familia para mí el logro es el sentirme bien con el trabajo que realizo en las condiciones adecuadas y luego pues el tener un reconocimiento de tus mismos compañeros [...] y por tus mismos pacientes. Sentirte que, que realmente estás bien. O sea que los demás te reconocen el trabajo que haces ¿no? Una parte está en lo que tú haces y otra parte también en lo que sientes cuando te reconocen el trabajo”.

“- ...Para mí el reconocimiento que me interesa o el que más me ha interesado siempre con respecto a la dirección es el de mis compañeros y el poder llegar a un modelo distinto al clásico de dirección, es decir hay otras formas de poderlo hacer. A mí me satisface que la gente con la que trabajamos codo a codo diga bueno, pues vale, pues por ahí vamos ¿no?”.



Para algunas participantes es un logro profesional conseguir que la administración rectifique alguna decisión tomada. Para otra, es un logro superar el machismo y demostrar a sus compañeros que se puede trabajar de otra forma.



“- Hombre lo de los diez puntos ¿tú lo has vivido como un logro? Porque yo sí. O sea, yo eso de que consiga que desde arriba me digan que no y yo que sí, que sí y al final me digan sí. Digo ¡toma! Oye yo sí, yo sí lo veo como un logro”.

“- Para mí ha sido un logro ser ahora la directora de un compañero que ha sido un poco especial cuando ha sido él director y yo he sido sustituta. Eso es muy interesante, decir las vueltas que da la vida [...] Para mí también es un logro y me siento muy orgullosa de ser mujer y de tener a muchísimos hombres a mi cargo”.



Grupo 3 directores

El grupo diferencia entre los conceptos de éxito y logro. Sin embargo, en sus relatos los utilizan de forma indistinta. Para el grupo, el éxito profesional es el reconocimiento público por haber conseguido alcanzar metas externas. Debaten sobre la importancia de tener éxito y creen que alcanzar el éxito conlleva un coste personal. El logro, por el contrario, es definido como la consecución de objetivos propuestos individualmente que depende tanto de las expectativas individuales como de características del entorno profesional.



“- ...El éxito sería la percepción de cómo te ven desde fuera, como te ve a ti la gente desde fuera, pero claro ellos son los que te marcan de alguna manera los objetivos para poder conseguir lo que supone el éxito [...] yo creo que el éxito depende mucho del precio que tú pagas por obtener ese éxito. Para que los demás te consideren que eres un hombre de éxito desde fuera tienes que pagar un algo precio personal”.



Para el grupo, la estabilidad laboral, el cumplimiento de objetivos del contrato programa, el reconocimiento de pares y superiores, y el buen clima con pacientes y pares son logros profesionales fundamentales.



“- ...Lo que se plantea como primer logro es tener una plaza en propiedad del sistema como método de estabilización de la vida [...] lo primero que busca es estabilidad, más que remuneración [...] una vez conseguida es como la pirámide de Maslow ¿no?”.

“- ...Para mí la estabilidad ha sido siempre fundamental y luego el que llegues al centro de salud y que aunque te agobies muchos

días pero que la mayoría de los días sean agradables y cumplir con los logros del sistema porque siempre es agradable también ver como tú colaboras un poco en aquello que te has marcado como objetivo...saber que estoy dentro de una línea [...] me gusta estar en la línea de lo que se está primando ¿no? Y bueno más logros pues calidad de vida en la relación con los compañeros, con los pacientes, importantísima buena relación con los compañeros y bueno poco más”.



Otro logro es transmitir al equipo la importancia del cumplimiento de objetivos asistenciales y además conseguir que el equipo perciba como propio ese logro y que respalde su gestión.



“- ...Es un logro estar en la línea, de que cuando veo ranking pues no me gusta ser el último evidentemente [...] y cuando consigo diseñar alguna estrategia que me permite enderezar aquello o modificar comportamientos o conductas o hacer que la gente esté más por la labor pues lo vivo como un logro personal como director del centro”.

“- ...Realmente me siento pleno es decir con éxito cuando algo se ha conseguido en el centro y todo el mundo tiene la percepción de que ha sido del equipo [...] se ha conseguido la inter consulta o un uso racional del medicamento o cualquiera de los objetivos marcados es un éxito porque todo el equipo lo vive como que lo ha conseguido entonces ha sido capaz de transmitir que eso es necesario y es un logro del centro ¿no?”.



Dos participantes señalan que la satisfacción personal es también un logro profesional. Asimismo, otros dos consideran como logro la satisfacción derivada de la relación con sus pacientes y con la práctica asistencial.



“- ...El lograr sería el disfrutar con lo que estoy haciendo, yo creo que eso es independiente de que la plaza sea en propiedad o no sea en propiedad [...] el hecho de tener música, de conocer el cupo de ir ganándote estima personal quizá el decir, disfrutar [...] venir no solamente a trabajar ¿no? Si no que cuando acabe el día y llega el día siguiente decir tengo ganas de ir a mi centro y de hacer las cosas”.

“- ...El todavía tener cierto resorte para ser capaz de ayudar, no de conseguir, que sería una petulancia, sino de ayudar a que la gente cambie determinadas actitudes o comportamientos me sigue pareciendo un logro casi mágico ¿no? Y es también de las cosas que me otorgo a mí mismo mayor éxito porque es de lo que más me satisface”.



Grupo 4 directores

Al indagar sobre la diferencia entre los conceptos de logro y de éxito, el grupo vincula el éxito con el reconocimiento externo que puede o no estar en relación con la calidad del trabajo. Les remite a un concepto global, a una evaluación externa de toda la carrera profesional, y piensan que no puede aplicarse en la profesión médica. Por el contrario, para un participante ambos conceptos son idénticos e implican un reconocimiento externo. En sus relatos utilizan de forma indiferenciada ambos términos, aunque predomina el uso del concepto de logro.



“- Pero si es que, además, el éxito es que te lo dan [...] el éxito es una palabra que viene desde fuera hacia ti; no es algo, una pretensión tuya [...] y no no tiene nada que ver con el logro, para nada [...] eso es algo que te encasquetan digamos desde fuera y no [...] no me parece que con nuestra profesión vaya eso. Yo no creo que ni siquiera ningún premio Nobel diría ‘¡qué éxito he tenido!’ no, que

va. Eso se lo dirán a Plácido Domingo o alguno de estos, pero no creo que a un médico, no creo, por lo menos no sé”.

“- ...En medicina yo no contemplo la palabra éxito, yo por lo menos no me reconozco [...] tú puedes tener una, pues eso lo que estáis diciendo. Que la gente te reconozca: ‘pues mira, pues es un buen profesional, es un tío listo, ve las cosas, es un buen clínico’ pues es normal, eso que escuchas; pero definirte como ‘ha tenido una carrera exitosa o es un esto’ yo no me atrevería a utilizar esa palabra en medicina o en un profesional de la medicina”.



Para el grupo el logro profesional se relaciona fundamentalmente con metas individuales, subjetivas, autoevaluadas. Además, consideran que es momentáneo, cotidiano y que se modifica según las expectativas individuales de cada persona. Un logro importante es la satisfacción personal con el trabajo bien hecho.



“- Digamos que el sentirme satisfecho por lo que estoy haciendo en mi trabajo. Si tuviera que decir si lo he conseguido, te diría que no. Que no estoy satisfecho vamos”.

“- ...Pues la sensación de ver el trabajo bien hecho, de hacer algo bien hecho, pues esa satisfacción momentánea cuando llegas a tu casa al mediodía y te vas contento y dices: ‘mira, hoy he hecho algo bien’. Esa sensación de satisfacción del trabajo bien hecho”.



Dos directores diferencian entre los logros vinculados con la asistencia clínica y sus logros de gestión. Así, sus logros en la práctica asistencial son alcanzar un buen nivel formativo, prestar una buena atención a pacientes y obtener su reconocimiento, y superar la incertidumbre propia de la práctica clínica. En

cambio, consideran que los logros de gestión están definidos de manera externa, entre ellos mencionan el reconocimiento del distrito sanitario, el cumplimiento de objetivos asistenciales y lograr un buen clima organizacional.



“- ...Siendo directores tampoco sé muy bien, porque el logro profesional se confunde mucho [...] hay ahí una violencia entre la práctica clínica asistencial de un médico de familia y el trabajo de gestión como director de una unidad. Entonces eso, yo creo que viene a complicar mucho. Está más clara la sensación de logro profesional en la práctica asistencial [...] pues un nivel formativo que me garantice prestar una atención digna a mis pacientes y en eso creo que [...] que estamos [...] no se logra, no se alcanza nunca esa sensación. Y por otra parte [...] en la gestión es mucho más complicado. En Primaria el logro profesional como director de una unidad de gestión no está muy definido [...] cuál es el logro profesional de un director, a qué puede aspirar, a qué puede llegar”.

“- ...Como clínico yo pienso que es nuestra mayor satisfacción, nuestro mayor logro porque somos clínicos. Entonces [...] cuando tú haces un diagnóstico más o menos complejo [...] te crea una satisfacción; para eso estamos, para intentar resolver problemas a la población dentro de nuestras posibilidades ¿no? Es para lo que nos han formado y eso te crea una satisfacción, no gestionando recursos”.

“- Ayer nos dejaba una familia una carta en la que felicitaba, bueno, a través mía, felicitaba al equipo [...] bueno, pues esta mañana se la pasaba a mis compañeros y sí me sentía en ese momento satisfecho”.

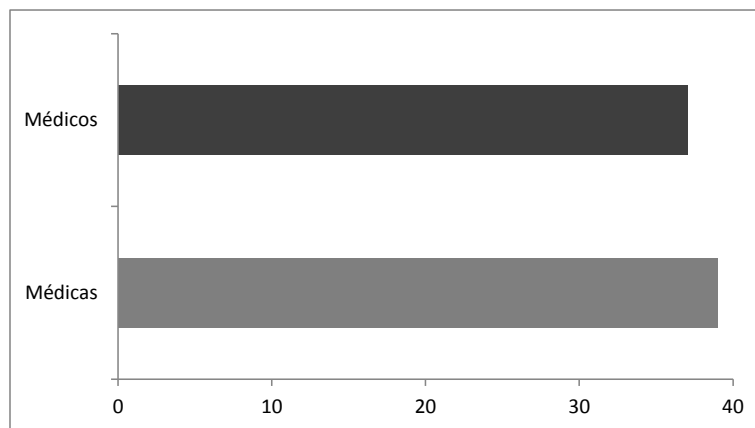


En resumen, la gran mayoría de médicas y médicos diferencian entre los conceptos de logro y éxito. Coinciden en definir el logro como satisfacción interna

autoevaluada y el éxito como reconocimiento público, objetivo. Asimismo, consideran que el éxito es peyorativo y que no es un concepto aplicable a la Medicina de Familia. Sin embargo, en sus relatos los utilizan de forma indiferenciada aunque, en algunos grupos, predominó el uso del concepto de logro. En concordancia a los relatos de los grupos, a lo largo de esta tesis utilizaremos de forma indistinta ambos conceptos favoreciendo el uso del término logro.

El logro profesional como experiencia interna de satisfacción es un resultado común a todos los perfiles (Gráfico 1). Médicas y médicos expresan que la satisfacción del logro es interna y perciben como un logro disfrutar con el trabajo. El trabajo bien hecho, la superación de retos personales, la afiliación y la utilidad social del trabajo son aspectos o resultados internos considerados menos importantes por profesionales jóvenes de ambos sexos. Las médicas señalan que la satisfacción del logro es independiente de los méritos establecidos por la administración sanitaria.

Gráfico 1. Frecuencia de aparición en los relatos de las categorías de resultado interno del logro



Hubo elevado consenso en valorar como logros los siguientes aspectos de la vida profesional: la estabilidad laboral (plaza en propiedad), mantener buen nivel formativo, investigar, el reconocimiento de superiores y la actividad asistencial, que incluye la relación con pacientes, las actividades diagnósticas y las actividades comunitarias (gráfico 2).

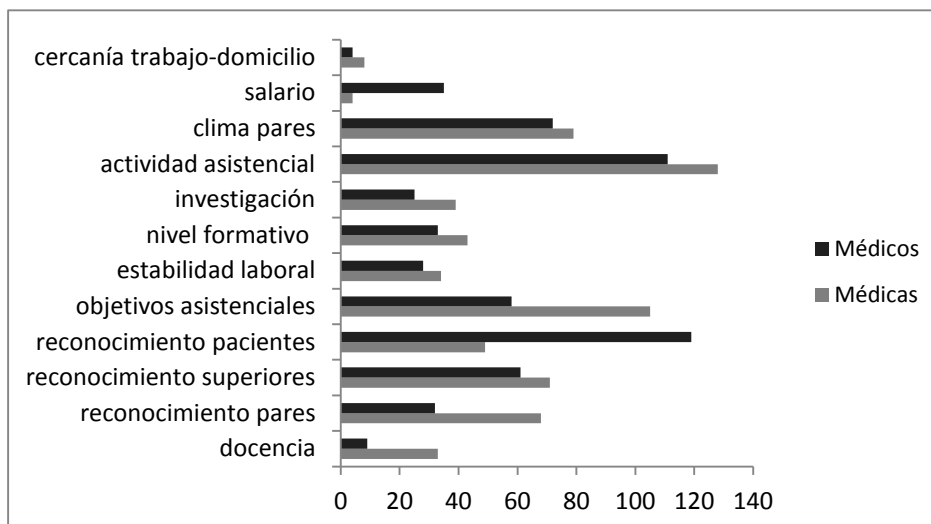
Todos los grupos mencionan la importancia de obtener el reconocimiento de sus pacientes. Los médicos varones debaten más que las médicas sobre el significado de este reconocimiento y anteponen su satisfacción profesional. Para las médicas, el reconocimiento de sus pacientes significa *per se* un vínculo afectivo, siendo difícil de alcanzar para las médicas jóvenes a causa de la inestabilidad laboral.

La cercanía del trabajo al domicilio y el reconocimiento y apoyo de sus pares son logros más importantes para las médicas de todos los perfiles que para los médicos. Para las médicas de mediana edad especialistas MIRMF la docencia es fuente de reconocimiento, satisfacción y estímulo profesional. El salario es más mencionado como un logro profesional por los médicos que por las médicas.

Desempeñar la dirección de un centro de salud es considerado un logro tanto por las directoras como por los directores. Unas y otros valoran el buen clima entre pares más que el resto de grupos. Al ocupar un rol jerárquico, diferente al resto de integrantes del equipo, directoras y directores se sienten responsables del clima entre pares. Los directores lo consideran un medio necesario para el trabajo y las directoras lo entienden como un objetivo en sí mismo, en ocasiones, arduo de alcanzar. Las directoras debaten más en el grupo sobre el cumplimiento de los objetivos del contrato programa que, para la

mayoría, no constituye un logro. Para los directores, por el contrario, sí lo es debido al reconocimiento institucional que puede reportar.

Gráfico 2. Frecuencia de aparición en los relatos de las categorías de resultados externos del logro



6.2. Atribuciones de logro

Grupos de médicas y médicos jóvenes

Grupo 1 médicas

Para el grupo, los dos obstáculos externos más importantes para alcanzar sus logros son la precariedad laboral y el trato no respetuoso por parte de la

administración sanitaria, pares, y pacientes. Consideran que ser mujer y ser joven dificulta aún más el trato respetuoso de pacientes y pares.



“- Yo quiero decir una cosa de lo que estábamos hablando [...] lo que te hace que no logres las cosas bien. Vosotros le habéis puesto muchos nombres y yo tengo uno que es la dignidad, es decir, aquí atentan contra nuestra dignidad, los de arriba y los de abajo y los de todos lados todos los días”.

“- Ya no es solo la inestabilidad sino el trato. El trato de los que están encima que a veces sienta peor que...

- Que tus condiciones laborales [risas].

- que el contrato en sí mismo...

- El ser la última ¿no?.

- El ser la última y [...]”.

“- ...Son mini detalles que te hacen pensar que eres el último mono. Y tú eres un personal cualificado. Eres un licenciado, tienes una carrera de las más importantes [...] de las que siempre han tenido estatus, una profesión importante y te tratan de una manera con ciertos detalles que llegas a pensar de que no tienes el estatus que deberías de tener [...] Llega un momento en que te tratan de una manera que parece que cualquiera es más que tú y como eres el sustituto o como eres el último que ha llegado”.

“- Y luego yo creo que hay ahí una desventaja importante que es ser mujer y joven, mujer joven. Es una mezcla explosiva, eres la niña. Hoy, es ya hasta en plan: ‘¡anda chochi! Hazme’ Eso, me lo han llegado a decir. Y tú te quedas como diciendo: ‘vale, es un abuelo, tiene ochenta años, no le riñas pero...’. Entonces yo lo veo mucho lo de mujer y joven, lo llevan muy mal y se nota un montón”.



Para una médica, que vive sola sin descendencia, el tener hijos/as es un freno para la dedicación al trabajo y para la autoformación. Otra considera que los

indicadores y los objetivos asistenciales no evalúan la calidad de su trabajo y que son un obstáculo para sus logros.

Entre los elementos que facilitan alcanzar sus logros, las médicas destacan principalmente la importancia de los factores internos, entre ellos la motivación para formarse, su esfuerzo personal y el control de sus sentimientos. El grupo critica la falta de apoyo del Servicio Andaluz de Salud y de sus pares.



- “... Intentar ver las cosas desde otra perspectiva a mí me facilita las cosas. Yo siempre intento no caer en la rutina, bien como tú dices estudiando y poniéndote al día, o bien como ella dice cada día intentando decir: ‘bueno, hoy lo voy a hacer lo mejor que sé’. Y todo eso a la vez que son logros son factores facilitadores. Intentar no perder la mecha de tener siempre curiosidad, de querer aprender, de querer mantener la vocación y el entusiasmo por el trabajo a pesar de que tengas épocas malas en todo momento, que ella dice, el cortar cuando llegas por la mañana y no llevarte los problemas a la consulta y al contario ¿no? El cortar al mediodía y no pagar con tu familia todos los problemas que tengas.*
- *No, y lo que está claro es que el sistema no favorece, entonces te tienes que buscar otro sitio donde beber agua limpia, como digo yo. O sea que lo buscamos de dentro porque fuera no [risas].*
 - *Fuera no encontramos [risas] facilitadores desde fuera ninguno”.*

- “- Yo tengo tres cosas que son fundamentales y siempre si me falta una ya no puedo [risas] hacer nada más. Una es compartir, como esto, pero con gente que yo tengo confianza ¿no? Yo tengo tres o cuatro amigos [...] quedamos de vez en cuando [...] y hablamos de todas estas cosas y eso a mí me sirve muchísimo [...] Otra cosa [...] es estudiar [risas], ponerse al día de todo. El día que yo me he puesto y me he sentado en Internet o me he puesto a mirar las publicaciones de los últimos medicamentos, o lo que sea, ese día las cosas me parecen al día siguiente de otra manera, eso es fundamental. Y otra cosa que no tiene nada que ver ya con eso, es hacer ejercicio”.*



Grupo 2 médicas

Entre los factores externos que obstaculizan alcanzar sus logros, el grupo destaca la precariedad laboral. El tipo de contratos que tienen con la administración sanitaria les impide conocer al cupo, realizar actividades con la comunidad, acceder a cursos de formación, trabajar en equipo y el disfrute de derechos laborales.



“... Hacer un seguimiento real con los pacientes, conocerlos y que ellos te conozcan. Es que son muchas cosas ¿no? Es la Medicina de Familia en general y lo que te da un contrato estable es lo que te permite hacer la Medicina de Familia que nos han vendido, lo demás no”.

“... El sistema para mí se carga el concepto de Medicina de Familia [...] o tienes que tener unas condiciones muy favorecedoras para poder desarrollar la Medicina de Familia que quieres [...] hay cosas del sistema que no te permiten no te permiten esos cambios ¿no? Entonces yo creo que eso es lo que quema a la gente, o sea llegas con una idea y no la puedes desarrollar [...] no se puede hacer lo que quieras, no se puede trabajar bien, no se trabaja a gusto”.



Su situación de precariedad laboral también les dificulta planificar sus trayectorias profesionales y organizar su vida familiar y personal. Una médica relaciona la precariedad laboral con la desigualdad de género y con la maternidad.



“- Con contratos, los contratos de verdad [risas] pues te dan todos esos derechos ¿no? Con los contratos eventuales [...] pues siempre tienen una trampa para que no tengas esos derechos, entonces eso es lo que te dificulta tener esa conciliación.

- *Porque ha salido el tema de la maternidad pero es que las mismas vacaciones que te las tomes con tu familia, con tus amigas o con lo que sea. Si no sabes si cuentas con un mes o si no, si te lo puedes pedir.*
- *Y además que nunca lo sabes porque como siempre tienes contratos cortos es que no puedes hacer planes muchas veces”.*
- “- *...Mi baja maternal se interrumpió mi contrato [...] o sea he perdido cuatro meses que si yo hubiera sido hombre o no hubiera estado, no hubiera tenido un bebé pues habría estado trabajando”.*



Otro obstáculo externo, relacionado con la administración sanitaria, son los indicadores y los objetivos asistenciales. Para el grupo, los indicadores definen los logros oficiales y dejan de lado otros logros importantes para ellas como la relación con sus pacientes. Además, consideran que el sistema de objetivos genera competencia entre pares y dificulta su trabajo asistencial.



- “- *A mí sí me afecta mucho porque [...] me he esforzado mucho por llevar la consulta, por sacarlo todo adelante, pues luego eso en las reuniones solo se hablaba de indicadores pues esto va mal esto, y a lo mejor otros aspectos de tu trabajo quedan tapados ¿no? Parece que todo va en lo que has recetado, en las derivaciones que has hecho, si te pasas pues ya no eres buen médico, que yo creo que no tiene ninguna relación”.*
- “- *La verdad que eso yo creo que sí influye en los logros personales ¿no? Porque a la hora de hacer tu trabajo como bueno tú lo consideras que lo estás haciendo bien ¿no? [...]el tener tantos indicadores y el tener digamos tantas trabas, porque yo esto lo considero como una traba a la hora de trabajar o de dirigirme al paciente, pues influye en que realice bien mi trabajo o en cómo yo considero que lo debería hacer y no puedo separar una cosa de la otra ¿no?”.*

“- Sí, también a nivel de grupo los indicadores te hacen sentir, o eres, o estás en la cifras perfectas o eres diferente ¿no? Aunque trabajes igual pero como que genera también, yo creo, diferencias entre los propios compañeros”.



Por otra parte, una médica con hijos/as habla de las demandas familiares como un obstáculo en su desarrollo profesional.



“-... Yo por ejemplo que tengo dos niños muy pequeños pues he estado un poco desconectada [...] y me he quedado un poco atrás pero porque no podemos abarcar todo porque no hay tiempo y eso y tienes que priorizar en cada momento un poco”.



Entre los elementos facilitadores, el grupo se centra en los factores internos entre los que destacan la importancia de poder decidir y priorizar sus deseos, el actuar de forma consecuentes con sus criterios, los esfuerzos personales que realizan para alcanzar sus logros y la amplitud de la especialidad médica.



“- Y yo creo que la misma especialidad que tenemos que nos permite hacer muchísimas cosas con un paciente [...] y eso te enriquece yo creo que también como persona. Eso ayuda bastante. Si me tengo que ceñir a una sola cosa pues no sé, da menos juego a que tú consigas lo que tú quieres, a que te sientas bien en la consulta”.



Entre los facilitadores externos destacan el trabajar en un centro de salud acreditado para la docencia, la formación, el trabajo en equipo y el ser docentes.



“- Pues los compañeros y compañeras también con los que estés ¿no? [...] como estés acompañado en el lugar de trabajo te hace pues a lo mejor esforzarte más o meterte en más cosas ¿no? El tema de las sesiones, de estar al día, de estudiar, el que estés bien acompañado te motiva”.



Grupo 3 médicos

En relación a los obstáculos para el logro, el grupo discute únicamente la importancia de obstáculos externos relacionados con el Servicio Andaluz de Salud. Los elementos que destacan son: la burocracia, la escasez y la organización del tiempo, la falta de apoyo para realizar otras actividades profesionales, y la organización rígida de algunos centros de salud. Consideran que estos elementos dificultan la relación con sus pacientes y genera desigualdades entre la Atención Primaria y la hospitalaria. Los participantes perciben poco apoyo de la administración para la gestión de recursos y para enfrentar algunas demandas de usuarios a quienes, en su opinión, la administración sanitaria tolera el uso inadecuado de los recursos. Por otra parte, cuestionan el modo discriminatorio respecto al nivel hospitalario de diseñar e implementar los objetivos asistenciales y otros recursos que ofrece el Servicio Andaluz de Salud.



“- Pero cómo está estructurado nuestro trabajo diariamente es muy difícil hacerlo porque tú llegas y dices venga cada 5 o cada 7 minutos y si se me forma un pollo en la puerta pues se ha formado. Pero claro ya se forma el pollo, ya repercute en el resto de los compañeros, entonces lo que es la estructuración de nuestro trabajo no viene dado por nosotros, nosotros no hacemos

la agenda ni decimos cómo tenemos que trabajar, nos lo dicen y eso también influye en tu trabajo”.

“- Claro, entonces tú eres la llave del sistema pero el otro tiene el mazo para abrir la puerta entonces ahí está el choque porque si tú ves en las consultas el cartelillo que pone derechos del usuario llega hasta aquí y luego pone los deberes y deberes tiene tres. Que me parece muy bien pero que ahí tiene que fallar algo. En un sistema que es público donde los recursos son limitados, el que gasta también tendría que saber que está gastando y si tú a tu médico de familia le dices ‘tú vas a organizar’ o ‘tú vas a llevar el gasto’ pues por lo menos dale un poquito de, no digo de poder pero cuando tenga un problema, apóyalo ¿no? Un poquito de apoyo moral aunque sea ¿no?”.

“- ...Y aparte también hay un doble rasero de medir lo que se pide al hospital es distinto a lo que se pide a primaria y eso nos influye a nosotros directamente. El que se hagan cosas distintas, digamos de modo no adecuado, en atención hospitalaria, en la Atención Primaria nos repercute y muchísimo porque al final somos el fondo del saco del sistema”.



Entre los elementos facilitadores del logro destacan los externos tales como el soporte informático, ser docentes, recibir formación continuada de instituciones neutrales (no farmacéuticas) y el trabajo en equipo. Entre los elementos internos, la motivación y la flexibilidad para adaptarse a cambios son factores que les permiten conseguir logros.



“- Yo tengo un residente conmigo [...] vamos, te motiva muchísimo ¿no?”.

“- Y también ahora existe un modelo, digamos, de formación continuada, ahora es más fácil que estés más al día si quieres o con poquita cosa que hagas [...] y ahora el hecho de trabajar en

equipo, el hecho de trabajar en el centro de salud donde hay varios médicos en contacto, sesiones clínicas [...] eso hace que tú vayas progresando en tu profesión”.

“- ...La flexibilidad, ser capaz de darte cuenta y de cambiar y mejorar cosas, no ser rígido es decir yo esto lo hecho siempre así y voy a seguir haciéndolo así”.



Un participante habla de la importancia del balance entre su vida profesional y personal y otro comenta la importancia de desconectar del trabajo y no llevarse los problemas a casa. Ambos médicos conviven en pareja con hijas/os.



“- ...Lo de la compatibilidad entre la vida familiar y laboral, yo creo que es ese aspecto sí que estaría bien que facilitasen las cosas y además yo creo que eso repercute porque uno si está bien pues luego en la atención, en lo que hace, repercute en cómo tratas a la gente. Y a lo mejor pues te puede abrir nuevas perspectivas y eso, yo lo tengo el claro, el día que ya esté ya hasta las narices pues me buscaré otra cosa”.



Grupo 4 médicos

Entre los factores que dificultan alcanzar sus logros el grupo destaca los obstáculos externos relacionados con la administración sanitaria. Entre ellos, la falta de apoyo y de escucha por parte de la administración, y la escasez y las desigualdades en la dotación de recursos entre los centros de salud.



“- ...Yo creo que los profesionales de hoy en día se sienten poco apoyados por la administración y yo creo que todos los

profesionales quisieran que la administración bajara más a los centros de salud y preguntara: ¿cuál es vuestro problema? ¿Qué puedo hacer por vosotros?”.

- “- También la dotación de los centros es importante para que tú puedas ser más resolutivo. Si tú tienes material o tienes instalaciones adecuadas evidentemente hay muchas cosas que no se derivarían al hospital.*
- Y la distribución de la dotación de los centros, que hay centros súper dotados y otros muy poco dotados por ejemplo ¿no?”.*



Los médicos consideran los objetivos asistenciales como obstáculos para sus logros.



- “- ...A mí además me gusta mucho trabajar por objetivos siempre y cuando esos objetivos no te interfieran...*
- En tu ética.*
- En tu ética profesional, quiero decir que llega un momento en el que tus objetivos están en contra a los objetivos del hospital porque dentro de mis objetivos está el que yo no derive más de un 30 no sé cuantos enfermos [...] y dentro del hospital [...] no puede tener las citas preferentes menos de 15 días”.*



También señalan el trabajo burocrático, la alta demanda asistencial, las interrupciones en consulta y el escaso control sobre el tiempo de consulta como factores que dificultan sus logros.



- “- ...Que se desburocratizara en todos los sentidos ¿no? El no hacer ningún tipo de papel ¿no? Eso ayudaría mucho”.*



Dos médicos (uno convive en familia con hijos/as y otro vive solo), señalan que la realización de actividades de promoción de la salud y de formación debería incluirse en el horario laboral.



“- Hicimos unos pequeños grupos, equipos interdisciplinarios, y reuníamos a enfermos de Alzheimer [...] Eso, por ejemplo, es satisfactorio, lo único es que hay que hacerlo siempre fuera de tu horario laboral ¿no?

- ...A mí me encantaría hacer un montón de cosas más pero no tengo un sitio fijo, pero me encantaría hacer [...] Pero es lo que tú dices o lo hago por la tarde o no lo hago”.



Por otra parte, los participantes mantienen un extenso debate sobre los obstáculos derivados de la difícil relación entre la Atención Primaria y la hospitalaria. Perciben que su especialidad médica no está reconocida y consideran que la administración sanitaria prioriza la atención hospitalaria en detrimento de la primaria.



“- Luego también la actitud de los compañeros en el hospital hacia nosotros, muchas veces hay ahí cosas que quedan un poco en el aire.

- Nos pueden apoyar o pueden estar al contrario.

- Sí, puede ser. La relación entre primaria y hospital a veces no es buena, no es fluida”.

“- Yo es que es un sueño que tengo [...] es que algún día nos pongan objetivos comunes al hospital y a nosotros y funcionemos todos como un equipo. Eso es un sueño, que creo que algún día vendrá y creo que realmente nos podría ayudar y que se dejaran de burocracias, que funcionáramos todos con un mismo protocolo y dejando un poco los objetivos”.



El grupo dedica muy poco tiempo al debate de los elementos facilitadores del logro. Un médico menciona la motivación interna como facilitadora mientras que el resto del grupo menciona elementos externos como los programas informáticos, la buena relación con pacientes y con el equipo del centro de salud.



“- Yo, el principal quizás sea la motivación del médico”.

“- El trabajo en equipo también, yo creo que es importante para que facilite los logros. Que tu relación con tu enfermero, con los auxiliares, con los celadores, con el personal que está en admisión sea buena. Cuando hay problemas de comunicación y las relaciones son malas, el trabajo en Atención Primaria no puede salir”.



Grupos médicas y médicos de mediana edad

Grupo 1 médicas

Un obstáculo externo destacado por el grupo es el tiempo. La falta de tiempo para atender a sus pacientes pero también la organización del tiempo de trabajo que prioriza la asistencia y no incluye la realización de otras actividades, como formación o investigación. Esta organización del tiempo limita a las participantes ya que deben realizar estas actividades en su tiempo personal. Lo cual, implica un esfuerzo añadido que se suma a las escasas facilidades de la administración sanitaria para poder acceder a dichas actividades y la valoración igualitaria, no equitativa, de los objetivos profesionales individuales alcanzados.



“- ...Yo personalmente le estoy dedicando tiempo de mi vida personal a hacer otras cosas y me gustaría que yo, en mi horario de trabajo, pudiera hacer todo eso, eso para mí sería ya el lujo total y sería la satisfacción completa”.

“- ...Me gustaría poder acceder a más cursos porque muchas veces te ves un poco supeditada a que con que estamos como estamos que el hecho de ir a un curso luego lo pagas con sangre durante un montón de tiempo. Entonces nosotras mismas nos coartamos [...] porque es que luego lo tienes que pagar con sangre”.



Otro obstáculo para sus logros, derivado de la administración, es la asistencia centrada en la recuperación, sin considerar la prevención y promoción de salud. Para el grupo, este enfoque provoca mayor demanda y frecuentación así como la polimedicación o la mala utilización de los recursos sanitarios.



“- ...Tengo una actividad muy asistencial, el abordaje que hay es un abordaje totalmente asistencial, hay pocas actividades preventivas, le dedicamos muy poco a la prevención [...] y tal como está orientado ahora mismo el Sistema Sanitario pues lo veo complicado de poder llevarlo a cabo, entonces una meta sería pues intentar trabajar por ahí, pero yo creo que no disponemos nosotros personalmente de los recursos”.



El grupo destaca la importancia de los elementos facilitadores internos entre ellos el autoconocimiento de las propias dificultades, el esfuerzo personal, la vocación, la motivación, la percepción de sentirse útil, y la capacidad de adaptación a los cambios.



“- El hecho de hacer otras cosas pues te supone un gran esfuerzo personal por lo menos para mí. Es decir yo el tema de la investigación es un tema que me entusiasma e intento hacer lo que puedo, pero eso supone horas extras que yo las tengo que dedicar por la tarde [...] lo hago porque me gusta”.

“- Yo creo que cada uno lleva dentro pues donde quiere llegar [...] la vocación de decir: es que quiero hacer otra cosa además de pasar consulta. Pero tienes que luchar para conseguir esos beneficios [...] y entonces pues eso es un logro decir bueno, como yo me quiero dedicar a la investigación, voy a luchar para conseguir una beca”.



Entre los elementos facilitadores externos destacan la importancia de: la formación, el trabajo en equipo, de pares, disponer de recursos en el centro de salud, tener residentes y de realizar de otras actividades asistenciales, como la cirugía menor o ecografías. Para algunas participantes la acreditación de la carrera profesional es un elemento facilitador porque les permite aprender, organizar su trabajo, conocer más al cupo y obtener el reconocimiento de sus superiores.



“- ...Yo creo que trabajar en un equipo te motiva y te implica. Te marca un poco en tu en tu carrera profesional también ¿no?”.

“- ...Una aspiración mía sería mantener mi nivel de acreditación y poder seguir pues en el tema este de la carrera profesional ¿no? y no tampoco porque te suponga un reconocimiento profesional [...] pero personalmente pues si que me satisface”.



Para algunas médicas su pareja y la menor demanda de cuidados dentro de la familia, debido a que sus hijos/as tienen mayor edad, son elementos facilitadores.



“- ...Mi marido porque es el que me ha permitido que pueda hacer todo lo que hago [risas] si no fuese por su apoyo, no lo podría hacer”.



Sin embargo, este mismo elemento, la familia, es también considerado como un impedimento para sus logros. Para el grupo ser mujer es un obstáculo ya que implica que deben realizar un doble esfuerzo para atender las tareas asignadas de cuidado informal de menores y de progenitores y para dedicar tiempo, fuera del horario laboral, a la formación o la investigación. También piensan que la familia limita más a las médicas que a los médicos.



“- Y otra cosa que nos limita mucho porque es verdad que cuando tienes niños pequeños te limitan tus niños pequeños pero cuando ya tienes una determinada edad y tienes los padres también en edad de empezar a enfermar te limitan grandemente. Es decir, que bueno, que eso también, es decir que los dos extremos de la vida por ser mujer, quizá no lo sé, por la educación que nos han dado, por la situación en la que hemos vivido, pues ahora pasamos de cuidadoras de nuestros hijos a ser cuidadoras de nuestros padres ¿no? Entonces tenemos nuestra profesión, nuestra familia”.

“- ...Yo creo que es un factor que nos limita mucho más a las mujeres que a los hombres es nuestra familia ¿no? A veces de forma más explícita, a veces de una forma más implícita ¿no? Pero nos limita muchísimo [...] tengo una niña pequeña y ha habido un tiempo que yo ciertas cosas no podía hacer pues me he retirado”.



Grupo 2 médicas

Los obstáculos para sus logros profesionales derivan fundamentalmente de la administración sanitaria. La sobrecarga y la organización del tiempo de trabajo les impiden trabajar en equipo, realizar una atención centrada en sus pacientes y controlar su trabajo. Además, genera mayor sobresfuerzo ya que deben dedicar su tiempo personal para investigar o formarse. Comentan que la administración exige la realización de estas actividades pero no facilita ningún recurso ni las incluye en el horario laboral. El grupo añade las limitaciones derivadas de la desigual distribución de recursos en los diferentes centros de salud. También consideran que los indicadores y objetivos asistenciales obstaculizan la relación con sus pacientes y burocratiza su trabajo.



“- Hombre, ahora mismo la presión que tenemos te impide casi todo, lo que pasa es que somos tenaces y ahí sigue pin pin pin, aunque te deje el pellejo. Porque es trabajar en casa, es trabajar en el trabajo y es trabajar donde estemos. Entonces si no hubiera la demanda que hay y tuviéramos un rato para estudiar, como hacen en otros países [...] pero es que aquí es que tienes que sacar de tu tiempo libre y entonces eso sí nos agota”.

“- ...Lo que estoy haciendo ni es medicina, ni se parece a la medicina. Cada vez me cortan más la libertad y cada vez el que está en frente mía exige cosas que no son de razón, entonces ahora estoy en fase depresiva, ya está”.

“- Un dato lo apunto 3 o 4 veces. Entonces ¿para qué lo quiere la administración? A mí me interesa, yo tengo que saber si solicité la retinografía y lo otro [...] pero tenemos que apuntar 20 veces y luego al final tiran de estadística y dicen: ‘hemos quedado en el 80 y 70’ ¿para qué el político se cuelgue aquí la medalla? Si a mí

lo que me interesa saber es que tengo la retinografía hecha, que este paciente está controlado [...] pero claro, hago un trabajo burocrático para los políticos”.



Los participantes comentan que también existen obstáculos internos para alcanzar sus logros. Para una, su propia personalidad y la infravaloración de sus habilidades. Para otra, su incapacidad para adaptarse a los cambios sociales que conlleva el menor prestigio otorgado a la figura de médico.



“- ...A mí me dificulta muchas veces mi propia personalidad, a veces pienso que no voy a ser capaz de, de, de, de dar la talla ¿no?”.

“- ...Yo ya no me veo. No tengo nada que ver con la gente de ahora, o sea, mis valores eran unos valores que ahora ya no existen, me tengo que plantear mi existencia, por eso me quiero jubilar”.



Como elementos facilitadores las participantes otorgan gran importancia a los factores internos. Destacan el esfuerzo personal, la tenacidad, la capacidad para generar buen clima de trabajo en el equipo, y las estrategias que implementan para controlar la demanda asistencial.



“- Nuestros logros son porque nosotros queremos”.

“- Yo he conseguido un logro muy tonto pero que me ha hecho muy feliz: que he cambiado los muebles de la consulta de sitio. Con lo cual he conseguido más espacio y lo he reestructurado todo y la verdad es que eso [risas] me ha encantado [...] Sí, y eso es una cosa que parece una tontería pero te pasas mucho tiempo ahí metido y es importante traer al espacio algo que te guste y decorarlo bien”.

“- Yo necesito tener plantas en mi consulta porque me da vida: mi cactus verde fosforito al lado del ordenador, porque cuando me cabreo miro mis macetas y me relajo. Respiro y digo: ‘ay, que bonita es mi maceta’. Creo que hay que buscar sistemas que te relajen”.



Entre los facilitadores externos para sus logros destacan la formación, los recursos del centro de salud y el equipo de profesionales. Algunas participantes consideran importante el apoyo de su familia y de sus amistades. Debaten sobre los programas informáticos, algunas lo consideran un facilitador y otras un obstáculo. Para una médica también le ayuda conocer la valoración de su trabajo docente.



“- A mí eso me ayuda, me ayuda que nos den cursos, que nos formen, que se establezca un tiempo de docencia”.

“- ...Otra cosa que te facilita conseguir cosas es el equipo, si cuentas con un buen equipo puedes hacer muchas más cosas”.

“- Otra cosa que me ha facilitado mucho llegar a conseguir lo que quería creo que ha sido mi familia también. Porque siempre me han estado empujando para delante, para que yo pudiera hacer lo que, lo que yo no me creía capaz de hacer y sin embargo ellos siempre han estado ahí impulsándome ¿no? Yo creo que eso también es una cosa que a mí me ha facilitado mucho conseguir cosas”.

“- Pues yo creo que nos ayuda la informática. Me ha ayudado con diferencia. Yo creo que francamente es mejorable, pero vamos, que yo creo que es una cosa que nos ha facilitado muchísimo”.



Grupo 3 médicos

Los obstáculos para sus logros derivan principalmente de la administración sanitaria. Destacan: escaso apoyo para la formación continua, mala remuneración económica, escasez de tiempo y de recursos que se suma a su desigual distribución de los mismos en los diversos centros de salud. Algunos médicos comentan que no se han sentido escuchados ni reconocidos por la administración y otros critican las herramientas informáticas.



“- Yo creo que con arreglo a nuestro trabajo y a las responsabilidades que realizamos estamos mal pagados. También considero que para llevar a cabo un desarrollo personal en el trabajo, suficiente como para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes y las nuestras propias, nos haría falta un tiempo, un tiempo suficiente sin cortapisas y ser sustituidos, para poder realizar esos cursos de formación [...] Y respecto a la acreditación, la acreditación es demasiado amplia, y a lo mejor no se nos permite poder hacerlo tal y como están ahora las cosas”.

“- ...Los cursos que se nos ofrecen o son siempre los mismos o están siempre orientados al mismo objetivo. No dan posibilidad de que haya o que se creen otro tipo de formaciones”.

“- ...Que comparen lo que hace un centro con otro no es equiparable porque los medios no son los mismos”.



El grupo identifica como elementos facilitadores para sus logros factores internos relacionados con la motivación, el interés, las expectativas personales y la experiencia de cada profesional. También consideran que la estabilidad familiar y personal es un elemento facilitador. Un participante piensa que, frente al escaso

reconocimiento de superiores, es importante la motivación y el propio reconocimiento de los logros alcanzados.



“- Yo considero los factores personales, la motivación personal como la más importante [...] depende de lo que tú quieras hacer. Tenemos tanta autonomía, que he visto compañeros que van al mínimo y compañeros que van al máximo. He visto situaciones de desaprovechar todo lo que le dan, he visto situaciones de médicos que quieren más, es decir, hay de todo. Entonces yo creo que la motivación personal y los factores personales son los más importantes”.

“- ...Y luego hay dos cosas que, como él dice, el clima emocional, el clima personal, como tú emocionalmente estés, y la honradez y las ganas de luchar que tengas [...] y de seguir en la profesión”.

“- Nosotros, como nuestra empresa es tan etérea, nos tenemos que buscar a nivel personal todo este tipo de estímulos ¿no? [...] Tiene que ser una labor personal y tiene que ser un reconocimiento personal y es ahí donde estriba todo ¿no? Si no lo hacemos así, como método defensivo para nosotros [tos] pues la verdad es que lo pasamos mal porque nadie nos va a reconocer lo que hacemos o lo que dejamos de hacer”.



La estabilidad laboral, los recursos del centro de salud, las herramientas informáticas, el espacio físico, el equipo y el buen clima de trabajo son los elementos externos que facilitan sus logros.



“- El espacio físico es clave, las herramientas que te dan, tú no puedes trabajar bien si vas a hacer una glucemia y resulta que no hay quien tenga un aparato de glucemia para pedirlo”.

“- El tener un clima adecuado [tos] de espacio físico, lo mismo que de clima emocional respecto a compañeros, evidentemente. Si uno tiene buenos compañeros, se siente colega de sus colegas se siente muchísimo más agradable ¿no? Muchísimo más. Para mí, el contacto físico siempre ha sido importante en mi vida ¿no? En los distintos centros en los que he estado. Y ahora mismo, pues también”.



Grupo 4 médicos

Entre los obstáculos que dificultan sus logros los participantes mencionan diversos elementos externos dependientes de la administración sanitaria. Destacan la burocracia, el escaso tiempo por paciente, las herramientas informáticas, las consultas compartidas, la mala coordinación entre la Atención Primaria y hospitalaria, la orientación de la atención a la curación, el escaso margen de participación que tienen en las decisiones, los objetivos e indicadores asistenciales y la falta de formación continua. Dos de ellos hablan de la organización administrativa como un elemento rígido, impuesto, que dificulta sus logros y al cual ellos se resisten. Solo uno menciona que sus pacientes obstaculizan sus logros clínicos cuando no cumplen el tratamiento prescrito y otro añade como obstáculo las interrupciones en la consulta.



“- Yo pediría más tiempo por paciente, eliminación de la burocracia y funcionamiento de las herramientas informáticas al cien por cien, no al noventa y nueve por ciento, lo quiero al cien por cien porque si somos trabajadores de alta cualificación pues que nos pongan las herramientas de alta cualificación para poder desarrollar el trabajo. Luego no nos pidan alto rendimiento con herramientas precarias o que fallan”.

“- Que tú tengas que estar suscrito a una revista y pagarla de tu bolsillo ¿pero por qué? Si tú todo lo que vayas a hacer es para el Sistema Sanitario Público porque además estás vinculado en exclusiva, vamos ¡si es que yo eso no lo entiendo! [...] otra empresa de cualquier otro tipo si eres un ingeniero náutico y te tienes que reciclar, te pagan el mejor hotel [...] te pagan el viaje de ida y vuelta y encima te dan unas dietas. Es decir por formarte, porque sabes que lo que tú hagas allí lo vas a revertir, lo que se llama el retorno de la inversión [...] bueno pues eso el Sistema Sanitario Público ¡todavía no lo ha entendido!”.

“- ...Que no se me audite solo la estructura sino también el desempeño profesional [...] a mí el rigor administrativo este de las ocho y a las tres o de las tres o las dos a las nueve, vamos que me jode, me jode un huevo, lo digo así. A mí ese corsé administrativo no me gusta, lo llevo mal”.

“- ...La administración nos quiere más bien encasillar hacia un camino que ellos creen que es el verdadero, no lo sé, posiblemente lo sea, pero que para mí creo que es ponernos un bozal [...] ahora lo único importante es el número, la estadística [...] cuando lo que tienes es que atender al usuario [...] es que cuando abres el ordenador le estás viendo la cara al director de distrito o te lo estas imaginando que está allí detrás de la pantalla mirando a ver lo que estás haciendo”.



Sobre los elementos facilitadores para sus logros nombran la motivación por su trabajo, la autoformación, y el control que pueden ejercer sobre algunos aspectos organizativos de su consulta.



“- ...Es una profesión dinámica y eso es lo que nos hace tener interés, tener voluntad y estar aquí con nuestra edad, hoy charlando aquí [...] y entonces esto es porque nos gusta, no es por otra cosa. Y porque, volvemos a lo de antes, tenemos que seguir porque es dinámico y tenemos que seguir luchando por nosotros,

por nuestros usuarios y por el sistema, aunque no esté de acuerdo con el sistema”.



Entre los facilitadores externos destacan la amplitud de la especialidad médica, el ser tutores, las herramientas informáticas, el equipo de profesionales, y sus pacientes.



“- Las personas es otra cosa fundamental que facilita o dificulta mi labor diaria. Los administrativos que reciben al paciente en la puerta, la forma de tratarlos [...] las llamadas que filtran [...] la disponibilidad de la trabajadora social, las características personales y profesionales de mi enfermera”.

“- ...Las analíticas no nos van a venir a través del papel sino que nos la van a meter a través del ordenador [...] bueno pues son cosas que nos están facilitando”.

“- ...Mis pacientes me han ayudado [...] el grupo con el que he estado trabajando es el mismo [...] yo he estado siempre con el mismo cupo”.



Grupos con cargos de dirección de centro de salud

Grupo 1 directoras

Para el grupo los mandatos de género relacionados con el cuidado de la familia es un obstáculo para sus logros. También señalan la falta de tiempo y la organización del horario de trabajo, su carga total de trabajo está aumentada porque dentro de la jornada laboral no se contempla tiempo para las tareas de gestión y su cupo de pacientes sigue siendo el mismo que si no fueran directoras. Otro obstáculo son

las interrupciones de sus pares en su consulta clínica, que son mayores debido a las responsabilidades de su cargo. Para una, los objetivos asistenciales dificultan su labor de gestión y la realización de actividades comunitarias.



“- Condicionante negativo, el de ser mujer también. Yo lo considero negativo [...] por falta de tiempo.

- Pues sí, es negativo.

- Porque mi familia me exige más tiempo a mí”.

“- ...Como no hay tiempo pues te tienes que aguantar en hacer lo que puedes en el tiempo que tienes ¿no? Y con todo eso siempre sacas más tiempo ¿no? Porque hacemos muchas cosas en nuestras casas, muchas [...] por eso estoy insatisfecha, porque me gustaría tener tiempo para nosotros ¿no? Como dice ella, va llegando el momento en que uno se cansa”.



Como elementos facilitadores para sus logros las participantes enfatizan la importancia de los factores internos. Destacan: sus habilidades, su esfuerzo, su motivación, su experiencia, el autoconocimiento de las limitaciones, el autocontrol de las emociones, la estabilidad y el bienestar personal y familiar.



“- Tu personalidad, tus habilidades de comunicación, capacidad de liderazgo. Todo eso pues influye que consigas determinados logros ¿no? Sobre todo pensando en el aspecto de dirección”.

“- ...La experiencia personal te ayuda a afrontar los problemas de una determinada forma [...] con los años aprendes a vivir con esa incertidumbre y la manejas”.

“- Para mí positivo e imprescindible es la estabilidad personal familiar. Yo considero que la persona que va bien a trabajar tiene

su vida resuelta, bueno una vida asentada con todos los problemas normales, pero es feliz [...] yo no podría llevar la dirección y el trabajo general si no tuviese una buena situación familiar. Que eso no significa que sea perfecta, pero que estoy bien personalmente, me siento bien y eso se traslada a las ganas de trabajar”.



Entre los elementos facilitadores externos destacan el apoyo de sus maridos, familias, pares y superiores. Para todas es importante el reconocimiento de superiores, el refuerzo positivo, sin embargo no todas lo reciben. También consideran que la cercanía del trabajo al domicilio es un elemento facilitador.



“- ...Siempre vas a tener personas, compañeros que te van a ayudar. Tu familia te puede ayudar también. Sin esas personas que te ayuden es muy difícil conseguir las cosas, te vas a encontrar trabas por todos los sitios. Y los jefes también”.

“- Y después también influye en el desarrollo el grupo con el que esté, la suerte que tengas de los compañeros. Suerte o mala suerte que coincida alguien con tus mismas inquietudes o que no tengas, no encuentres ese apoyo, esa relación con alguien que tenga las mismas inquietudes. Porque por mucho que tú quieras hacerlo, sola evidentemente, no se puede hacer nada, porque te tienes que apoyar en el resto”.

“- ...Las cosas positivas también son importantes, porque nosotras estamos ahí en una situación intermedia que todo el mundo nos pide, pero la palmadita no te la da nadie. El compañero te pide cosas porque tú eres la directora y tú las tienes que dar. El distrito te pide cosas porque tú eres la que tiene que ¿Y quién te felicita cuando sale algo bien? Nadie”.



Grupo 2 directoras

El principal obstáculo para sus logros es la administración sanitaria. La falta de espacios de reflexión y de recursos, el sexismo y la verticalidad del proceso de toma de decisiones dificultan los logros de las participantes.



“- Como colectivo [...] yo creo que a veces nada más que el hablar sería suficiente ¿eh? Quiero decir que no hace falta que decidamos movilizarnos en contra del distrito, no. Es absurdo ¿no? Pero solamente con que podamos verbalizar lo que pensamos”.



También critican los objetivos del contrato programa que impiden lograr un buen clima en el equipo y actuar de forma consecuente con sus ideales.



“- ...Tienes que cumplir una serie de objetivos que muchas veces estás de acuerdo o no estás de acuerdo y tienes que hacer de tripas corazón o ver cómo lo puedes encajar [...] Entonces intentar compaginar esa consecución de los objetivos con el mejor clima emocional posible entre los compañeros.

- Yo creo que eso y además equilibrarlo con tu conciencia yo creo que es lo más difícil [...] el que tú un día digas por aquí he tragado y dices: ‘¿cómo he tragado por aquí?’”.



Otros obstáculos señalados por el grupo son la alta demanda asistencial, las interrupciones en la consulta y la falta de apoyo de algunos integrantes del equipo.



“- ...Pero me interrumpen todo el día. Esta mañana me estaba sonando el móvil a la vez que el teléfono, a la vez que la jefa de admisión entrando y contándome no sé qué cosa, si al final es eso.

- Pues a mí eso la verdad que cuando estás trabajando, eso es de lo que más me molesta, exactamente”.



El grupo también comenta algunos obstáculos internos para alcanzar sus logros. Destacan la dificultad para negarse y la organización y gestión del tiempo y de las emociones derivadas del ámbito personal o familiar y del laboral.



“- Hay que saber decir que no, efectivamente.

- Tanto con los de abajo como con los de arriba que estoy aprendiendo pero eso [risas] creo que lo tengo que mejorar mucho, eso de decir no y no, como se le dice a los niños de vez en cuando ¡no, porque no! Y ¡sí porque sí!”.

“- ...El que yo me organice mucho no evita que el sufrimiento de mi hijo me lo traiga a mi casa o que el sufrimiento de un mal día con un paciente por algo gordo ¿no? No, tampoco me lo llevo todo pero algo gordo, por muy bien que yo me organice, ese ejercicio de en el coche, que yo también lo he practicado, pues hay veces que funciona y hay veces que no, quiero decir y hay veces que no funciona y no sé por qué es”.



Entre los elementos facilitadores para sus logros las participantes destacan la importancia de los factores internos: sus capacidades, habilidades de comunicación y de negociación, experiencia vital, control de sus emociones y la separación de problemas y emociones derivadas del ámbito familiar o profesional. Para todas implementar estrategias de autocuidado y protección frente a los obstáculos externos resulta fundamental para alcanzar sus logros. Entre las estrategias adoptadas mencionan la autoreflexión sobre su estado emocional y su rol y desempeño profesional, el uso de la música como elemento que permite

aislarse del entorno, y utilizar la bata como un escudo protector y como elemento que facilita la organización de los espacios.



“- ...Somos dos mujeres y además las más chicas, las que menos experiencia tienen, las últimas que han entrado. Entonces el demostrar que aunque seas la más chica, aunque seas mujer, si tienes capacidades, puedes lograr llegar a un sitio”.

“- Que hay que ver lo que suponen las evaluaciones de desempeño [...] cuando tienes que evaluar a alguno que los resultados no los tiene tan buenos y termines la valoración y termines con una buena relación y además contento y con ganas de mejorar y tal pues para mí eso supone [risas] también un logro ¿no? Porque es un desgaste personal en el que has conseguido que esa valoración no sea una pelea”.

“- Muy difícil, pero el día que tú lo consigues oye esto he conseguido dejarlo en el trabajo ¿no? Y no tomarla con los niños cuando has llegado ¿no? Uff y a veces ni contarle que yo algunas veces cuando tengo un marrón gordísimo gordísimo he conseguido no contárselo a mi marido hasta que ya me han pasado cuatro días y digo ¡Y me pasó el lunes! Y ya lo cuento pero”.

*“- Por lo menos reconocerlo, decir hoy vengo regular.
- Sí, te ayuda por lo menos saber cómo vienes”.*

“- Yo llego a la consulta y me enchufo la música y me dice la gente, me dicen ‘¿y eso para qué es?’ Y yo digo: ‘yo es que no quiero ruido, y es de la única manera que yo no escucho todo lo que tengo alrededor’”.

“- A mí me ayuda mucho la bata, cuando me pongo la bata me transformo [...] y cuando yo ya me quito la bata los problemas del centro de salud se quedan con mi bata en el centro de salud y yo me voy a mi casa [...] yo soy capaz, yo estoy desde las ocho de la mañana hasta la hora que haga falta pero cuando yo me voy del

centro de salud se ha acabado, puede caer, puede tronar, puede hacer lo que sea, yo no estoy, no estoy, estoy en mi casa [risas] pero es así, es que si yo no me quiero así ¿a mí alguien me quiere? No. Entonces me tengo que cuidar yo, me tengo que proteger yo”.



Algunas participantes consideran a sus pares y a sus pacientes como facilitadores.



“- ...A mí me han ayudado mis pacientes a conseguir logros, quiero decir a mí las críticas que me han hecho algunos pacientes en momentos dados me han me han hecho así ¿no? Y la verdad es que me ha dolido cuando un paciente me ha hecho una crítica, y además llevaba toda la razón, pero a mí sí me ha ayudado ¿eh?”.



Otros elementos facilitadores externos para el grupo son un espacio agradable, menos demanda asistencial, y disponer de recursos para poder negociar con su equipo.



“- ...Trabajar en un sitio como este con luz con espacio [...] Otra cosa que a mí me facilita mucho es poder trabajar con gente que de alguna forma tengamos el mismo lenguaje, a ver que hablemos de lo mismo...no que pensemos igual pero que hablemos de lo mismo aunque estemos en desacuerdo, que tengamos una idea de la atención en nuestro trabajo parecida ¿no?”.



Grupo 3 directores

Entre las dificultades para alcanzar sus logros los participantes comentan obstáculos externos. Para el grupo la crítica al sistema de objetivos que realizan algunas personas de su equipo es un obstáculo.



“- Cuando alguien viene de fuera o incluso del centro, de un nivel más bajo que no está o que no ha estado nunca en el tema de direcciones y demás, te habla del tema de los objetivos, del tema de las presiones de Sevilla como siempre se habla muchas veces, lo hablan como una cosa absolutamente disparatada, es decir el que está en Sevilla no entiende de nada ni sabe [...] ni padece ¿no? Yo entiendo que no es así. Muchas veces es verdad que hay objetivos que tú desde tu puesto de trabajo los ves que son inalcanzables, inabordables o sencillamente tontos, por decirlo de alguna manera, pero la mayoría de las veces sí que intentas dar a entender a los compañeros que hay una serie de objetivos que son lógicos y que alcanzarlos es una forma de superarte en el trabajo, no simplemente llegar y trabajar porque sí ¿no?”.



Para algunos, los problemas imprevistos del centro de salud son un obstáculo.



“- ...El problema ahora mismo con el trabajo y más con las direcciones del centro es que tú entras por la puerta y allí abres el huevo kínder y a ver lo que te encuentras [risas] no sabes lo que te vas a encontrar ese día porque cuando no falta uno falta el otro, si no tienes la gotera de turno y te va a calar la habitación de extracciones”.



Asimismo, hablan de la estructura del centro de salud y del espacio físico como elementos que dificultan sus logros ya que influyen en la labor asistencial del equipo y en su gestión.



“- ...Efectos rebote, es decir, efectivamente yo puedo pedirle a un médico que en tres horas vea a cien pacientes pero seguramente no le voy a poder pedir que cumpla con los objetivos de farmacia al mismo tiempo, ni los de interconsultas, primero porque va a estar lo suficientemente cabreado como para pasar de mí y segundo porque seguramente va a tener que derivar más gente de la que derivaría si hubiera tenido un tiempo y un espacio adecuado para poder a los pacientes un poquito más de espacio con los cual eso secundariamente se va a convertir en un factor que me va a complicar, un factor que me va a dificultar los logros”.



Los elementos facilitadores internos son los más influyentes para alcanzar sus logros. Destacan habilidades, capacidad de control, compromiso, y estabilidad personal y familiar.



“- ...Saber transmitir y de alguna manera saber proyectar la imagen de líder que representa muchas veces ser director ¿no? Transmitir, comunicar, tamizar y que a la vez no genere beligerancia entre los profesionales con los que trabajamos”.

“- Yo creo que lo más importante de entrada es la situación personal familiar antes de empezar a trabajar. De eso va a depender cómo lleves todo el día y abordes la jornada diaria”.

“- ...Más que nada depende y cuando tratas con mucha gente lo vas viendo ¿no? Yo creo que sí tú has tenido un desarrollo personal equilibrado y eres feliz contigo mismo y tienes una autoaceptación personal, eres capaz de aceptar a los demás ¿no?”

Pues situaciones de cáncer en una familia o de divorcio o problemas con un hijo, eso tenemos todos pero en cambio la forma en que cada cual se lo plantea es totalmente diferente. Tú ves a la persona que tiene un familiar con un problema y te viene y te dice mira cámbiame la agenda que tengo no sé qué y otro que inmediatamente se da de baja, entonces eso va a ser ante todo: cuando le pidas unos objetivos, cuando le pidas resultado en farmacia o cuando le pidas que trabaje en equipo”.



Otro elemento facilitador importante es el apoyo y la confianza de sus superiores. Los participantes debaten sobre la importancia que otorgan al apoyo de su equipo. Algunos lo consideran más importante para sus logros que el apoyo de sus superiores. Por el contrario, para otros el respaldo de sus superiores es primordial.



“- Yo creo que un condicionante fundamental es sentirte apoyado y respaldado por tus jefes me parece un condicionante. Yo he vivido experiencias en ambos sentidos. Ha habido un momento en que me he sentido muy respaldado y ha habido un momento en que no me he sentido respaldado y creo que ha sido uno de los mayores condicionantes para conseguir o no conseguir algo”.

“- Sí hombre es que el apoyo por parte de tus jefes por supuesto, es decir si tú ves que eres respetado y que cuando pides algo pues obtienes respuesta, eso te da una sensación o te da una energía ¿no? Como si te recargarán un poco para seguir adelante y por otro lado también el refuerzo positivo por parte de tus compañeros ¿no?”.

“- ...El respaldo de los compañeros y el tú sentirte apoyado, el verte igual aunque seas el jefe eso para mí es más importante que el apoyo de tus jefes, está ahí y sabes que lo tienes y en un momento dado tienes que recurrir a él pero lo demás es que lo

tienes que tener a diario, minuto a minuto, día a día, el respaldo de los compañeros yo lo veo fundamental porque si no es que además no puedes hacer nada, como jefe no puedes hacer nada si no tienes buen respaldo de tus compañeros, de tus jefes por supuesto, pero de los compañeros más”.

“- ...Cuando aprieta arriba, aprieta más, lo de abajo es mucho más fácil, el grado de amortiguación es mucho mayor digamos, cuando aprieta de arriba las cosas cambian mucho más que cuando aprieta por abajo, es mucho más controlable yo creo la presión de abajo que la presión de arriba, porque el margen que te dan cuando aprieta desde arriba es escaso, el margen que te da tu gente te lo da tu arte de dirigir, ni más ni menos”.



Grupo 4 directores

Al hablar de los obstáculos para sus logros el grupo solo menciona factores externos relacionados con el Servicio Andaluz de Salud. Para los directores es un obstáculo importante la diferencia entre lo que el Servicio Andaluz de Salud oferta a la población y lo que, por otra parte, demanda a los profesionales.



“- ...Es fundamental que se planteen una oferta de servicios que vaya directamente relacionada con los recursos que tú tienes y no está ocurriendo así [...] hay muchas carteras de servicios que se aumentan constantemente y los recursos disminuyen constantemente”.

“- Veo mucha diferencia entre las ideas o los planteamientos generales y luego las prácticas diarias. No sé, yo cuando me siento en las comisiones de dirección [...] puff [...] no sé [...] veo [...] y luego se lo tengo que contar a mis compañeros [...] me parece uff, no sé, no me encuentro ni siquiera cómodo ¿no? Porque no me gusta lo que se le está pidiendo a la gente [...] con

lo que por otro lado, a lo mejor, se les está dando [...] ¿qué herramientas se les están dando para que lleve a cabo eso?”.



Para un director la dispersión geográfica de la zona, los escasos recursos humanos con los que cuenta, y las características de su equipo con una edad avanzada y bajo nivel formativo, son todos elementos que dificultan sus logros. Para otro, la falta de apoyo, de respaldo institucional, y la escasez de tiempo son obstáculos importantes.



“- Quien te ha nombrado debería organizar y estudiar tu carga asistencial. Eso no se ha hecho, no se hace [...] no hay una actuación, una intervención activa de quien te nombra [...] Cada uno se organiza como puede y me parece importantísimo para facilitar la tarea de la dirección de un centro, que quien te nombra tenga muy claro la carga laboral que tú puedes y no seas tú el que eches esa carga de trabajo a tus compañeros”.



El debate sobre los elementos facilitadores para sus logros es breve. Destacan la importancia de la formación, de un buen equipo de profesionales y el buen clima de trabajo. Entre los facilitadores internos mencionan sus habilidades de comunicación y de gestión.



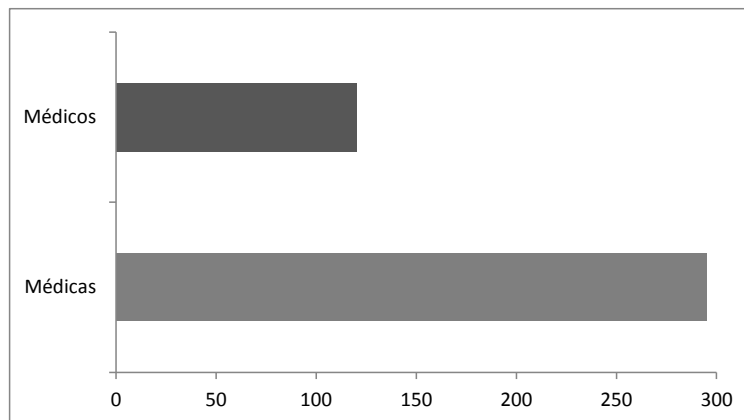
“- ...Tú decías cosas que favorecen esos logros ¿no? Pues está claro [...] tener un equipo apañado, tener una formación y luego pues eso, tener unos compañeros de trabajo que sean más o menos afines y en la misma dirección y que haya un ambiente [...] que la gente esté convencida de la sanidad pública, en fin de todas estas historias”.

“- ...Es un logro para mí y está más en mis manos mejorar la gestión del personal, mejorar el clima organizacional del centro, hacer que la gente entienda de una forma más adecuada los conflictos y las explosiones que se producen todos los días en el sistema sanitario, con lo que nos piden con lo que podemos dar, con los medios que tenemos, con lo que nos exigen con el aumento exponencial de la cartera de servicios [...] El hacer que eso se acople al trabajo diario de cada persona y que no explote [...] eso es un objetivo”.



En resumen, la personalidad, las expectativas propias, la experiencia, la motivación y el control de situaciones y sentimientos son características personales, o atribuciones internas, relacionadas con la consecución de un logro. Todas las médicas, pero fundamentalmente las de mediana edad, perciben que son importantes porque pueden contribuir de forma positiva o negativa a alcanzar sus logros. Por el contrario, son pocos los médicos que vinculan el logro con atribuciones internas (gráfico 3).

Gráfico 3. Frecuencia de aparición en los relatos de las categorías de atribuciones internas del logro



La relación con pares y ser docente con residente a su cargo son factores para alcanzar logros en todos los grupos. A su vez, son valorados como obstáculos el escaso tiempo por paciente, la falta de apoyo de superiores, y los objetivos del contrato programa ya que dificultan la relación con pacientes y pares (gráfico 4).

La relación con sus pacientes es importante en todos los grupos, si bien los médicos debaten más al respecto. De esta relación señalan aspectos positivos, como el aprendizaje mutuo y la confianza, y negativos, como la medicalización y la falta de responsabilidad que conlleva en sus pacientes, o las inercias asociadas al continuo trato y gran conocimiento de las personas de su cupo. La falta de respeto por parte de sus pacientes es percibida con mayor frecuencia por las médicas jóvenes, que la atribuyen precisamente a su doble condición de mujeres y jóvenes.

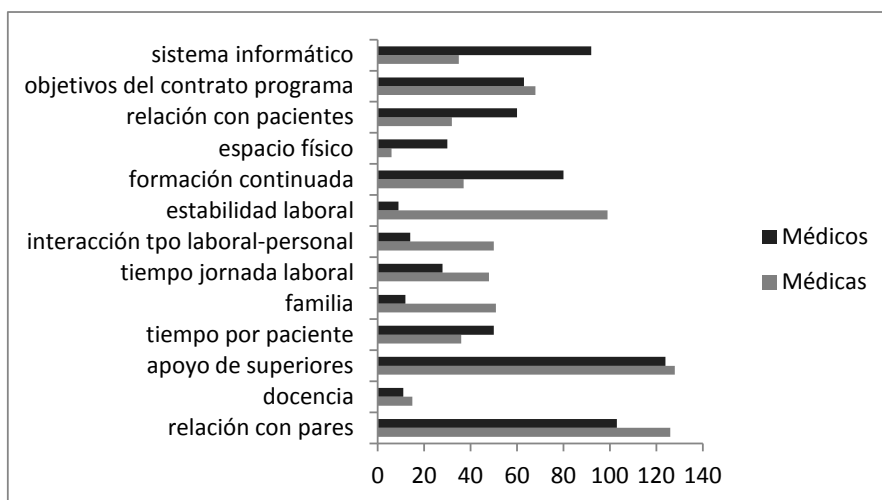
La familia actúa como apoyo y como obstáculo para las médicas de todas las edades. Opinan que la jornada laboral debería incluir tiempo para la formación, la investigación y la organización del trabajo, y que para alcanzar logros es necesario un equilibrio entre el tiempo dedicado a la vida laboral y a la vida personal.

Otro factor decisivo para el logro de las médicas jóvenes es la estabilidad laboral, debido a que influye directamente en la relación con pares y pacientes, en la formación, en el disfrute de derechos laborales, y en la organización de su vida personal y laboral.

Para los médicos de todos los grupos, los elementos más facilitadores de sus logros son la formación continuada y disponer de recursos adecuados, incluido el espacio físico. Entre los obstáculos algunos médicos jóvenes y de

mediana edad mencionan el sistema informático, que burocratiza la consulta y dificulta la atención clínica.

Gráfico 4. Frecuencia de aparición en los relatos de las categorías de atribuciones externas del logro



6.3. Trayectorias profesionales

Grupos de médicas y médicos jóvenes

Grupo 1 médicas

Ninguna médica del grupo planifica de modo consciente su trayectoria profesional. Sus trayectorias profesionales se caracterizan por periodos cíclicos de satisfacción- insatisfacción vinculados a las condiciones laborales. Para el grupo, las metas profesionales prioritarias son la satisfacción personal y mantener la

motivación por el trabajo, a pesar de la precariedad laboral. Para alcanzarlas, los elementos facilitadores internos, como por ejemplo el control de sus sentimientos, son fundamentales.



“- En el tiempo desde que empezó mi vida laboral ha habido muchos cambios. Yo he pasado una época muy mala, te llegas a plantear si realmente lo que haces es lo que querías hacer o si te gusta. Cuando se acaba la residencia empiezas con el machaque de ‘hoy, vente a trabajar dos horas’ y luego nada [...] Hubo un tiempo de insatisfacción total con lo que había decidido hacer con mi vida. Pero la cosa ha cambiado un poco [...] un día te levantas y dices: ‘voy a hacerlo lo mejor posible o lo dejas y se acabó’ porque lo que no puede ser es que estés malviviéndolo”.



El grupo se muestra satisfecho con la especialidad de Medicina de Familia y no la cambiaría a pesar de que, en algunos momentos, muchas de sus componentes se lo han planteado.



“- ...Yo siempre he querido ser lo que soy. Otra especialidad no me planteo porque como desde siempre he querido la primaria y no me gustaba trabajar en un hospital”.



Solo dos médicas tienen referentes profesionales. Una de ellas menciona a una compañera de quien destaca el trato cercano y la empatía con sus pacientes y también a otro médico por su alto nivel de conocimientos científicos. Para otra médica su referente es su tutora de quien admira el trato humano con sus pacientes.

Grupo 2 médicas

Ninguna de las participantes del grupo planifica de modo consciente su trayectoria profesional debido a las limitaciones relacionadas con la precariedad laboral. Cuando indagamos sobre las metas que se plantearían alcanzar si tuvieran una plaza fija, el grupo menciona metas externas relacionadas con ser tutoras, ejercer docencia, investigar, trabajar en equipo y tener un seguimiento más intenso de sus pacientes. También mencionan como metas el poder organizar su vida personal y disfrutar de sus derechos laborales.



“- Yo si tuviera una plaza más definitiva me plantearía ser tutora, que es algo que siempre me ha gustado pero no me he acreditado también por decir eso, si es que no sé dónde voy a estar [...] ya cuando esté en un sitio pues poder tener mi residente o implicarte más eso en cosas de investigación pero cuando tenga un sitio más definitivo”.

“- ...Si yo tuviera un contrato fijo en un sitio pues me plantearía organizarme de manera que tuviera mi tiempo como tener un derecho a formación, de tener mis días de formación y utilizarlos [...] saber cuándo me van a dar las vacaciones y poder organizar mi vida”.



Frente a la situación laboral desfavorecedora, el grupo destaca el esfuerzo personal necesario para su desarrollo profesional. Consideran importante para sus trayectorias priorizar, según sus necesidades, el desarrollo de determinados aspectos profesionales.



“- ...Hay muchas cosas que no dependen de ti. Yo creo que todo lo que depende de nosotros lo hemos hecho. Yo creo que en la

medida que podemos lo hemos hecho ¿no? Te has esforzado por cambiar las cosas que estaban a tu alcance ¿no? [...] y más o menos conduces en la medida en que tú puedes tu vida profesional por donde tú crees que va bien pero luego hay cosas que tú no puedes cambiar”.

“- ...Yo estoy convencida de que llegas de una manera y luego te vas, te vas apagando un poco, tienes que hacer mucho esfuerzo por mantenerte ahí”.



A pesar de que se muestran satisfechas con sus esfuerzos personales y con todo lo que han podido realizar en sus trayectorias profesionales hasta el momento, tres participantes hablan de que cambiarían de profesión debido a los obstáculos estructurales con los que se encuentran.



*“- Yo creo que si empezara a trabajar empezaría en otra cosa [risas].
- Es verdad, yo creo que sí.
- Mi hija de tres años que quiere ser médico, a ver si cambia de idea”.*



Es interesante destacar que ninguna participante considera que ocupar un cargo directivo es una meta ni un logro profesional que les interese. Debaten ampliamente sobre las desventajas de ser directoras entre las que destacan la dificultad para decir no, la soledad del cargo, y el estar entre la administración y el equipo de pares. Consideran que la ocupación de un cargo directivo no les facilitaría modificar las condiciones laborales.



“- Pues lo mismo es significativo que para ninguna sea un logro ser [risas] directora del centro de salud.

- *Yo porque creo que no podría cambiar en realidad nada. Bueno podría cambiar cosas ¿no? Pero no al nivel en el que a mí me gustaría. Entonces no sentiría que estoy haciendo el trabajo que realmente querría hacer, igual me equivoco ¿no? Pero es una impresión que tengo y no me gusta ese tipo de puestos, no me gusta trabajar de esa forma”.*



En cuanto a sus referentes tres médicas destacan la figura de tutores y de pares de quienes admiran sus conocimientos, el trato con pacientes, la realización de actividades comunitarias, y la capacidad de organización y gestión del tiempo.



“- *...Yo por ejemplo cuando hablamos de referente hay gente que la verdad que si yo me pongo a pensar quienes para mí pueden ser referentes es verdad que publican pero es que tienen todo lo demás también, todo lo que yo valoro entonces es que tú valoras dentro de la Medicina de Familia cosas que a tí te gustaría abarcar y esas personas lo abarcan todo”.*



Entre los aspectos que admiran de otras personas de su entorno personal destacan la capacidad de organización, de desconectar del trabajo y el modo de enfrentarse a los problemas.



“- *...Yo envidio a la gente que se organiza y que es capaz de sacar tiempo para hacer todas las cosas. Yo lo envidio mucho porque yo me siento una persona un poco desorganizada y al final como que no alcanzo a hacer. Entonces cuando me encuentro con personas así pues sí que las admiro y las envidio”.*

“- *Gente que sea capaz de estar trabajando y que no le afecte los problemas en el trato con la gente”.*



Grupo 3 médicos

El grupo, de manera uniforme, considera que el desarrollo profesional depende de la motivación y las metas que cada persona se propone. Consideran que la carrera profesional transcurre por diversas etapas o fases inevitables hasta obtener la plaza propia. El grupo planifica sus metas profesionales de forma consciente.



“- A mí me gusta la idea de no parar nunca, de no sentarme y decir ya he terminado. Me gusta la idea de siempre estar liado en algo, de nunca perder el estímulo por aprender y por hacer cosas porque como te sientas y te apalanques adiós, se ha acabado”.

“- ...Yo veo la profesión como escalones que tienes que pasar por distintas fases ¿no? Como decían que para ser padre tienes que comer huevos o algo así, no sé no me acuerdo. Que primero tienes que ser sustituto, tienes que ir [...] a todos los sitios [...] luego te van a dar los contratos peores [...] y yo eso lo veo como algo que tienes que hacer [...] lo que pasa es que llega un momento en que ya tienes que dar el salto de calidad ¿no? Yo no digo que no haya que pasar lo que yo digo es que no hay que mantenerse ahí”.



Las metas externas son muy importantes en las trayectorias de los participantes. Entre ellas, destacan la investigación, contribuir a que se imparta una asignatura de Medicina de Familia en la universidad, y la estabilidad laboral y económica como requisito para compaginar su vida laboral y profesional. Uno de ellos nombra como meta mantener la ilusión y la motivación por su trabajo.



“- ...Sí sería un logro contribuir a que esa asignatura se impartiera porque yo me he enterado de gran parte de las cosas que

hacemos en primaria cuando ya he estado en primaria [...] yo no sabía lo que iba a hacer en mi trabajo diario y eso debería saberse en la facultad, cuando estás estudiando”.

“- ...Yo creo que para mí sería el que cuando me levantara no me costara trabajo ir a trabajar, que no me tire atrás. Que no llegue un momento que diga: ‘joder, lo de tener que ir a trabajar’ porque ya no me guste, porque hayan pasado cosas, o porque esté en una situación que me tire abajo”.



Ningún participante realizaría cambios en sus trayectorias y en general, están satisfechos y motivados con su desarrollo profesional y con su especialidad médica. Un médico se traslada a otra comunidad autónoma donde ha obtenido plaza fija.

Por otra parte, entre sus referentes profesionales tres médicos señalan a sus tutores, dos de ellos incluyen también a algunos compañeros de trabajo y solo uno menciona a su padre, que también es médico. Por el contrario, hay un participante que no tiene ningún referente profesional.

Grupo 4 médicos

En general, los médicos del grupo planifican de forma consciente sus metas profesionales y se proponen avanzar en su profesión. Entre las metas que se plantean destacan: mantener la motivación y la ilusión para formarse, adquirir nuevas habilidades técnicas, conseguir plaza propia y estabilidad laboral, realizar un doctorado, y el reconocimiento de su especialidad médica por parte de pacientes y otras especialidades. Asimismo, se proponen metas a corto plazo

relacionadas con lograr un buen clima laboral y motivar a sus pares para acreditar el centro de salud o realizar actividades de formación continuada.



“- ...Lo que uno va buscando, pues el tema de tu carrera, tu especialidad, sacar tu plaza en propiedad, una estabilidad”.

“- Para mí, el ser capaz de que cuando pasen los años siga teniendo la misma intensidad, las mismas ganas de seguir.

- Esa meta la comparto yo.

- Esa motivación...”.

“- Pero además yo pienso que si dejas de tener metas dejas de estar en la profesión pues siempre hay algo por hacer”.



Dos participantes consideran que sus metas son dinámicas y cambiantes. Uno explica que los cambios se deben a la amplitud de la profesión y a su alta motivación por formarse y ser útil. Por el contrario, para el otro médico los cambios se relacionan con factores externos e internos.

Al hablar de los posibles cambios que realizarían en su vida profesional los participantes comienzan diciendo que no cambiarían nada. Posteriormente, uno comenta que estaría más atento a la bolsa de empleo. Otro que no hubiese trabajado en urgencias, ya que era un trabajo que no le generaba satisfacción, pero que al tener una familia que mantener económicamente, debía “aguantar”. También otro participante comenta que le hubiese gustado haber hecho alguna rotación fuera de Andalucía pero que “por circunstancias familiares ya me he asentado aquí, ya está”.

La meta de trabajar un tiempo fuera de Andalucía o de hacer ayuda humanitaria en otro país es apoyada por el resto de médicos ya que les parece

que les daría “otro punto de vista”, “te cambiaría el chip cuando vuelvas aquí [...] tiene que ser un cambio absoluto”, o porque creen que “todos deberíamos hacer un poco de ayuda humanitaria fuera y pasar un poco de fatiga”. Entre los obstáculos que les impiden realizar esta meta se encuentran las obligaciones familiares para dos médicos que conviven en pareja uno con hijos/as y otro sin; y los obstáculos administrativos para otro médico que vive solo.

Por último, en relación a sus referentes un médico destaca la figura de su tutor y la de su madre, mientras que para otro sus referentes son un amigo y su padre, también médicos. Por el contrario, el resto no tiene ninguna figura de referencia.

Grupos médicas y médicos de mediana edad

Grupo 1 médicas

La mayoría de las participantes tienen trayectorias profesionales no planificadas, con pocas metas puntuales de las cuales subrayan el gran esfuerzo personal que les ha supuesto alcanzarlas. Entre sus metas se encuentran: trabajar cerca de casa, realizar la tesis doctoral o sacarse las oposiciones. En sus trayectorias también se incorporan otras metas profesionales que, si bien no fueron planificadas por las participantes, han prosperado por el contexto y la motivación recibida de sus pares. La acreditación profesional, la formación o la investigación son algunas de estas metas.



“- ...Lo único que me planteé así en mi vida fue 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”.

“- ...Yo me planteaba tener mi doctorado y hacer mi tesis [...] que para mí eso fue un esfuerzo y yo quería conseguir tener mi tesis doctoral y mi doctorado y lo conseguí [...] Eso para mí fue una barbaridad y un gran esfuerzo”.

“- Y yo creo que muchas veces cuando estamos trabajando no nos planteamos como metas ni aspiraciones pero vas desarrollando cosas a lo largo del tiempo conforme van surgiendo ¿no? Pues te vas relacionando en un equipo que a lo mejor hace más investigación y te vas implicando”.



Destaca que para el grupo la satisfacción personal con su carrera es muy importante y define, de alguna manera, toda su trayectoria profesional. En general, todas están muy satisfechas con la especialidad médica ya que les ha permitido enriquecerse como personas, aprender y conocer diversos modos y equipos de trabajo.

Por el contrario, la trayectoria profesional de una participante está más orientada a su carrera. De hecho, ella sí planifica de forma consciente sus metas profesionales considera muy importante la motivación y el esfuerzo personal.



“- ...Yo digo como yo funciona, yo me marco, yo tengo unos objetivos y unas aspiraciones profesionales, que no sé porque las tengo dentro, y es que tengo que llegar [...] entonces pienso que he ido creciendo cada vez más en mi profesión [...] y ahora mismo tengo unos objetivos profesionales que nunca llegaré porque son muy altos y me envuelve en mi trabajo y en mi vida cotidiana”.



Algunas participantes tienen como referentes profesionales a tutores, pares, directores de tesis o directores de centros de salud. De sus referentes, agradecen la ayuda y la confianza recibida, y admiran su capacitación profesional, el trato humano y su capacidad para cumplir con múltiples responsabilidades. Tres participantes mencionan a sus maridos porque fueron de gran apoyo en sus carreras y les inculcaron la importancia de la tenacidad y la dedicación al trabajo. Otra participante comenta que su referente es ella misma porque admira el gran esfuerzo que ha realizado a lo largo de su carrera profesional. Por el contrario, otras médicas no tienen ningún referente profesional.

Grupo 2 médicas

En sus recorridos profesionales destacan escasas metas externas y explicitan no tener muchas aspiraciones en su profesión. Una de ellas comenta que se ha esforzado mucho, que ha superado desigualdades de género, pero que actualmente está decepcionada y desea retirarse de la profesión.



“- Yo mis metas siguen siendo las mismas [...] ¿Qué dependa de mí? Hombre, estudiar un poquito más. Pero es que tengo ganas de pingonear también. [Risas] Yo creo que tengo que hacer mitad y mitad”.

“- Si me jubilasen ahora mismo a los sesenta, firmaba ahora mismo, pero ahora mismo, sin ninguna pena. Y mira que quise ser médico cuando no había médicos [...] Me costó más trabajo, en el instituto éramos siete niñas en ciencias y los demás niños. En el hospital fui la primera mujer que llegó al hospital, pero ahora mismo, la sanidad para ellos, que se les coman los políticos”.



La prioridad otorgada a la vida familiar y personal y a la propia satisfacción caracteriza las trayectorias profesionales de las participantes.



“...Siempre he tenido muy claro que primero era mi familia y después ya trabajaría yo y no me arrepiento, no hubiera hecho nunca al revés”.



Destacan a algunos pares como referentes profesionales de quienes recibieron ayuda. Una nombra a su tutor, otra participante a su madre, y otra a su abuelo como referentes importantes.

Grupo 3 médicos

Al relatar sus recorridos profesionales el grupo describe trayectorias lineales, evolutivas, en donde la planificación y la motivación personal fueron elementos fundamentales en sus profesiones.



“...Y sí recuerdo que yo he ido pasando por unas metas y prácticamente, me propuse dar clases en la facultad y lo conseguí. Me propuse dar clase en una escuela de enfermería y lo conseguí. Me propuse ser ‘el manda más’ de una comunidad autónoma y lo llegué a ser. Después volví a querer ser soldado raso y he vuelto a ser soldado raso. Me vengo a referir, que uno, si te lo propones, puedes ser director [...] digo uno puede llegar a donde sea y adonde uno quiera [...] las metas uno se las va imponiendo”.



Todos los participantes tienen metas profesionales relacionadas con diversas etapas de sus vidas. En cuanto a las metas que en un futuro les gustaría

alcanzar se encuentran la acreditación profesional, formarse, investigar, recuperar el prestigio de la medicina, disponer de más tiempo y recursos, y obtener mayor reconocimiento social y de la empresa.



“- Yo recién acabado, como no sabía nada, pues yo lo que quería era aprender, y aprender lo más posible aunque luego uno nunca llega a alcanzar las metas que pone y después pues están las otras. Aspiraciones que son tan legítimas como conseguir una plaza, cuanto más cómoda mejor, lo mejor retribuida posible pero es cuestión que cada época te va marcando una meta distinta, creo”.

“- ...Mi historia se parece mucho a la que contáis vosotros de ser médico en sitios y tal. Entonces bueno, las metas han sido también muy similares, han ido cambiando y son similares a las que habéis expuesto vosotros, pero hay una que sí que ha marcado también mi forma de trabajar. Ha sido la de aprender a trabajar en equipo [...] yo creo que eso ha marcado también un antes y un después en mi forma de trabajar aparte de la estabilidad laboral que ya habéis comentado y de los medios económicos”.



En cuanto a la posibilidad de realizar cambios en sus trayectorias profesionales, la mayoría dice que no cambiaría nada. Solo tres participantes sí lo harían. Uno dice que no volvería a ser médico de familia, otro que se hubiera formado más y que aprendería a decir que no, y otro que escucharía más las demandas de otras personas.



“- Si empezara a ejercer la profesión cambiaría de profesión, sinceramente [...] Hoy por hoy, visto los cambios, y las apretaduras para ganar lo que ganas, pues sinceramente cambiaría de profesión”.

“...Me gustaría haber aprendido a decir que no, y eso te lleva, te implica un sufrir, porque desde luego te vas a llevar disgustos por haber dicho que sí. Me hubiera formado más [...] volvería a ser médico, pero no me plantearía otras carreras, no me plantearía otras carreras”.



Es interesante destacar que al formular esta última pregunta algunos participantes reflexionan sobre su trayectoria profesional y debaten la importancia de que sus hijos elijan, al igual que ellos, ser médicos.



“ Pero es que hay un comentario, no sé si, por o menos a mí ni me hace gracia cuando estás hablando con otro médico y te dice ‘¿y tu hijo qué hace? pues estudia medicina [tos] y ¿cómo has estado para dejarlo hacer medicina?’ Y digo: ‘oye pues a mí no me ha ido mal en la vida como para renegar de eso’. Y es una cosa muy común. No sé si a vosotros os pasa”.

“...Me siento un poco frustrado en el sentido de que tengo tres hijos, dos ya universitarios y ninguno se inclina por la medicina, y yo disfruto mucho la medicina y ellos quizá no lo perciben así”.



Algunos participantes tienen como referentes profesionales a reconocidos médicos. Otros no tienen ningún referente profesional. Solo dos médicos tienen como referentes a pares.

Grupo 4 médicos

Los participantes perciben sus trayectorias profesionales como recorridos lineales, evolutivos, y destacan la motivación interna como un aspecto fundamental. El grupo planifica de forma consciente sus metas profesionales.



“- Yo creo que cambias continuamente, cuando empiezas a trabajar es que quieres trabajar, luego que quieres una plaza en propiedad. Yo creo que es va evolucionando con los años y si consigues el objetivo que te has puesto delante, si no pues sigues con él”.

“- ...Yo desde que accedí a hacerme médico de familia yo no he perdido ninguna de mis ilusiones y además yo no soy un hombre quemado, yo cada vez acometo tareas con más entusiasmo y descubro que a lo largo de los años yo no he hecho más que crecer”.



Entre sus metas profesionales un participante se propone mantener la ilusión por su profesión y otro dedicar más tiempo a su familia porque considera que en su vida profesional ha priorizado su trayectoria profesional.



“- Que el último día que ejerza, si es que algún día se deja de ser médico, que siga con la misma ilusión que ahora”.



Asimismo, expresan tener diversas metas externas tales como la acreditación profesional, investigar, contribuir a que la medicina de familia se incorpore en la formación universitaria o realizar algún tipo de voluntariado sanitario.



“- Yo me descubro ahora mismo como un chiquillo [risas] digo un chiquillo porque incluso el tema de la acreditación no solo ha sido el ejercicio de decir a ver. Me comparo con la evidencia, el listado de evidencias que me piden ¿y yo donde quedo? En aquellas que de

alguna manera veo que no, que no las cumplo, me he puesto a hacerlas. Vamos, a trabajar sobre ellas. Y eso es una iniciativa nueva”.



En diversas ocasiones el grupo debate sobre la jubilación y los cambios relacionados con su identidad profesional. Un participante dice que quiere jubilarse para dedicarse a su familia. Por el contrario, otro desearía seguir trabajando como médico de familia luego de jubilarse.



“- Vamos yo es que a mí montarme en un autobús del IMSERSO e irme a Benidorm no me seduce en absoluto, vamos en absoluto, vamos y dejar a un lado, es decir yo hoy soy aquí médico y mañana dejo de serlo ¡Yo no he dedicado cuarenta años de mi vida a ser una cosa que dejo de serlo de un día para otro!.

-Eso es un tránsito que muchos compañeros han sufrido y no sabemos cómo nos va a afectar a nosotros ¿no?”.

“-... Yo sigo pensando que yo sí quiero jubilarme a los sesenta y cinco porque mi familia me necesita, porque creo que le he dedicado a mi profesión a lo mejor más de lo que le he dedicado a mi familia.”

“- ...Yo estas cosas las digo y mi mujer me pega ¿no? Cuando dicen, cuando digo que yo no me quiero jubilar a los sesenta y cinco, me gustaría incluso prolongar más allá, lógicamente no con las cargas de trabajo en el formato que ahora mismo estamos [...] pero si me gustaría no desvincularme. Incluso sería perjudicial para el sistema prescindir de gente, de nosotros que somos profesionales altamente cualificados”.



Los participantes se muestran satisfechos con sus trayectorias profesionales y no realizarían ningún cambio en su vida profesional.



“- Y yo sigo pensando que, al margen de lo que nos esperan todavía muchos cambios, sumarnos al cambio es lo único que quiero. Y cambiar iyo no hubiera cambiado nada! porque hemos hecho este camino y a lo mejor en otras circunstancias lo hubiéramos hecho de otra manera pero yo creo que somos agentes de nuestros propios caminos y de nuestras propias historias”.



Exceptuando un médico, el resto del grupo no tiene referentes profesionales.

Grupos con cargos de dirección de centro de salud

Grupo 1 directoras

Las participantes relatan detalladamente sus trayectorias profesionales enfatizando sus metas, sus decisiones, esfuerzos personales realizados y los obstáculos superados. Sus trayectorias se caracterizan por la planificación circunstancial de alguna meta concreta, por ejemplo terminar su carrera profesional, ser especialistas, obtener plaza propia y trabajar cerca de su domicilio. Todas destacan la importancia del apoyo externo para alcanzar sus metas, principalmente de pares; y algunas también consideran trascendental la motivación interna y el esfuerzo personal.



“- Fundamentalmente todo basado en la propiedad de la plaza, para mí ha sido fundamental. Todo el trayecto de mi vida profesional ha ido encaminado a eso [...] ha sido orientado siempre a sacar la plaza en propiedad”.

“- Bueno al principio me daban sustituciones de un día y mi meta era que me diesen una semana o quince días de sustitución. Y me ponía hacer cursos para tener curriculum, luego pues mi objetivo era tener una interinidad [...] después ya con la interinidad era estable”.

“- ...Pero como sé que es difícil y no lo vamos a conseguir, pues entonces pasitos cortos, mi meta es ir subiendo, escalando puestos, ¿no?”.



Entre sus metas futuras dos mencionan mejorar los indicadores asistenciales de sus centros de salud y destacan los obstáculos externos para lograr dicha meta. También desean investigar y para ello consideran fundamental el apoyo de sus pares. Una participante tiene como metas el buen funcionamiento de su equipo, la realización de actividades de salud comunitaria y estar satisfecha.



“- ...Esa es mi ilusión, porque poder conseguir dejar la zona como yo quiero. Para mí, personalmente, esa es mi meta y conseguirlo [...] Nada más. Seguir con la investigación ahora mismo, bueno mi capricho es la investigación”.

“- Mi meta es seguir progresando, aprendiendo, estudiando, la investigación la tengo un poco abandonada, pero va a ser muy difícil en mi centro, igual me pongo en contacto contigo [risas]”.

“- Que la población esté bien atendida y que ellos estén contentos y que el centro yo vea que tiene una dinámica de grupo, que funcione, que si además tenemos buenos indicadores de prescripción, pues divinamente, pero para mí eso no es el objetivo principal. Por eso te digo que cuando voy al distrito lo único que me preguntan es por los objetivos, presupuesto, objetivos, capítulo uno. Yo me pierdo [...] Y casi nadie me pregunta: ‘oye, ¿y

cómo van los indicadores de vacuna? O ¿cómo te has reunido con esta gente?’. Eso me decepciona a mi un poco”.



En sus trayectorias profesionales todas las participantes priorizaron entre su vida familiar y su desarrollo profesional. Lo consideran un obstáculo provocado por las desigualdades de género y el mandato de cuidado.



“- ...Luego me casé, con lo cual eso hizo como que te frenes un poco ¿no? Una vez que te casas, pues ya tienes que plantearte cómo ¿qué quiero? ¿Familia o seguir avanzando, no? Pues yo quería familia, y como quería familia pues [...]”.

“- Mi plan familiar de ser mujer madre, sí me impide. Si yo fuese hombre hubiese llegado mucho más. Hubiese dado más, o sea hubiese dedicado muchísimo más tiempo de lo que ahora dedico yo personalmente”.



Para el grupo ocupar un cargo de gestión es un logro profesional pero comentan que no se encuentran satisfechas y, que en general, no les gusta ser directoras. Su insatisfacción se debe a la sobrecarga de trabajo, a sus esfuerzos para superar obstáculos, la soledad del cargo, y la falta de reconocimiento y de apoyo de sus superiores, que solo es recibida cuando cumplen los objetivos asistenciales.



“- Claro, también tienes más trabajo. Es que cuando uno va a la dirección pues cree que puede hacer algo ¿no? Y con esa ilusión lo haces ¿no? Pero luego te das cuenta que está todo muy limitado. Entonces, hombre, dentro siempre lo que estás haciendo, pues algo es. Si consigues como ella dice, un buen equipo, pues algo es ¿no? si consigues que la gente esté contenta, algo es. Lo que pasa

es que hay insatisfechos. Yo estoy contenta en este aspecto porque la gente me apoya, los veo además todos los días y algunos compañeros bastante. Pero te sientes insatisfecha porque luego resulta que ves los números ¿no? Como dices, oh, pero no hemos llegado [risas] entonces tanto trabajas y encima, pues no llegas ¡pues por eso estás insatisfecha!”.

“- De todas formas cuando llegas a eso, yo no sé vosotras, pero yo me encontré muy sola, yo decía: ¡dios! Yo me encontré en medio de dos grupos que me pedías cosas y yo no sabía cómo hacerlas ni cómo responder [...] y tú ahí en el medio con poco apoyo, porque claro al principio. Y yo, esta soledad la sentí durante los primeros meses. Ahora ya menos pero al principio decía: ‘es imposible que pueda sobrevivir de esta forma’. Ya sí, ya te vas uniendo a determinadas personas del grupo que más o menos quieren colaborar”.



Todas las participantes se presentaron para ocupar el cargo y piensan que ha sido fundamental el apoyo del equipo y del distrito. Para algunas ser directoras les permite trabajar cerca de casa, para otra implica ser un ejemplo para el resto del equipo, y para otra el cargo le permite modificar algunos aspectos.



“- ...Más que nada por el apoyo de los compañeros también que era lo que me parecía bien. Si no me hubiera parecido bien por supuesto que no, que no me presento, pero ya te anima la gente, te quedas un poco así. Dices, bueno. Y también porque tengo la posibilidad de quedarme, que es una plaza muy buena [...] pero sobretodo porque estaba a gusto, y ellos estaban de acuerdo vamos, si tu ves que la gente te apoya es que eres incapaz de decir que no. Cuesta trabajo”.



En cuanto a sus referentes profesionales una menciona a un compañero y a su padre, y otra a su marido. El resto del grupo no tiene referentes. Sobre los cambios profesionales una de ellas indica que no cambiaría nada en su desarrollo profesional, otra señala que hubiese realizado antes la especialidad y dos comentan que cambiarían de especialidad médica.

Grupo 2 directoras

Algunas participantes perciben sus trayectorias como el resultado personal de alcanzar diversas metas profesionales propuestas de forma consciente. Por el contrario, otras dicen que no planificaron sus metas y que se dejaron llevar por propuestas ajenas. Todas están satisfechas con sus recorridos profesionales.



“- Claro, totalmente vamos. Yo [risas] desde que terminamos con tu oposición, con la tesis para coger puntos, la plaza en propiedad, es que es todo, eso mismo que nuestro trabajo continuamente desde que terminas la carrera y haces el MIR ¿no? [...] continuamente te estás planteando metas ¿no? Y que además te van, te van cambiando cuando las vas consiguiendo. Bueno yo creo que casi todas las que estamos aquí pues las hemos ido consiguiendo pues te va dando satisfacciones”.

“- ...Encontrarme lo que me voy encontrando por ahí ¿eh? Yo no voy planteándome grandes cosas nunca. Yo jamás en mi vida, a mí hace un año y pico si a mí me dicen: ‘tú vas a coger la dirección’, ¿yo?”.



En la actualidad, las participantes tienen metas internas y no se plantean alcanzar ninguna meta externa. Hablan de la importancia de estar bien, de la

satisfacción y de mantener un buen ambiente en el equipo del centro de salud que dirigen.



“- ...Pero esa es mi meta o mi ilusión, es que estemos bien y que trabajamos bien. Y ya está con eso yo me doy por satisfecha vaya. Pero quiero estar bien”.



En relación a los cambios en su trayectoria profesional algunas participantes hablan de cambios personales que modificaron algunas de sus metas profesionales. Otra dice que, al comenzar su carrera profesional, le hubiese gustado irse de España y trabajar en otro país ya que siente que aquí su profesión y su especialidad no tienen prestigio. Las participantes debaten sobre la falta de prestigio de la medicina de familia en relación con otras especialidades médicas y con sus pacientes.



“- ...Metas sí, yo han ido cambiando en mi vida dependiendo de muchas cosas y de lo que más ha dependido ha sido de lo que he aprendido con los pacientes”.

“- Yo sería médico de familia, volvería a ser médico de familia y no sé qué cambiaría pues”.

“- Yo tampoco me cambio, pero te digo una cosa el reconocimiento para mí es de mis pacientes. Y te aseguro que mis pacientes pueden ir a veinte especialistas pero al final vienen a mi consulta a preguntarme a mí a ver que es lo que hacen y con eso, para mí, es suficiente”.



Todas las participantes accedieron al cargo de forma accidental, ninguna de ellas se había propuesto ser directora y para todas supone un sobreesfuerzo

añadido. Consideran que el cargo no les otorga ningún prestigio como profesionales pero sí les permite crear y mantener un modelo de gestión diferente. Una comenta que ser directora es una suerte, que disfruta de tener a hombres a su cargo, y que, además, obtiene beneficios personales.



“- ...Yo estoy con el tema de la dirección sin saber qué hago aquí. Muchas veces me lo pregunto y me lo preguntan pero [risas] yo creo que como una cosa absurda ¿eh? Lo reconozco, pero como coraje de cómo han ido jodiendo todo nuestro trabajo la administración y entonces como que me parece que todavía tengo un margen mínimo pero un margen de seguir haciendo las cosas que yo quiero”.

“- ...Para mí ahora mismo el hecho de estar donde estoy es un beneficio mío, es un logro mío porque a mí lo que me reporta, aunque me reporta muchos quebraderos de cabeza, me aporta unos beneficios personales que si no estuviera ahí no los tendría”.



En relación a los referentes profesionales solo dos directoras tienen a otras compañeras como referentes. El resto no tiene referentes. Una participante explica que no tiene referentes profesionales porque nadie puede ser bueno en todos los ámbitos e integrarlo todo.

Grupo 3 directores

Para los participantes sus trayectorias se modificaron de forma evolutiva, lineal, vinculadas al transcurso del tiempo. Se caracterizan por la planificación circunstancial de metas externas relacionadas con la investigación, la docencia o

la acreditación profesional. Solo uno tiene como meta la satisfacción con su trabajo.



“- Hombre yo me siento afortunado, creo que mi trayectoria profesional es envidiable ¿no? Por lo menos para mí, es decir, me siento totalmente satisfecho de cómo ha sido”.

“- ...Yo nunca me he planteado la estabilidad profesional, ha ido viniendo con el devenir de la profesión pero yo precisamente estaba de interino cuando me llamaron para ser director de distrito, con lo cual yo es que casi llevo el mismo tiempo de dirección que de profesional [...] sí es verdad que los cursos de la unidad docente me llamaba la atención todo lo que era gestión ¿no?”.



La pregunta sobre los posibles cambios que realizarían en sus trayectorias profesionales produjo incomodidad entre los participantes. Uno hubiera sido más reflexivo y menos impulsivo en la toma de decisiones profesionales y otro comenta que hubiese realizado antes la especialidad de Medicina de Familia.

Los integrantes del grupo se muestran muy satisfechos con ocupar el cargo de directores. Todos fueron asignados por el distrito y ninguno manifiesta haber planificado ser director. Con anterioridad, dos de ellos ocuparon el cargo de directores de distrito sanitario.



“- Bueno si yo tuviera que decir una frase es nunca lo busqué, siempre me llamaron, porque yo creo que la dirección es de las cosas que nunca me he planteado”.



Ser director es atractivo, les plantea nuevos retos, aprendizajes, y principalmente porque les reporta múltiples beneficios personales como estabilidad laboral, cercanía al domicilio, tomar decisiones, marcar una determinada línea de trabajo, controlar la organización de horarios laborales y estar informados de forma directa de las nuevas directrices del distrito. Además el cargo les permite percibir de forma directa el reconocimiento y el apoyo de sus superiores. Consideran que ser directores implica un compromiso con la administración sanitaria y debaten sobre la escasa motivación del resto de profesionales para ocupar un cargo de gestión a pesar de que los beneficios que implica el cargo y del reconocimiento económico y profesional de la administración.



“- ...Me ofrecieron la dirección [...] entonces bueno, dije que sí primero porque me atraía y si dijera lo contrario mentiría y segundo porque me acercaba a mi casa veinte kilómetros y me daba cierta estabilidad laboral, es decir tenía tres patas atractivas para mí”.

“- ...Para mí el mayor beneficio es que soy capaz, dentro del límite de lo que estamos hablando que es director de un centro de salud, de poder hacer determinados cambios o de poder dirigir las cosas en el sentido que tú crees que es el más positivo, que puedo estar equivocado pero al menos tengo la posibilidad de marcar una línea de trabajo que por ahora parece que no es demasiado equivocada”.

“- Yo es la satisfacción que entraña en sí misma la toma de decisiones ¿no? Es decir en general esa frase manida de si tú no decides, alguien decide por ti [...] prefiero ser yo justo con los demás y eliminar el riesgo de que alguien sea injusto conmigo”.

“- Ser cotilla, a mí me encanta enterarme de las cosas de primera mano [...] Entonces yo tengo ese afán, es decir, a mí me da mucho coraje que las cosas me las cuenten de tercer o segunda mano, entonces a mí mi puesto me permite enterarte de casi todo, no me refiero al centro sino en general, en general el funcionamiento del sistema del Servicio Andaluz de Salud y todo lo demás, de una forma mucho más directa [...] y por otro lado ya te digo yo la satisfacción principal que me da la dirección del centro es que me permite organizar horarios y tal para mi propia utilidad [...] me permite que si tengo algún problema con mis niños pues me pueda organizar mejor mi vida posterior”.



En cuanto a sus referentes profesionales solo un director menciona que tiene varios referentes y destaca a una compañera de quien admira su capacidad de escucha. El resto del grupo no tiene referentes profesionales.

Grupo 4 directores

El grupo no planifica de forma consciente alcanzar metas profesionales. Un factor decisivo en sus trayectorias profesionales son las expectativas y las motivaciones personales. Sin embargo sus metas, y su desarrollo profesional en general, están limitadas por sus responsabilidades familiares y por diversas dificultades derivadas de la Administración Sanitaria.



“- Yo no tenía metas distintas cuando empecé [...] son las mismas [...] lo que sí es diferente, y ha cambiado, es que para conseguir esas metas cada vez lo tenemos más complicado mismas [...] Tampoco yo nunca me he planteado unas metas de desarrollo profesional ambicioso [...] no sé [...] yo me he planteado ser médico y es lo que soy”.

“- ...Cuando uno es un poco más joven, tienes más inquietudes, para aprender para hacer las cosas bien [...] porque eres una esponja, estás bebiendo todo, aprendiendo técnicas, aprendiendo cosas ¿no? [...] y todo eso te crea unas expectativas...y luego con el tiempo pues es verdad [...] por la edad, por las circunstancias familiares, porque te va dando pereza [...] y te vas volviendo más cómodo”.

“- ...Yo tenía otras ideas en un principio y la verdad es que la vida, tu familia, tus responsabilidades [...] no sé, te atan un poco, te bloquean [...] y al final te hacen que no cumplas a lo mejor esas expectativas que tenías ¿no? [...] tenía otras expectativas de hacer, de cumplir otros logros en la medicina y no lo he hecho porque me ha bloqueado el crearme una serie de ataduras, que al final son ataduras pues materiales ¿no? Y eso y te obliga a tener que tener un sueldo todos los meses, porque tienes que pagar tu hipoteca, porque tus hijas tienen que ir a la universidad [...] En fin y eso a mí por lo menos me ha bloqueado un poco, a lo mejor, a la hora de cumplir otras expectativas que yo tenía ¿no?”.



En cuanto a la posibilidad de realizar cambios en sus trayectorias profesionales los participantes responden de manera dispar. Uno comenta que, a pesar de las dificultades, no realizaría ningún cambio y otro que no volvería a ser médico.



“- ...Si lo analizas mucho, ser médico en este país es lo peor y lo más sacrificado [...] porque lo digo muy fácil: son doce años, cobras poco, tienes por medio diez mil pruebas para llegar a tener un puesto de trabajo fijo [...] Pero yo sería médico y volvería a ser médico [...] pues [...] tengo poca imaginación, y yo creo que hubiese hecho lo mismo”.

“- Bueno, yo para ser sincero [...] si tuviera que volver a empezar, yo no sería médico [...] la verdad [...] hasta ahora con las experiencias que tengo no volvería a serlo [...] me dedicaría a

otras cosas que creo ahora mismo que me iban a producir mayor satisfacción que la medicina”.



Para el grupo ocupar un cargo de gestión es en general satisfactorio. Todos fueron designados y apoyados por su equipo. A pesar de los obstáculos externos derivados de la Administración Sanitaria los participantes se sienten respaldados por su equipo y además uno de ellos también por del director del distrito sanitario. Dos consideran que ser directores les da cierta autonomía, además implica estar en el medio, entre el distrito y el resto del equipo, posición desde la cual pueden observar realidades diferentes. Este punto de vista les permite mejorar el tipo de atención sanitaria que se presta a usuarios o el clima organizacional.



“- ...Cometí la inconsciencia enorme de asumir el cargo. Inconsciencia enorme, porque te metes en una dinámica que me pregunto ‘¿cómo sigo siendo director?’ Y lo soy. Y si quieres irte, pues con plantear: ‘mira me voy’ lo puedes hacer y no lo he hecho, o sea que algo me tiene que apasionar también del tema. Yo creo que sí tienes la capacidad de poder intentar, como decía Gonzalo antes, de mejorar algún aspecto cercano que tú tengas en tus manos o esa satisfacción que consigues si intentas cubrir una serie de objetivos o conseguir una serie de logros; pues yo creo que sí, que eso va haciendo una especie de feedback que te va metiendo en esta dinámica”.

“- ...Entonces una cosa es lo que se les está vendiendo realmente a los usuarios y otra realmente es lo que se le está dando y en medio estamos nosotros, creo yo. Vamos, tampoco es que quiera yo ponerme de que somos ahí los que estamos salvando el sistema, ni muchos menos [...] pero que sí tenemos la capacidad de ver las dos cosas, lo que se ofrece y realmente lo que hay. Y en

ese sentido no me importaría trabajar en eso para intentar verdaderamente modificar esa aptitud”.

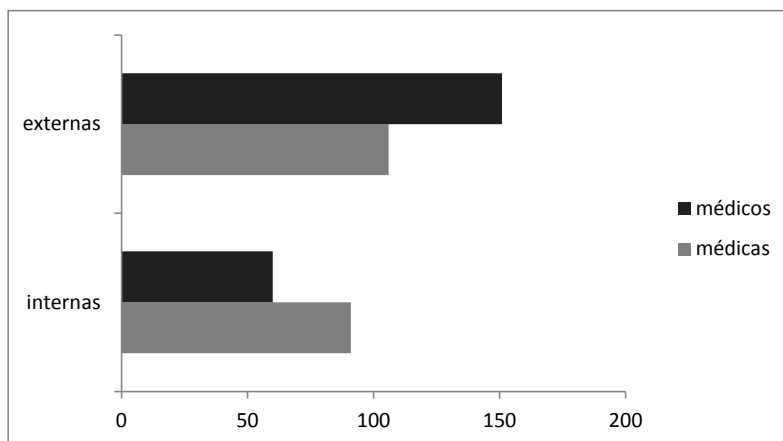


En relación a los referentes profesionales, un director menciona a su tutor como referente y para otro es un director de distrito. Otro participante dice que no tiene ningún referente en el ámbito profesional pero sí en el personal y menciona a su pareja sentimental.

En resumen, la planificación de las metas profesionales puede ser consciente, circunstancial o puede no estar presente. Los grupos de médicas se caracterizan por no planificar sus metas y, cuando lo hacen, la planificación es circunstancial. Por el contrario, los grupos de médicos planifican de forma consciente sus metas profesionales, excepto los directores quienes no planifican sus metas profesionales o lo hacen de forma circunstancial.

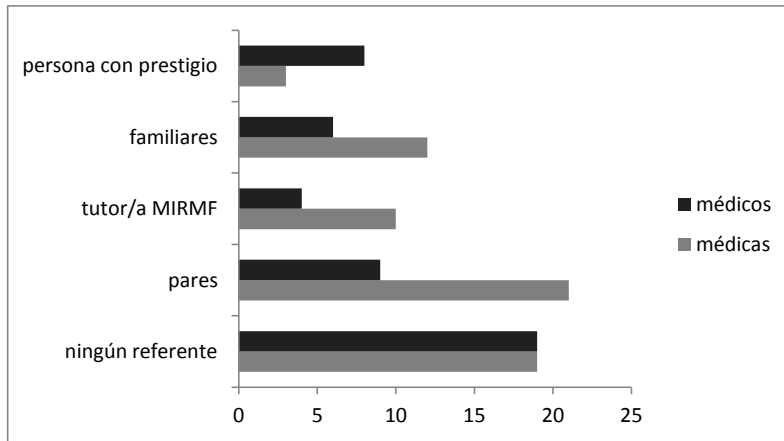
Por otra parte, las metas profesionales pueden dirigirse a la consecución de objetivos vinculados al ámbito profesional y público, o bien pueden orientarse hacia objetivos personales, intrínsecos, protagonizados y evaluados por la propia persona (Gráfico 5). Las metas profesionales más mencionadas en todos los grupos son realizar actividades formativas y/o de investigación, cumplir los objetivos asistenciales, obtener la plaza en propiedad y la acreditación profesional. Estas metas son más importantes para los médicos de mediana edad. Entre las médicas, ser especialista MIRMF se relaciona con tener más metas orientadas a la carrera. Las metas internas relacionadas con su propia satisfacción y sin trascendencia en el ámbito público son fundamentales para las médicas de todos los grupos.

Gráfico 5. Frecuencia de aparición en los relatos de las categorías de orientación de metas profesionales



La influencia de figuras referentes es poco relevante, más de la mitad de médicas y de médicos no tiene ningún referente en su vida profesional. Sin embargo, entre las figuras referentes nombradas existen diferencias. Para todas las médicas las figuras más importantes son tutores/as MIRMF, es decir tutores formales designados por el programa de la especialidad médica. Por otra parte, las médicas de mediana edad destacan la influencia de figuras informales, como sus pares, y de referentes procedentes del ámbito familiar como progenitores o parejas sentimentales. Entre los médicos, son los jóvenes quienes tienen más referentes y destacan a sus familiares y tutores/as MIRMF. Las personas con prestigio profesional son referentes importantes para los médicos de mediana edad (gráfico 6).

Gráfico 6. Número de casos codificados con referentes



7. Los discursos de las médicas sobre el desarrollo profesional

En este capítulo presentamos los resultados del análisis crítico del discurso de los grupos realizados con las médicas y la discusión de los mismos. Realizamos un análisis transversal de sus relatos estudiando la diversidad y profundizando en las diferencias y similitudes entre los diversos perfiles de médicas. Privilegiamos el punto de vista de las médicas para analizar su discurso y sus experiencias sobre su desarrollo profesional emitidos en un contexto social y desde una posición social concreta. Con nuestro análisis pretendemos develar las experiencias y los significados que las médicas otorgan al logro profesional, y los obstáculos y facilitadores, tanto los de origen externo como los internos, que interactúan en la consecución de sus logros. Asimismo, estudiamos sus experiencias con el poder y con el reconocimiento de la autoridad. Por último, analizamos sus trayectorias profesionales, sus metas, la existencia o no de figuras referentes y de planificación profesional.

7.1. Significados de logro profesional

En los relatos de las médicas de todos los grupos hay unánime coincidencia en definir el logro como experiencia personal de satisfacción. Lo vinculan a sentimientos de felicidad, tranquilidad, alegría, ilusión, utilidad y disfrute por el trabajo que identifican como una experiencia privada e independiente de los parámetros externos y que se relaciona con el placer y con la satisfacción por el trabajo bien hecho. Una médica de mediana edad lo describe de este modo: “A

mí, ha habido logros que no me han producido satisfacción [...] es decir [...] yo ya he conseguido casi todo lo que se puede escalar dentro de lo que es mi profesión y ¡para mí eso no supone un logro!, el logro para mí era estar satisfecha con mi trabajo en el día a día". Otros estudios realizados en diversos ámbitos y países también señalan que las mujeres definen sus éxitos como una experiencia privada e interpretada como satisfacción (Markus 1990; Coria 1993, p. 37-61; Sturges 1999; Dyke y Murphy 2006; Kalet et al. 2006). Priorizar el bienestar personal se relaciona con la transformación del concepto de poder y de éxito que realizan las mujeres que recalca, por un lado, la imposibilidad de separar lo personal y lo público, y por otro, postular el placer como eje central para la vida, aspecto restringido para las mujeres en las sociedades patriarcales (Hierro 2003, p. 136). La búsqueda del placer también resalta la capacidad de agencia de las mujeres ya que postula al deseo como una actividad transformadora de las normas de género (Butler 2006, p. 23).

La privacidad del logro es destacada por las médicas de mediana edad quienes utilizan adjetivos tales como "*domésticos*", "*caserillos*", "*de andar por casa*". Las médicas describen sus logros como "*pequeños*", "*sencillos*", "*simples*", "*exitillos*", "*logrillos*", adjetivos que expresan el escaso valor que le atribuyen y el poco reconocimiento que reciben al alcanzar un logro. Por su parte, las directoras no califican sus logros como "*simples*" ya que sus logros están más vinculados a la organización y al trabajo en equipo y porque el peso de los criterios externos de evaluación es mayor, por lo tanto ellas deben esforzarse más para conseguir sus logros y para alcanzar el equilibrio entre sus propios criterios y los de la administración sanitaria. Sus experiencias en el liderazgo han dado forma a su particular visión sobre el logro profesional. Se ha señalado que las mujeres líderes

limitan sus comportamientos considerados femeninos ya que ser competente se asocia a lo masculino (Sánchez-Hucles y Sánchez 2007). No considerar sus logros como simples ni domésticos puede interpretarse como una estrategia de resistencia derivada de una perspectiva dual que les permite, por un lado, conocer la visión dominante a la vez que desarrollar una propia. De esta forma, las directoras se alejarían de los estereotipos y los prejuicios relacionados con la feminidad y el liderazgo.

El logro también implica un crecimiento personal y profesional, una posibilidad de mejorar y de aprender, especialmente para las médicas jóvenes y para algunas directoras. Lo definen como la superación de obstáculos, como la experiencia de *“sobrevivir”* en las circunstancias actuales, o en palabras de una médica joven *“sobrevivir muchas veces en un ambiente hostil, es un logro”*. Esto puede deberse a que tanto las médicas jóvenes como las directoras se encuentran en situaciones de menor reconocimiento y de peor trato por parte de la administración sanitaria y, por tanto, su percepción de superar este obstáculo es mayor comparada con las médicas de mediana edad. Considerar que la superación de obstáculos es parte de la definición del logro profesional ha sido identificado también en un estudio realizado con ingenieras húngaras (Markus 1990). Bajo esa superación de obstáculos se plantea una fórmula de resistencia, una contestación activa a las condiciones de desarrollo profesional que establece el discurso hegemónico.

Otros aspectos considerados como logros por las médicas de todos los perfiles son la actividad asistencial de calidad, la formación continuada, la investigación y la estabilidad (plaza en propiedad). Estos aspectos son centrales

para la cultura profesional médica en nuestro país (Gallo Vallejo et al. 1999; González Blasco 2004).

El reconocimiento de su trabajo por parte de pacientes y pares es un logro profesional, para todas las médicas. El afecto, la confianza y la valoración de sus pacientes les brindan satisfacción y también los valoran como indicadores de su trabajo. Esto puede deberse a que las médicas presentan con frecuencia un estilo de práctica profesional centrado en el paciente que prioriza el componente relacional y afectivo en los vínculos (Roter, Hall y Aoki 2002). En el caso de las médicas jóvenes, y debido a su situación de precariedad laboral, se añade la meta de poder desarrollar las características propias de la Medicina de Familia, es decir, realizar un seguimiento clínico de pacientes y conocer los resultados de su labor en la consulta. El logro derivado del reconocimiento de pares lo asocian con la confianza, con el apoyo, además del buen clima, la unión y el trabajo en equipo. Las médicas de mediana edad hablan de la importancia de que sus compañeros *“nos valoren, nos consulten, nos comenten”* y las directoras destacan sentirse satisfechas al sentir *“el apoyo de mi equipo, que eso es lo que a mí realmente me hace estar aquí y seguir luchando ¿no?”*. Contribuir a la creación y en el mantenimiento de un buen clima en el equipo de trabajo es un logro importante para las directoras y para las médicas de mediana edad. Les satisface *“aunar, juntar gente [...] que la gente se hable, que no haya rencillas de uno y otro [...] limar un poquito y que la gente trabaje aunque tenga ideas distintas”*. Esto supone que las médicas dan mayor importancia al componente relacional de su trabajo. La afiliación y las relaciones cooperativas con pares han sido también descritas como elementos del logro profesional para las trabajadoras manuales francesas (Hennequin 2007).

La docencia y tutorización de residentes es un logro que las médicas de mediana edad y las directoras vinculan, por un lado, con el reconocimiento obtenido por sus residentes, y por otro con la percepción de sentirse útiles al contribuir en la formación profesional de una persona. Este aspecto no aparece en las médicas jóvenes porque, debido a su precariedad laboral, aún no se han acreditado para ser tutoras MIRMF. Una médica de mediana edad equipara a sus residentes con sus hijos *“he sido capaz de que salga un médico y funcione bien ¿no? Para mí eso es una satisfacción es como ver a un hijo grande”*. Aquí también prima lo emocional sobre otros componentes de la relación. Se ha señalado que cuando las mujeres ocupan posiciones de autoridad se esfuerzan, en su discurso, por minimizar las diferencias jerárquicas y utilizan, como estrategia, las relaciones maternas porque estas no están socialmente relacionadas con el poder (Kendall y Tannen 1997, p.91).

Otro logro señalado es la cercanía entre el lugar de trabajo y el domicilio. Las médicas de mediana edad y directoras lo consideran importante ya que, al inicio de sus carreras, muchas de ellas tuvieron que residir lejos de su casa o viajar muchos kilómetros. El *“trabajar cerca de casa”, “irme acercando”* denota que para ellas trasladarse fue experimentado como un conflicto subjetivo que acentúa las desigualdades de género al tener que elegir (no libremente) entre vivir cerca de su familia y su desarrollo profesional (Burin 2008) o bien, les ha supuesto un mayor esfuerzo y tiempo dedicado al trabajo en detrimento a su familia. Cuando este conflicto es superado la satisfacción que genera se percibe como un logro relacionado con el balance entre las diversas esferas de la vida.

7.2. Obstáculos para la consecución de logros profesionales

Los relatos de las médicas andaluzas aluden a la existencia de un laberinto de cristal en su profesión (Eagly y Carli 2007). Las médicas no perciben obstáculos solo para acceder a cargos de responsabilidad, lo que constituiría un techo de cristal, sino que los encuentran a lo largo de toda su trayectoria profesional y, además, señalan que actúan de manera interrelacionada.

Es interesante destacar que en todos los perfiles analizados, algunas médicas identifican desigualdades de género en su desarrollo profesional. Para una médica joven es una desventaja *“ser mujer joven”* que define además como *“mezcla explosiva”*; una directora dice que *“ser mujer es un condicionante negativo”* para alcanzar sus logros, otra que *“a pesar de todo yo veo que hoy en día hay muchas diferencias sexistas y es así”*; y una médica de mediana edad relata que sus logros le han *“costado mucho más trabajo por el hecho de ser mujer (que) ya sabemos lo que pasa”*. Otros trabajos cualitativos realizados en España con universitarias (Pérez Sedeño et al. 2003, p. 30) y con científicas (Arranz 2006b, p.220) también destacan el reconocimiento de la discriminación de género en el discurso de algunas de las entrevistadas e igual ocurre con médicas en otros países (Bevan y Learmonth 2012; Pololi et al. 2012).

Las médicas de nuestro estudio perciben obstáculos internos y externos en su desarrollo profesional. Sin embargo, en su discurso, otorgan mayor importancia a los externos. La administración sanitaria es considerada por todas las médicas como el principal obstáculo externo para alcanzar sus logros profesionales. La posición social subyugada que ocupan las médicas en el Servicio

Andaluz de Salud les permite desarrollar una perspectiva dual desde la cual pueden conocer la visión dominante y a la vez que desarrollar una propia. Desde su posición situada, cada perfil de médicas atribuye diferente importancia a los obstáculos derivados de la administración sanitaria. Así, las médicas jóvenes critican principalmente su situación de precariedad laboral, las médicas de mediana edad lo hacen con la burocracia, la organización del tiempo y la escasez de recursos, y las directoras destacan la falta de reconocimiento y de apoyo de sus superiores. Algunas de las barreras mencionadas están vinculadas con las traslación del modelo gerencialista al Servicio Andaluz de Salud y la consecuente deriva de la Atención Primaria hacia un modelo burocratizado, como se ha descrito en la introducción.

A continuación, analizaremos en profundidad el discurso sobre los obstáculos externos de cada perfil de médicas.

Las médicas de familia jóvenes señalan la precariedad laboral, caracterizada por la contratación a tiempo parcial o eventual (días sueltos y/o sustituciones) que implican alta movilidad laboral, como el principal obstáculo para el logro profesional. Este obstáculo es el resultado de la progresiva precarización de sus condiciones laborales, producto de la reestructuración del Sistema Sanitario (Irigoyen 2011). Por otro lado, la compleja interacción entre las desigualdades de género y las desigualdades provocadas por la edad profundiza la posición subordinada de las médicas jóvenes en el Servicio Andaluz de Salud. La mayor precariedad laboral de las profesionales de la medicina en los Servicios Sanitarios españoles ha sido señalada en varios trabajos (Gill de Albornoz y Chorén Rodríguez 2010, p. 49-58; Dolado Lobegad y Felgueroso Fernández 2010, p.109-133). En Cataluña, las médicas consiguen la estabilidad de un contrato

laboral indefinido en una media de cinco años más tarde que los médicos (Pastor Gosálbez et al. 2008, p. 25). En Andalucía no disponemos de datos, sin embargo, las dificultades para contactar en esta investigación (ver apartado 3.2.2 de Metodología), nos lleva a pensar que las médicas jóvenes permanecen trabajando en Atención Primaria, a pesar de las dificultades laborales, en mayor medida que sus compañeros, quienes optan por trabajar en urgencias o realizar una segunda especialidad en mayor proporción que ellas. En el análisis de contenido de los relatos se observa, por otra parte, que las médicas jóvenes consideran la estabilidad laboral como una atribución muy importante para alcanzar logros, al contrario de lo que sucede en los médicos.

La precarización, la flexibilización y la vulnerabilidad del actual mercado laboral marginan especialmente a las mujeres jóvenes ya que limitan su capital económico, simbólico y social (Alonso y Torres 2003). En el caso de las médicas jóvenes, no tener *“contratos de verdad”, “contratos normales”* obstaculiza diversos aspectos del desarrollo profesional entre los que destacan su desempeño asistencial, su desarrollo profesional, el trabajo en equipo y el disfrute de derechos laborales. Para una médica joven *“tener un contrato estable es lo que te permite hacer la medicina de familia [...] lo demás no”*. Su tipo de contratación impide *“poder tener un seguimiento de los pacientes”, “conocer mejor su vida...el entorno de su familia [...] todo lo que rodea al paciente para poder llevarlo de forma más conjunta”* y realizar actividades preventivas o de promoción de salud en la comunidad. Una médica expresa que este tipo de contratos le genera la sensación personal de inutilidad, *“no sirves para nada”*, debido a la imposibilidad de tener un seguimiento de sus pacientes o conocer los resultados de sus actuaciones clínicas y, como resultado, se siente desmotivada para la

autoformación continua. También se dificulta la relación con sus pacientes que no llegan a conocerlas y a confiar en ellas. Una médica dice que para *“que un cupo esté contento con su médico, cómo hace las cosas su médico, tiene que conocerlo ¿no? Si estás tres días en cada sitio”*.

Estos *“contratos basura”* o de *“chica para todo”* les impiden, además, organizar su vida personal. Las médicas jóvenes no pueden disfrutar de derechos laborales tales como el permiso por maternidad o el tiempo para lactancia. Una de ellas relata que *“con mi baja maternal se interrumpió mi contrato y hasta que no me incorporé no se me volvió a dar, o sea, he perdido cuatro meses que si yo hubiera sido hombre o no hubiera [...] tenido un bebé pues habría estado trabajando, pero al estar eventual pues das a luz y pues nada, te interrumpimos el contrato”*. La inestabilidad laboral es también un problema importante para las profesoras universitarias jóvenes quienes perciben que su decisión de ser madres está condicionada a sus condiciones de trabajo (Pérez Sedeño et al. 2003, p. 103).

La contratación eventual condiciona la práctica profesional de las médicas jóvenes de nuestros grupos obstaculizando el acceso a cursos de formación y limitando tanto su desarrollo profesional como la acumulación de su capital cultural y social. Una médica manifiesta: *“si yo tuviera un contrato fijo en un sitio pues me plantearía organizarme de manera que tuviera mi tiempo para tener derecho a formación, tener mis días de formación y utilizarlos, poder utilizarlos en los cursos que me puedan interesar”*; mientras que otra destaca que el acceso a la formación está relacionado con la permanencia en un centro de salud. Este obstáculo limita la acumulación de conocimiento a la vez que es un mérito para mejorar las condiciones laborales en el Servicio Andaluz de Salud. Las médicas jóvenes se encuentran atrapadas en lo que Fátima Arranz (2006b, p. 216-217)

denomina, para las científicas españolas, la trampa de la meritocracia que considera a las personas las únicas responsables de sus logros y les exige esfuerzos educativos, sin tener en cuenta la influencia desigual de las variables estructurales y sociales en las posibilidades de acumular conocimiento. Su situación es similar a la descrita dentro y fuera de España con el desarrollo profesional de las académicas donde se constata la importancia del criterio meritocrático a pesar del papel que juega en el mantenimiento de las desigualdades de género (Vázquez-Cupeiro y Elston 2006; Van den Brink y Benschop 2012).

La alta movilidad laboral de las médicas jóvenes dificulta, asimismo, su trabajo y sus relaciones con el equipo del centro de salud. En uno de nuestros grupos, las médicas jóvenes reclaman un trato digno. Una de ellas reacciona y añade: *“yo quiero decir una cosa de lo que estábamos hablando, de logros, eso ¿no?, lo que te hace que no logres las cosas bien. Vosotros le habéis puesto muchos nombres y yo tengo uno que es la dignidad, es decir, aquí atentan contra nuestra dignidad, los de arriba y los de abajo y los de todos lados todos los días”*. Perciben que sus pares no las respetan, que son maltratadas, y que existe una *“ley no escrita de que lo peor es para ti”*. Menos aún reciben el reconocimiento de los directivos de sus distritos y centros de salud *“yo llevo once años trabajando para un distrito que no sabe ni que soy médico [...] es decir, hay un distrito sanitario que no sabe si me ha contratado [...] entonces somos un número, un número en una bolsa”, “¡No quiero estatus, no quiero reconocimiento! [...] quiero que me dejen hacer las cosas bien [...] la dignidad es lo que tenemos que defender, vamos es que es lo mínimo”*. Tampoco sienten que sus esfuerzos por llevar bien una consulta o asumir condiciones difíciles de trabajo, como trabajar *“con un barrigón tremendo*

subiéndote en la ambulancia”, sean valorados por sus superiores. Asimismo, critican los indicadores asistenciales porque no valoran la calidad de su trabajo ni la satisfacción de sus pacientes “A mí me afecta mucho porque en el tiempo que yo he estado más tiempo en un cupo me he esforzado mucho por llevar la consulta, por sacarlo todo adelante, pues luego en las reuniones solo se habla de indicadores y los otros aspectos de tu trabajo se quedan tapados ¿no? parece que todo va en lo que has recetado, en las derivaciones que has hecho y, si te pasas, ya no eres buen médico”; algunas dicen que se avergüenzan al ver “la puntuación de tu consulta, la curvita” que les “hace sentir o estás en las cifras perfectas o eres diferente y eso genera diferencias entre los propios compañeros”.

Para “intentar cambiar las cosas” algunas médicas jóvenes proponen *“habla(r) entre nosotras pero hacerlo a otro nivel, intentando que los problemas los sepa todo el mundo o quienes tengan que saberlo para que cambien las cosas”* o que *“todo el mundo se plante y los tipos de contratos que estamos teniendo no los quiera nadie”, “no coger ese contrato e irte a otro sitio, que no digo que sea fácil ni que sea una cosa que se pueda hacer porque aquí estamos ¿no?”.*

Es importante destacar que en los relatos de las médicas jóvenes apreciamos que existe una conciencia de desigualdad de género que les permite identificar su situación laboral como el resultado de prácticas discriminatorias sexistas por parte de la administración sanitaria. Muchas de ellas explican que estas experiencias de falta de respeto se deben a las desigualdades generadas por *“ser mujer y ser joven”*. La visión crítica implica desmontar, deconstruir, el orden social establecido. Tomar conciencia de las desigualdades de género es el primer paso para que las mujeres inicien el proceso de empoderamiento y construyan alternativas feministas (Lagarde 2005, p. 108-109).

También en su discurso las médicas de mediana edad atribuyen al Servicio Andaluz de Salud los principales obstáculos externos para la obtención de logros, pero, a diferencia de otros grupos, ellas destacan los obstáculos derivados de la burocracia, la escasez de recursos y, especialmente, el modo de organizar la jornada laboral. La historia clínica informatizada es criticada por burocratizar su trabajo, les obliga a introducir los datos varias veces y no les permite escribir detalladamente en sus historias clínicas. Perciben que hacen un *“trabajo burocrático para los políticos”* que dificulta la atención médica al interferir en la relación con sus pacientes.

Consideran que los objetivos del contrato programa, documento que traza las líneas de acción prioritarias del Servicio Andaluz de Salud, y su sistema de evaluación, basado en indicadores de resultados, son obstáculos externos para alcanzar sus logros. *“Ahora estoy en fase depresiva”* porque *“cada vez me cortan más la libertad y cada vez el que está en frente mía exige cosas que no son de razón”*. Su *“depresión”* se debe a que el sistema de evaluación, del cual depende el reconocimiento y la *“buena fama”* profesional, desvaloriza su trabajo o bien no evalúa aspectos de la atención clínica considerados importantes para algunas, como la atención centrada en sus pacientes. Algunas piensan que el sistema de evaluación genera desigualdades entre pares ya que *“corta a todos por el mismo raso [...] trabaje o no trabaje”* sin evaluar el desempeño profesional de forma equitativa. Esta desigualdad provoca que hagan un sobreesfuerzo para cumplir ciertos objetivos a diferencia del desempeño de algunos de sus pares, que trabajan menos tiempo o se *“escaquean”*. Con estas situaciones, *“me deprimó, yo no puedo [...] y (ellos) cobraban más que yo al final de mes y tenían vacaciones y yo no”*. Este obstáculo externo las lleva a elaborar criterios de evaluación propios

e independientes donde la meta a alcanzar es su satisfacción personal y sentirse útiles. Algunas médicas señalan que existen desigualdades entre los centros de salud en la distribución de recursos o la oferta de diversas actividades asistenciales que modifican la evaluación de su propia actividad profesional. Se ha señalado que, a consecuencia de la reestructuración sanitaria, la profesión médica se encuentra en desventaja ya que, tanto la industria biosanitaria como el gerencialismo, tratan de reducirla a la colaboración con los nuevos objetivos del servicio sanitario. Así, los propios profesionales se autodisciplinan restringiendo sus decisiones clínicas en función de los recursos financieros. En consecuencia, se modifica la naturaleza del trabajo médico y se reduce el poder y la autonomía profesional (Irigoyen 2011). La deriva de la Atención Primaria hacia un modelo gerencialista contribuye a crear una tensión entre los valores “humanistas” por un lado, propugnados por el diseño original de la Atención Primaria y la feminización de la Medicina de Familia; y por otro los valores “técnicos”, tensión a la que no son ajenas las personas que integran los grupos de esta investigación, en mayor medida, las médicas. El discurso de las médicas de familia da cuenta de este proceso de erosión profesional y, para ellas, constituye un obstáculo importante para alcanzar sus logros profesionales. Critican esta nueva cultura profesional y, al igual que las médicas estadounidenses, sienten que no forman parte de la misma (Pololi y Jones 2010).

Los dos grupos de médicas de mediana edad perciben escaso control sobre el tiempo de consulta. *“Me encantaría tener una agenda de trabajo semanal que me hiciera feliz [risas,] vaya, que yo la controlara, no que me controlara ella a mí”*. La falta de control y la alta presión laboral se manifiesta en el uso discursivo de metáforas y palabras tales como: *“ahogados”, “desbordados”,*

“sobrecargadas”, “agobiadas de tiempo”, “ansiedad”, “estrés”, “vorágine”, “prisa” que están en directa relación con la salud y el estrés laboral. El estrés es el resultado de un entorno de trabajo con altas demandas y bajo control (Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortés 2006), las demandas suponen un riesgo para la salud, en tanto que el control y el apoyo son protectores (Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortés 2006; Stansfeld y Candy 2006). Las médicas de mediana edad no perciben apoyos de la administración sanitaria para su desarrollo profesional y son quienes más hablan del estrés laboral. Una de ellas lo expresa con estas palabras: *“a mí lo más frustrante de la profesión [...] (es) lo de la prisa esa, lo de todos los días tener estrés, yo eso lo veo muy duro y muchas veces me paro un segundo y digo: todos los días tener ansiedad, ¿es normal?”*. Se ha señalado que la práctica médica supone la exposición a importantes factores que generan estrés, destacan la sobrecarga de trabajo, el contacto con el sufrimiento y la muerte, la comunicación con los pacientes, la incertidumbre y la falta de apoyo (Arnetz 2001; Mira et al. 1994; Esteva, Larraz y Jiménez 2006). La bibliografía advierte más estrés laboral en médicas (Richardsen y Burke 1991) y también en mujeres que estudian medicina (Toews et al. 1997). Para percibir menos estrés y controlar el tiempo, las médicas de familia comentan diversas estrategias que llevan a cabo diariamente. En un grupo, entre sus *“artimañas para relajarnos”*, destacan poner música en la consulta; cambiar los muebles de lugar y *“conseguir más espacio, reestructurar(lo) todo [...] parece una tontería pero te pasas mucho tiempo ahí metido y traer al espacio algo que te guste y decorarlo bien”*; también tener plantas *“mi cactus verde fosforito al lado del ordenador, porque cuando me cabreo miro mis macetas y me relajo. Respiro y digo: ay qué bonita mi maceta. Hay que buscar sistemas que te relajen”* y otra médica añade *“voy a comprar mañana el cactus y lo voy a poner*

en el trabajo [risas]”. A muchas médicas la realización de procedimientos técnicos, como la cirugía menor o las ecografías, que ellas mismas eligen para “*poder disfrutar [...] salir de la vorágine [...] ahí me lo paso bien, por lo menos desconecto*”, les reporta satisfacción por la percepción de control del tiempo y del trabajo en equipo al tiempo que les genera una sobrecarga añadida en sus agendas.

Las médicas también reclaman mayores recursos para su trabajo asistencial y para acceder a actividades de formación continuada y de investigación. La adecuada distribución de recursos es importante para alcanzar logros, pero está condicionada por el favoritismo y por lo que se conoce como “círculos de amigos (varones)” (*old boy’s club*) que raramente benefician a las mujeres en las organizaciones científicas en general (ETAN 2001, p. 21; García de Cortázar y Nebreda 2006, p. 142) y a las médicas en el sistema sanitario en particular (Pastor Gosálbez et al. 2008, p. 148; Buddeberg-Fischer et al. 2010; Zhuge et al. 2011). Las médicas reclaman mayor número de personal en los centros de salud y que no les abran los cupos de pacientes asignados, lo que aumentaría su demanda asistencial. Especialmente reclaman que se incluya la realización de actividades de investigación o de formación dentro del horario laboral. Una médica comenta que le “*hubiera gustado tener más facilidad para hacer investigación*” y ve “*como un deje de nuestra profesión, que verdaderamente hacer cualquier cosa es complicadísimo y no tenemos tiempo ni ningún tipo de apoyo ni [...] al contrario lo sacas de donde no hay [...] además vas con incertidumbre, porque tampoco tienes una formación*”. La organización de la jornada laboral es percibida como el principal obstáculo para investigar o formarse y, por tanto, para realizar actividades profesionales esenciales para su

desarrollo profesional, tal como es actualmente evaluado por la administración sanitaria (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía 2010). La organización de la jornada provoca en las médicas mayor sobrecarga de trabajo y mayor esfuerzo personal ya que, para acceder a actividades de formación o de investigación, deben dedicar tiempo personal y familiar. Sus relatos cuestionan la organización androcéntrica de la jornada laboral que prioriza el desarrollo profesional de forma exclusiva y excluyente. La organización de la jornada laboral es una práctica en apariencia neutra pero que mantiene las desigualdades de género, tal como lo notifican las profesionales en los distintos contextos. La “cultura de largas horas” es un obstáculo señalado por las profesoras universitarias mexicanas, valencianas y por las ingenieras españolas (Blázquez Graf 2008, p. 73; Escolano Zamorano 2006, p. 425; López-Sáez, Lisbona y Sáinz 2004). La necesidad de horarios laborales más racionales, que les permita integrar las diversas esferas de la vida, es un reclamo que realizan las directivas españolas para quienes la gestión actual de la jornada laboral es una estrategia de los hombres para no ocuparse de las tareas domésticas y reproductivas (Kaufmann 2007, p. 68). Entre las sanitarias, la rigidez en la organización del tiempo de trabajo es un obstáculo para su desarrollo profesional (Reed y Buddeberg-Fischer 2001). Por ejemplo, para las médicas catalanas, la falta de tiempo es el principal obstáculo para promocionarse (Pastor Gosálbez et al. 2008, p. 376) y lo mismo refieren las pediatras británicas quienes reclaman mayor tiempo para investigar (Smith et al. 2006). Una médica de familia lo expresa así *“hoy por hoy, el trabajar en la Atención Primaria supone que todo lo que quieras hacer fuera de pasar consulta es a costa de tu tiempo, del tuyo y del de tu familia”*. Sin embargo realizar otras tareas además de la consulta asistencial, aunque sea un sobresfuerzo, les permite también obtener satisfacción en su

trabajo, hacer algo más que *“pasar consulta todos los días 48 números, para mí eso no es (la medicina) y para mí hay algo más”*. Otra médica dice que *“el tema de la investigación es un tema que me entusiasma e intento hacer lo que puedo, pero eso supone horas extras que yo las tengo que dedicar por la tarde [...] lo hago porque me gusta [...] pero es un sobreesfuerzo [...] y quizá me ha costado mucho más trabajo por el hecho de ser mujer, que ya sabemos lo que pasa”*. Este *“esfuerzo”*, este *“sacrificio”*, revela la vocación de las médicas por su trabajo y se dificulta por las demandas de la vida familiar derivadas de la construcción de género. Además del techo de cristal profesional, las mujeres profesionales se encuentran con el muro de la maternidad y los estereotipos de que las madres son menos competitivas (Williams 2006, p. 49). La familia es *“un factor que nos limita mucho más a las mujeres que a los hombres [...] a veces de forma más explícita, a veces de una forma más implícita ¿no? pero nos limita muchísimo, por eso yo era la que decía antes que hay veces que no se puede, pues yo tengo una niña pequeña y ha habido un tiempo que yo ciertas cosas que no he podido hacer pues me he retirado en la medida de lo posible y ya está, poco a poco, pues hay veces que no se puede ¿no?”*. El cuidado de los padres es un factor que limita su dedicación profesional por *“ser mujer [...] por la educación que nos han dado o por la situación en la que hemos vivido, pues ahora pasamos de ser cuidadoras de nuestros hijos a ser cuidadoras de nuestros padres”*. Es importante destacar que las responsabilidades familiares son el único obstáculo identificado por las médicas de mediana edad como una desigualdad de género, es decir, que perjudica su desarrollo profesional por ser mujeres. El punto de vista feminista permite analizar la toma de conciencia como un resultado de las experiencias grupales compartidas y destacar la importancia que tiene para el cambio social

que sus integrantes adviertan que la opresión es colectiva, es decir, que no se trata de un obstáculo individual (Harding 2004b).

En diversos países se ha observado que las relaciones familia-trabajo tienen consecuencias relevantes en la carrera profesional y en la percepción de éxito de las médicas (Verlander 2004; Kalet et al. 2006; Shollen et al. 2009; Buddeberg-Fischer et al. 2010) y de las profesionales de otras áreas (Martínez y Osca 2001; Valcour y Ladge 2008). Las responsabilidades familiares son un obstáculo que interacciona con las dificultades generadas por la organización androcéntrica del tiempo de trabajo. Esta interacción actúa manteniendo el sistema de género constituido por los niveles estructurales, simbólicos y subjetivos. El origen de las dificultades a las que se enfrentan las médicas en este ámbito se ha atribuido a la oposición entre el mandato del cuidado como principal obligación de las mujeres y la ideología profesional, construida a su vez sobre la experiencia y los valores masculinos (More 1999, p. 190-194; Morantz-Sánchez 2000, p. 355). La maternidad enfrenta a las médicas, por un lado, a la concepción unidimensional del profesionalismo médico y, por otro, a la “mística de la feminidad”⁸ (More 1999, p. 190-205). Para resolver este dilema, las médicas se transforman en malabaristas del tiempo mientras los hombres permanecen como espectadores (More 1999, p. 249; Ortiz 2005). La experiencia demuestra que las políticas conciliatorias de secuencia, que alternan los tiempos laboral y familiar, juegan en contra de la igualdad, ya que son mayoritariamente las mujeres las que se acogen a ellas, y tienen poco impacto en la cultura organizacional, ya que las

⁸ Comillas de la autora

relaciones familia-trabajo permanecen como un problema de mujeres, por el contrario se proponen políticas conciliatorias derivativas que desplazan tareas del ámbito privado al público (Organización Internacional del Trabajo 2009, p. 79; Ely y Meyerson 2000). Las desigualdades de género en el trabajo dejarán de ser un problema cuando las médicas no se vean obligadas a elegir entre las responsabilidades familiares y el estatus profesional (Heath 2004). Lo cual se produciría si los cuidados pasasen de ser un asunto privado a ser una responsabilidad colectiva y social, si las mujeres pudiesen decidir libremente no cuidar de los otros como una opción válida y legítima (Castro et al. 2008) y si la cultura profesional médica y la definición de éxito se modificase (More 1999, p. 249).

La orientación rehabilitadora o hacia la curación del Servicio Andaluz de Salud es otro obstáculo para el logro profesional de algunas médicas de mediana edad debido a que dificulta la realización de actividades de prevención y promoción de la salud. Las médicas perciben que esta orientación genera problemas como la hiperfrecuentación, la polimedicación y la *“incultura sanitaria”* de la población. Todo ello repercute en la alta presión asistencial y en la organización del tiempo de trabajo, ya que prioriza la atención en la consulta sobre otras actividades tales como la promoción de la salud, el trabajo en equipo, la investigación, etc. Las médicas vinculan este obstáculo a la falta de tiempo para abordar problemáticas psicosociales, para tratar al paciente de forma más humana y para disfrutar de su trabajo. La insatisfacción al no poder brindar una atención biopsicosocial a sus pacientes se relaciona, por una parte, con el estilo de práctica asistencial más característico de las médicas y, por otra, con la crítica a los efectos de la reestructuración sanitaria. Sabemos que la práctica asistencial de las médicas de distintos países es diferente a la de los médicos, ellas tienen

consultas más largas, una mayor orientación psicosocial, realizan con más frecuencia actividades preventivas y trabajan más en equipo (Delgado, López-Fernández y Luna del Castillo 2001; Delgado, Távora y Ortiz 2003; Roter y Hall 2004; Levitt et al. 2008, p. 174-180). Sin embargo, estos atributos y valores profesionales no son incorporados a la práctica clínica hegemónica basada en el modelo biomédico que perpetúa el determinismo y el biologicismo (Esteban 2006; Velasco 2009, p. 24-29). El androcentrismo que caracteriza la cultura organizacional sanitaria excluye valores más característicos en las mujeres y dificulta su desarrollo profesional. No obstante, reconocer y valorar la diferencia no es suficiente para modificar el sistema de género, las intervenciones que resaltan las diferencias de las mujeres han sido criticadas por su escaso impacto y porque, entre otras cuestiones, refuerzan los estereotipos respecto a la feminidad (Ely y Meyerson 2000). Por otra parte, la posición subyugada de las médicas les permite tener una visión crítica del Servicio Andaluz de Salud. Se ha señalado que, en la actualidad, el Sistema Sanitario funciona, en parte, como un modelo industrial: produce en masa y de forma estandarizada diagnósticos y tratamientos en torno a las enfermedades (Irigoyen 1996, p.257). La industria biomédica ha aumentado su poder de decisión sobre las necesidades y los problemas de salud en detrimento de la profesión médica y de la salud pública. Los y las profesionales sanitarios ven reducido su autonomía y se encuentran atrapados entre la industria, que presiona para la expansión del consumo, y las autoridades, que imponen criterios de eficiencia (Irigoyen 2011). Las médicas son críticas al respecto y sienten que la orientación actual del Servicio Andaluz de Salud obstaculiza la atención biopsicosocial, dificulta sus logros profesionales y erosiona el perfil profesional del médico de familia. Además, el discurso de las médicas de

mediana edad, las cuales vivieron en primera persona el planteamiento original de la reforma sanitaria impregnado de valores “humanistas”, expresa la tensión existente entre el *caring* más propia de su práctica versus la orientación al *curing* que predomina en la reestructuración actual de la Atención Primaria. Esta tensión podría ir en aumento debido a la progresiva feminización de la medicina de familia (Delgado; Távora y Ortiz 2003).

En el discurso de las directoras observamos que el principal obstáculo externo deriva de la falta de apoyo y de reconocimiento de la administración sanitaria. Entre las medidas de apoyo que necesitarían destacan la reducción de la carga asistencial, tener cerrado su cupo de pacientes, una plantilla estable y acceder a formación en temas de gestión. Señalan que no son *“súper héroes [...] (y) no pueden llevar la misma carga asistencial y también llevar [...] (la) dirección. Con todo, todo, todo, no puedes”* y otra dice que al asumir el cargo pensaba: *“me enseñarán, me dirán [...] no, no eso tú: búscate la vida”*. También señalan que para *“todas el estar en la dirección es un esfuerzo añadido muy grande”* son *“muchas horas de trabajo y muchos quebraderos de cabeza y muchos problemas”* para enfatizar la falta de apoyos y el sobreesfuerzo personal que conlleva.

La mayoría de directoras considera que los objetivos asistenciales y su sistema de evaluación son obstáculos para sus logros porque priorizan el control del gasto sin considerar ni reconocer otros elementos como el clima emocional del equipo o la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud. Una directora lo expresa de este modo: *“para el distrito, el éxito será conseguir objetivos [...] que el equipo esté más o menos cohesionado importa menos que si se consiguen o no objetivos [...] parece que los gastos fueran...en vez del medio para conseguir los objetivos, como la meta ¿no?”*. Otra comenta que el principal

obstáculo para sus logros es la *“perversión del sistema”* que exige determinados objetivos al mismo tiempo que no facilita los recursos para alcanzarlos y además genera competencia entre los centros de salud por el sistema de evaluación. Las directoras son críticas respecto a la actual organización y orientación del Servicio Andaluz de Salud que utiliza la gestión como un instrumento de control y de poder para reconvertir la organización profesional adaptándola al mercado (Irigoyen 2011). Los objetivos asistenciales, los sistemas de información y de evaluación continuada son los instrumentos que conforman, siguiendo a Foucault, una tecnología moral cuya función es de peritaje, de control, con el objetivo final de autodisciplinamiento (Irigoyen 2011). Asimismo, las directoras reclaman que su labor sea evaluada de forma conjunta, es decir, considerando la satisfacción del equipo y de la población atendida, y no solo el cumplimiento de los objetivos asistenciales. Este reclamo se relaciona con un estilo de liderazgo más característico en las mujeres, que prioriza el proceso, más que los resultados, y estimula y atiende a las necesidades del equipo (Ramos, Barberá y Sarrió 2003; Ramos 2005, p. 84-88).

Quando el equipo no tiene las *“mismas inquietudes”*, el *“mismo lenguaje”* o no tiene *“uniformidad”*, se transforma para las directoras en un obstáculo para sus logros ya que les obliga a *“compaginar esa consecución de los objetivos con el mejor clima emocional posible entre los compañeros y que entre todos digamos bueno pues vamos a intentar hacer un equipo e ir hacia ello”*. Obtener el apoyo del equipo es fundamental para desarrollar la labor directiva. Sin embargo, nuestros resultados señalan que este logro es más difícil de alcanzar para las directoras quienes por el hecho de ser mujeres su autoridad no es reconocida per se como sucede con los hombres (Carli y Eagly 2001; Delgado, Távora y Ortiz 2003).

Por otra parte, debido a la responsabilidad del cargo, la mayoría de directoras indican que, durante sus horas de consulta, las interrupciones por parte de sus pares interfieren en la calidad de la atención a sus pacientes, definida como logro. Estas interrupciones les generan “ruido” y les impiden concentrarse en la realización de una tarea concreta. Por el contrario, en el análisis de los relatos del apartado anterior observamos que entre los directores de centros de salud este aspecto no es mencionado como obstáculo. Algunas directoras utilizan la música o el decir “no” como estrategia para afrontar este obstáculo: *“yo necesito [...] que me dejen a mí, yo ahora estoy pasando consulta, yo quiero pasar consulta, y si el tío de al lado no sé qué, se queja y el otro se queja, mira a partir de las diez y media pero déjame tranquila, entonces yo me enchufo allí mi música [...] es la única manera que yo no escucho todo lo que tengo alrededor”*. El relato de las estrategias permite a las médicas tomar conciencia de su situación grupal y localizar prácticas de resistencia a las dificultades del sistema.

Al igual que las médicas de mediana edad, las directoras también mencionan el peso de las demandas familiares. Unas y otras dicen que no *“pueden abarcar todo”* y que *“tenemos que tenerlo muy claro que todo no puede ser”*. Con *“todo”* hacen referencia a su desarrollo profesional y su vida familiar. Ellas también sienten que deben priorizar sus decisiones y que elegir supone una renuncia *“tienes que plantearte ¿qué quiero? ¿familia o seguir avanzando? ¿no? [...] tienes que decidir si quieres montar una familia o no quieres familia [...] si quieres familia ya sabes que te corta”*. Si se deciden por la familia, las médicas sienten que *“no puedes seguir el mismo ritmo y ya te tienes que conformar con menos”*. Lo mismo manifiestan las científicas españolas, para quienes atender a la familia o a la ciencia implica una dicotomía negativa (Arranz 2006a, p.180-183).

Emilce Dio Bleichmar (2008) explica que esta experiencia de tener que elegir entre dos esferas de la vida produce en las mujeres una sensación de fracaso y culpabilidad que es interpretada por el entorno profesional como falta de ambición, de interés o simplemente como algo propio y natural de las mujeres. Entre las médicas catalanas que ocupan cargos de gestión hospitalaria, la relación entre el ámbito familiar y el laboral no parece, sin embargo, que haya representado ningún impedimento para sus carreras profesionales quizás porque han contado con apoyos que les han permitido externalizar tareas, como cocinar o limpiar (Pastor Gosálbez 2008, p. 178). Lo mismo ocurre entre las mujeres en puestos de liderazgo político de diversos países, para quienes externalizar las tareas del ámbito familiar, que no contribuyen directamente a pasar tiempo con la familia, les permite integrar y armonizar ambas esferas (Cheung y Halpern 2010). Como ya hemos mencionado, las medidas de conciliación derivativas son las que promueven la igualdad.

Es importante destacar que en los relatos sobre los obstáculos derivados del rol de cuidadoras y de sus responsabilidades familiares, todas las médicas de nuestros grupos se nombran como mujeres y utilizan términos en femenino: *“ser cuidadoras de nuestros hijos a ser cuidadoras de nuestros padres” “no tengo niños chicos que dar de comer, vamos a ver ¿qué puede pasar? Que llegue a la cinco de la tarde, no pasa nada, tranquila”, “yo estoy agobiada de tiempo”, “por eso yo era la que decía antes que hay veces que no se puede, pues yo tengo una niña pequeña y ha habido un tiempo que yo ciertas cosas no las he podido hacer”*. Además, buscan la complicidad del grupo utilizando al final de sus oraciones la pregunta *“¿no?”*. Este fenómeno manifiesta la influencia del modelo tradicional

de cuidadora en la identidad de las médicas, quienes se reconocen y visibilizan como mujeres al referirse al conflicto familia-trabajo.

Pasaré a analizar los **obstáculos internos** presentes en el discurso de las médicas. Los obstáculos que hemos denominado internos son consecuencia del sistema de género, es decir, como señala Almudena Hernando (2003, p. 74), la subjetividad es el resultado de la intersubjetividad y no al revés. La mayoría de las médicas de familia perciben obstáculos internos para alcanzar sus logros vinculados con elementos y mandatos de género asignados a su identidad. Entre ellos destaca la dificultad de decir “no” a pacientes y a pares, señalada por las médicas jóvenes y las directoras. Una directora menciona las dificultades a las que se enfrenta cuando debe evaluar el desempeño de miembros de su equipo y una médica joven comenta que *“cuesta mucho decir que no [...] a tus propios compañeros [...] y con el paciente [...] Cuando dices no le receto esto [...] parece que la gente lo toma como una negativa y muchas veces tienes que ponerte firme”*.

Negar algo tiene una alta carga afectiva ya que significa falta de coincidencia y permite la diferenciación y la puesta de límites (Coria 2008, p.107). La evitación de conflictos y el temor a perder las relaciones sociales, consideradas fundamentales para su bienestar, dificulta a las médicas negarse porque, en realidad, sienten que su identidad está en cuestión (Pastor Gosalbéz et al. 2008, p. 135). Decir “no” expresa falta de incondicionalidad y transgrede uno de los ejes de la identidad de género asignada a las mujeres (Coria 2008, p. 106).

Además de los efectos de la socialización en la dificultad para decir “no”, también influye la posición que ocupan en la estructura del Servicio Andaluz de Salud. La precariedad laboral de las médicas jóvenes es un elemento estructural que influye en sus relaciones con pares y pacientes ya que es más difícil negarse

cuando se está comenzando a construir un status profesional que depende de la relación. Por su parte, el cargo de responsabilidad de las directoras implica ejercer poder, distanciarse y, para poder hacerlo sin sentirse solas, necesitan el reconocimiento y el apoyo de sus superiores, que no siempre tienen.

La propia limitación para solicitar recursos, no quejarse, ni autorganizarse para modificar sus condiciones de trabajo es otro obstáculo mencionado por las directoras y las médicas de mediana edad. Esta dificultad también se relaciona con el estereotipo tradicional de género asignado a las mujeres. Así, perciben que el conflicto o la amenaza de la destrucción de la relación que puede generar cualquier negociación supera el beneficio que puede reportar y limita la acción de pedir y negociar (Miqueo et al. 2011, p. 167-168). Clara Coria (2008, p. 32-37) comprueba en sus investigaciones sobre mujeres profesionales que muchas prefieren ceder antes que negociar porque les resulta menos violento y les permite mantener la armonía en sus relaciones. La autora explica que se trata de un ceder aplacatorio por temor a las reacciones o castigos, cuyo resultado es la sumisión y la autopostergación de las mujeres.

Los significados que el patriarcado atribuye a la negociación se convierten en obstáculos para que las mujeres puedan negociar. Se identifica la negociación con lo público, con estrategias orientadas al logro de un objetivo, con defender los propios intereses, e implica que quien negocia pone sus condiciones. Todos estos significados se oponen a la identidad de género asignada a las mujeres, de modo que la negociación se presenta como sinónimo de egoísmo y como una contraindicación para la feminidad (Coria 2008, p. 167-170).

Para describir este obstáculo las médicas andaluzas utilizan palabras cargadas de valores relacionados con la culpa, el peligro que implica la

transgresión y el adquirir posiciones sociales activas, propios de la cultura católica y patriarcal en la que viven. Ellas mismas dicen que se: “castran”, “coartan”, “sacrifican” o “tragan”. Si reclaman, se “sienten culpables” y es por ello que “sobreviven”, “hacen filigranas con su conciencia” o deben “hacer de tripas corazón”. En caso de solicitar algún recurso perciben que transgreden la norma implícita y por ello son castigadas: “pagas con sangre”, o “haces doble trabajo”, “esfuerzos” y “sacrificios”. Esta combinación entre martirio y heroísmo sustenta la opresión y la cultura sacrificial de género asignada a las mujeres. El martirio no implica la acumulación de poderes sino el aguantar dolor, pérdidas y renuncias por el hecho de ser mujeres (Lagarde 2005, p. 271). Las académicas y las científicas españolas también utilizan este léxico de sacrificio y sufrimiento al describir sus carreras profesionales (Vázquez Cupeiro y Elston 2006; Arranz 2006a, p. 181).

Este obstáculo interno se relaciona con la construcción social de la pasividad femenina que incrementa y acumula las desventajas en el desarrollo profesional de las mujeres (Bickel 2011). Las consecuencias psíquicas de esta opresión es que las mujeres suelen ser más dóciles ante las presiones ajenas y desplazan sus reclamos hacia ellas mismas, controlando más sus necesidades, lo cual genera posteriormente sentimientos de autodesvalorización y culpabilidad (Burin 2008). Es interesante destacar que algunas directoras y médicas de mediana edad vinculan este obstáculo interno con una estrategia estructural organizada por la administración sanitaria para desgastarlas, evitar alianzas y oprimirlas. Las médicas de mediana edad, por ejemplo, dicen que la administración “*juega con tu profesionalidad*” y las directoras hablan del horario que el distrito sanitario establece para las reuniones como una medida diseñada para evitar el diálogo y las alianzas, y para lograr el “*divide y vencerás*”. Esta

relación, que ellas mismas establecen, manifiesta el vínculo entre los obstáculos internos y externos y refleja la interacción entre los distintos niveles de actuación del sistema de género.

El obstáculo interno que limita la protesta y la reclamación de mayores recursos actúa de forma recíproca con la autoexigencia, señalada por ambos perfiles de médicas (directoras y mediana edad). Las médicas de mediana edad relacionan la autoexigencia con el nivel formativo y sienten que nunca llegarán a cumplir *“los objetivos tan ambiciosos y tan ridículos”* que se han propuesto. Las directoras creen que demostrar su buen desempeño es un requisito básico para poder exigir lo mismo a su equipo. Una directora dice: *“yo no pido nada a mi equipo que yo no haga a la vez o antes que ellos [...] y todo lo que pido lo intento hacer yo, es que si no me dirían: ‘¿con qué cara pides tú eso si tú no los estas cumpliendo?’ [...] yo tengo esa forma de ser, cuando pido algo es porque yo lo hago”*. Otra directora cree haber superado este obstáculo y aprendido a *“perdonarme a mí misma y decir: ¡qué mal lo has hecho! Y decir bueno, no pasa nada, tienes derecho a equivocarte”*. Pareciera que esta autoexigencia les generara un mayor sobresfuerzo personal relacionado con tener que demostrar su validez, su conocimiento y su compromiso, en definitiva que son *“muy buenas profesionales”*. La exigencia de demostrar su valía, sentirse juzgadas y vivir la presión de esta situación es común a las trayectorias profesionales de las profesoras universitarias españolas (Pérez Sedeño et al. 2003, p. 160). Se ha señalado que cuando las mujeres asumen tareas de liderazgo deben trabajar más que los hombres para que se las escuche a la vez que reciben más reacciones negativas del entorno (Reed y Buddeberg-Fischer 2001).

El alto nivel profesional que se exige a las profesionales contradice el modelo patriarcal de ser mujer. En este sentido, a través de la autoexigencia, ellas rompen el estereotipo de la feminidad. La autoexigencia puede interpretarse entonces como una forma de resistencia, como un esfuerzo para alejarse del estereotipo mujer=madre (García de León 2002, p 131; Delgado, Távora y Ortiz 2003). Al mismo tiempo, la autoexigencia acerca a las médicas a los roles de género característicos del modelo de género en transición, descrito por Sara Velasco (2009, p. 168-173), que incluye entre sus ideales el ser buenas en todo, ser exitosas, productivas, polifuncionales y exigentes sin abandonar las funciones relacionadas con los roles de género tradicionales vinculados al ámbito familiar. Esta acumulación y la exigencia de cargas e ideales nuevos y antiguos generan en las mujeres contradicciones subjetivas y provocan nuevos riesgos para su salud tales como la doble o triple jornada. La autoexigencia es un obstáculo para la misma generación de médicas (mediana edad y directoras). Todas transgreden el modelo de género tradicional en el que fueron socializadas a través de su incorporación en la educación y el empleo. Sin embargo, el cambio en la esfera íntima no ha acabado, y es en esta transición de roles en la que estas médicas actualmente se encuentran. Así, una directora comenta que a ella su familia le *“exige más tiempo [...] si yo fuese hombre hubiese llegado mucho más, hubiese dedicado muchísimo más tiempo (al trabajo) de lo que ahora dedico yo personalmente”*.

7.3. Factores que facilitan alcanzar logros profesionales

Las médicas de familia andaluzas consideran más importantes los factores internos (esfuerzo personal, motivación, etc.) que los externos (formación, equipo, pacientes, etc.) para alcanzar sus logros. Si bien cada perfil enfatiza la importancia de diversos factores internos, todas destacan el gran esfuerzo personal que les supone alcanzar sus logros en un entorno profesional adverso: *“yo es que he estado mucho tiempo sola, prácticamente he estado la mitad de mi vida profesional trabajando en un pueblecillo sola y la verdad pues que me tenía que arreglar como podía ¿no? Y bueno, aunque parezca muy presuntuoso, yo me admiro a mi misma porque tía es que me ha costado mucho hacer las cosas [...] que después de tantos años pues mira, pues he llegado a donde he llegado con todo mi esfuerzo”*. Una médica de mediana edad enfatiza el trabajo que le ha supuesto ser pionera y soportar la misoginia propia de espacios tradicionalmente masculinos como el hospital. También una directora habla del esfuerzo que le supone obtener el apoyo de su equipo, conformado principalmente por hombres, y tener que *“demostrar que aunque (tengas) menos experiencia [...] aunque seas la más chica, aunque seas mujer [...] pero el hecho de ser mujer y estar ahí, bueno. Yo por ejemplo tengo dos hijas pues a mí me gustaría que mis hijas se desarrollaran profesionalmente independientemente de su sexo y evidentemente a pesar de todo veo que hoy en día hay muchas diferencias sexistas y es así”*. Otras directoras comentan los esfuerzos realizados y los obstáculos que superaron para ser especialistas de Medicina de Familia o para hacer su tesis doctoral. Por otra parte, las médicas jóvenes hablan de *“sobrevivir en un ambiente adverso”*, de sus

esfuerzos para “reconcilia(rse) con [...] el concepto de la Medicina de Familia” y para “disfrutar del trabajo”, porque, como explica una de las jóvenes: “lo que está claro es que el sistema no favorece, entonces te tienes que buscar otro sitio donde beber agua limpia, como digo yo o sea que lo buscamos dentro porque fuera no [risas][...] fuera no encontramos facilitadores desde fuera, ninguno”. Sabemos que las médicas reciben menos recursos y apoyos institucionales en los sistemas sanitarios de diversos países (Coletti, Mulholland y Sonnad 2000; Wright et al. 2003; Shollen et al. 2009; Buddeberg-Fischer et al. 2010). Además, perciben que no pertenecen a la organización y se sienten aisladas e invisibles (Pololi y Jones 2010). En este sentido, frente a un contexto adverso, parece lógico que las estrategias que más faciliten sus logros sean las internas. Lo personal, lo interno de estos elementos, se torna político y pone en evidencia las desigualdades de género en el entorno profesional de la Medicina de Familia.

La motivación y la vocación contribuyen positivamente a alcanzar los logros profesionales de las médicas jóvenes y las de mediana edad. El que les “guste la profesión que tenemos” les permite soportar las desfavorables condiciones de trabajo (contratos precarios, alta demanda asistencial, poco control de tiempo, etc.) y también realizar sobreesfuerzos personales para obtener espacios de satisfacción y hacer bien su trabajo. Las médicas de mediana edad describen estos sobreesfuerzos personales utilizando verbos como “descubrir”, “desarrollar”, “hemos ido buscando”, “intento hacer” o “luchar” que denotan su esfuerzo por conocer y planificar la actividad a desarrollar y para, posteriormente, superar los obstáculos.

El control de las emociones es otro elemento positivo para todas las médicas quienes mencionan la importancia de la estabilidad emocional personal y

familiar para alcanzar sus logros. Las médicas jóvenes, pese a sus precarias condiciones laborales, han “cambiado el chip de ‘esto es lo peor’” a “voy a hacerlo lo mejor que puedo” para poder disfrutar de su trabajo. Buscan la “parte buena”, “intentar sacarle el máximo rendimiento”, “sacar un poco de jugo” “ver el lado positivo de lo negativo que hay, pues mira, no está tan malo, hoy no estoy dos días, voy a estar dos semanas, voy a estar tres meses, voy a estar cuatro. Ahora soy [...] ahora, hoy un día paso aquí, un día paso allá”. Sin este cambio de actitud “esto no tiene sentido y es una pereza ir a trabajar todos los días de manera que, bueno, hay que encontrarle algo bueno ¿no?”. Para las directoras, controlar sus emociones les ayuda a afrontar los problemas que surgen en el equipo y con sus pacientes. Una de ellas habla de la importancia de “aprender a perdonarme a mí misma cuando meto la pata [...] y decir que mal lo he hecho” o el que “alguien te patee en el centro de salud, que te haga demorar y te tache de todo y que tú digas ‘joder, cómo me ha resbalado’, está bien ¿no?”. Otra directora entiende que este control de emociones se adquiere con la experiencia “con los años aprendes a manejar esa incertidumbre y la llegas a manejar, ya no trabajas con ansiedad, trabajas más tranquila”. Otra dice: “pues yo procuro divertirme mucho todos los días cuando trabajo y me río mucho, intento reírme muchísimo [...] porque es que si no entonces me amargaría”. Las médicas de mediana edad hablan de “controlar la ansiedad”, y de hecho cada vez se “tom(an) con más tranquilidad” el estrés generado por la demanda asistencial y las condiciones de trabajo. El control activo de las emociones es una estrategia de afrontamiento definido como el esfuerzo cognitivo y comportamental que realiza una persona para controlar una situación de amenaza o de estrés. Debido a la socialización de los roles de género, las

mujeres utilizan en mayor medida las estrategias de afrontamiento centradas en lo emocional y en el apoyo social (González Morales 2006, p. 59-66).

Saber organizar y compatibilizar las demandas de la vida personal-familiar y laboral es un elemento fundamental para alcanzar logros profesionales, especialmente para las directoras. Quizás este elemento es muy importante para las profesionales de este perfil, porque ellas son quienes, por su cargo de gestión, se encuentran más expuestas a las demandas procedentes de la organización debidas a la cultura de trabajo androcéntrica. Al mismo tiempo, perciben como propias las demandas familiares debido a los roles de género asignados *“muchas veces me he llevado a casa los problemas y entonces lograr que yo coja el coche y eso no llegue a casa, no siempre lo consigo [...] (es) muy difícil pero el día que tú lo consigues oye esto he conseguido dejarlo en el trabajo ¿no? Y no tomarla con los niños cuando has llegado ¿no? Uff y a veces ni contarle que yo algunas veces cuando tengo un marrón gordísimo he conseguido no contárselo a mi marido hasta que ya me han pasado cuatro días y digo ¡me pasó el lunes! Y ya lo cuento pero [...]”*. Este elemento facilitador también ha sido destacado en grupos de directivas jóvenes españolas (Kaufmann 2007, p. 53). Se ha señalado que la capacidad de organización y de establecer prioridades es un aspecto fundamental para las mujeres en posiciones de liderazgo ya que les permite resolver las situaciones difíciles y los conflictos entre el trabajo y la vida familiar (Schueller-Weidekamm y Kautzky-Willer 2012).

Además de facilitarles la organización de espacios y demandas laborales y familiares el saber organizar y controlar las demandas de la vida personal-familiar y laboral permite a las directoras cuidarse a sí mismas. Como dice una de ellas: *“es que si yo no me quiero así ¿a mí quien me quiere? No. Entonces yo me tengo que*

cuidar yo, me tengo que proteger yo". La estrategia para hacerlo es "ponerse la bata" que, como ella explica "es el escudo [...] es decir me pongo la bata, me pongo a trabajar, me quito la bata, se acabó el trabajo [...] cuando yo me pongo la bata las cosas de mi casa se han quedado en mi casa [...] yo ya me transformo y cuando yo ya me quito la bata, los problemas del centro de salud se quedan con mi bata en el centro de salud y yo me voy a mi casa [...] yo a mi casa no me llevo nada, no estoy dispuesta". Este es un ejemplo de práctica que les permite contrarrestar las distintas opresiones patriarcales y obtener del trabajo independencia y autoridad para decidir sobre su propia vida. Podemos analizarla también como un acto corporal, una *performance* constitutiva del género. En este sentido, la bata representa la identidad profesional masculina y estar sin ella es convertirse en mujer, es decir es obligar al cuerpo a conformarse con una idea histórica de "mujer"⁹(Butler 1998). En este caso, el uso de la bata podría implicar identificarse con los hombres al mismo tiempo que representa la capacidad del cuerpo para desestabilizar el binarismo del género a través de la postulación de la ambivalencia y la multiplicidad identitaria. El cuerpo, al convertirse en algo diferente de lo establecido, excede la norma, incrementa las posibilidades del género y visibiliza la inestabilidad de las realidades (Butler 2006, p. 51)

Las directoras son el grupo que más enfatiza la importancia de las atribuciones internas para alcanzar sus logros. Ellas mencionan sus capacidades y habilidades de comunicación y de negociación, la importancia de saber cómo llegar a otros y el autoconocimiento como herramientas para evaluar sus

⁹ Comillas de la autora

limitaciones y potencialidades. Hablan de *“tu personalidad, tus habilidades de comunicación, capacidad de liderazgo [...] todo eso pues influye que consigas determinados logros ¿no? Sobre todo pensando en el aspecto de dirección”,* también *“que sepas llegar a la gente, que sepas convencer”*. Acentúan que han sido ellas quienes han *“conseguido hacer entender a una persona que debe ir por la línea que tú le estás marcando”, “Dar el ejemplo [...] intentar ser el mejor del grupo”* facilita la gestión del equipo. Negociar sus condiciones laborales y *“aprender a controlar [...] que es una tarea que el director tiene que aprender como otra cualquiera, a decir no [...] a negarme en rotundo [...] tanto con los de abajo como con los de arriba [...] eso de decir no y no, como se les dice a los niños de vez en cuando ¡no, porque no! Y ¡sí porque sí!”* es también importante. Se ha señalado que el rol de quien dirige el centro de salud ha sido reducido a la función de intermediario entre el equipo y los niveles superiores. Su figura está devaluada, la horizontalidad y la autoridad difusa son las características de la actual organización de los centros de salud (Irigoyen 1996, p. 133). Esta situación puede explicar, en parte, el porqué las directoras otorgan mayor importancia, en comparación al resto de perfiles de médicas, a los facilitadores internos para alcanzar sus logros. Frente a la carencia de apoyos del entorno, las catedráticas también destacan, en mayor medida que el resto de profesoras, la importancia del propio ánimo y esfuerzo para alcanzar sus logros (Escolano Zamorano 2006, p. 273).

Creemos significativa la gran importancia que todas las médicas otorgan a los factores internos, en comparación a los externos, para alcanzar sus logros. Es exactamente lo contrario de lo que ocurre con los obstáculos externos antes analizados y de lo que concluyen otros estudios que señalan que las mujeres suelen atribuir sus logros a causas externas, es decir, que no dependen de ellas

mismas. La discrepancia de los hallazgos puede deberse, por un lado, a las diferentes metodologías, pues algunas investigaciones se basan en evaluaciones y atribuciones sobre el logro realizadas por terceras personas, para quienes las expectativas sociales respecto a cada sexo tendrían un peso importante y podrían explicar las diferencias encontradas (Swim y Sanna 1996; García Retamero y López Zafra 2006; 2008) y por otro lado al estudio de distinto tipo de población, por ejemplo de estudiantes en lugar de profesionales en activo (Durán-Aponte y Pujol 2012; Cerezo y Casanova 2004). Asimismo, la atribución del éxito a causas internas guarda relación, también, con la percepción de autoeficacia, es decir con los juicios sobre las propias capacidades (Abele y Spurk 2009). Se ha señalado que las mujeres perciben menor autoeficacia que los hombres en diversos ámbitos de trabajo (Abele y Spurk 2009; Valian 1999, p. 152-9; McCormick, Tanguma y López-Forment 2002; Morejón Sabio 2010, p. 220-1;), incluida la medicina (Bakken, Sheridan y Carnes 2003; Nomura, Yano y Fukui 2010; Pololi et al. 2012). Sin embargo, en un estudio con médicas y médicos de familia de Andalucía se ha constatado que la percepción de autoeficacia es igual en ambos sexos (Delgado et al. 2010). Ello parece indicar que algunos rasgos del proceso de construcción de género, como las expectativas profesionales o la autoeficacia, varían según el contexto témporo-espacial y laboral, y que las experiencias en la percepción y en las atribuciones de logro podrían estar cambiando entre las médicas de familia andaluzas. Favorecer la autoeficacia y el autoconcepto ha sido el objetivo de diversas intervenciones diseñadas para retener y potenciar el liderazgo de las mujeres en las profesiones (Isaac et al. 2012; Bakken et al. 2010). Estas estrategias han sido criticadas porque pretenden adaptar a las mujeres a los estándares masculinos sin modificar las políticas y las estructuras organizacionales, y porque

sus resultados son limitados (Ely y Meyerson 2000), también en las organizaciones médicas (Bickel et al. 2002).

También existen **elementos externos** considerados importantes por las médicas para alcanzar sus logros. Se trata de aspectos externos a la persona que contribuyen a provocar algunos resultados profesionales, entre los que destacan la formación, la docencia y la relación con pares, pacientes o familia. Las médicas consideran que estos factores externos les ayudan a alcanzar logros. Por ejemplo, la propia especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es un facilitador para algunas médicas jóvenes especialistas MIRMF ya que les *“permite hacer muchísimas cosas con un paciente [...] te enriquece en la consulta como médico y te enriquece [...] también como persona”*. Para ellas su trabajo les permite un crecimiento personal ya que *“ves tantas cosas [...] te cuentan de todo y ves de todo, te hace plantearte muchas cosas”*. También trabajar en un centro de salud acreditado para formación MIRMF facilita la formación y el desarrollo profesional a las médicas jóvenes y a las de mediana edad ya que les permite *“desarrollarme [...] darme cuenta de lo que tengo entre manos [...] prepararme”*. Ellas perciben que *“en un centro con residentes las sesiones van mucho mejor”*, aprenden más ya que perciben mayor exigencia, *“esforzarte más o meterte en más cosas”*. Las médicas destacan la importancia de que la motivación proceda del centro de salud y no de ellas mismas.

Cuando las médicas jóvenes y las de mediana edad hablan de la formación como elemento facilitador diferencian entre autoformación y formación formal ofertada por el Servicio Andaluz de Salud, por ejemplo, cursos, congresos o encuentros profesionales. Las primeras mencionan más la importancia de la autoformación mientras que las médicas de mediana edad se refieren

principalmente a la formación formal que implica tiempo fuera de la consulta y la posibilidad de aprender nuevas técnicas que les reporten mayor control sobre las condiciones de trabajo y, por lo tanto, satisfacción. La precariedad laboral de las médicas jóvenes limita su acceso a la formación ofertada por el Sistema Sanitario y esta es, en parte, la que posibilita avanzar en la profesión y disfrutar de derechos laborales. Al encontrarse con obstáculos para acceder a la misma, las médicas jóvenes se autogestionan la formación. Autoformación significa para ellas *“ponerte al día”, “estar activa y no darte siempre contenta con lo que tienes y mantenerte”*. Les permite *“no caer en la rutina [...] no perder la mecha de tener siempre curiosidad, de querer aprender, de querer mantener la vocación y el entusiasmo por el trabajo a pesar de que tengas épocas malas”*. También les aporta mayor seguridad en sí mismas para realizar su trabajo: *“el día que yo me he puesto y me he sentado en Internet o me he puesto a mirar las publicaciones de los últimos medicamentos, o lo que sea, ese día las cosas me parecen al día siguiente de otra manera, que lo estoy haciendo mejor”*. Las médicas jóvenes consideran la autoformación como una acción estratégica que revaloriza la importancia de la formación continua y les permite revertir algunas desigualdades y mantenerse “dentro” (o más bien en los bordes) de la profesión. Las médicas de mediana edad, sin embargo, hablan más de la formación formal como elemento facilitador para sus logros. Para ellas formarse *“es muy sano porque yo me lo paso muy bien [...] viene muy bien oxigenarse [...] vuelves con ímpetu, siempre aprendes algo”*.

Ser docentes y tutoras MIRMF con residentes a su cargo es una oportunidad para alcanzar logros profesionales. A las médicas de mediana edad la docencia les *“da mucho impulso y mucho ánimo para hacer cosas nuevas”* para *“mejorar día a día”*. Además les permite evaluar su labor diaria y *“saber en dónde*

te puedes equivocar y dónde no” les aporta reconocimiento y satisfacción. La docencia motiva también a algunas médicas jóvenes para “*estar lo más actualizada posible*” y a “*hacer las cosas mejor*”. Tutorizar la formación MIRMF implica transmitir los valores de la especialidad y supervisar las actividades realizadas por el/la residente a lo largo de los cuatro años que dura la formación. Las tutoras y los tutores ayudan a las nuevas generaciones a aprender, sabiendo que en el proceso también se aprende, y reciben formación complementaria para mantener y mejorar sus competencias (Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y Ministerio de Sanidad y Consumo 2005). Es por ello que este elemento facilita los logros no solo de las médicas sino también de los médicos, como hemos descrito en el análisis de contenido del apartado anterior y explicado en nuestro artículo (Saletti-Cuesta et al 2013).

El equipo de profesionales de los centros de salud donde trabajan es considerado un elemento fundamental para las médicas de todos los perfiles. Es clave para formarse, promover su desarrollo profesional y disminuir su carga asistencial ya que las responsabilidades se distribuyen en el equipo. Las médicas de mediana edad consideran que el “*equipo te motiva y te implica y marca un poco tu carrera profesional*” ya que les facilita, por un lado, la reflexión sobre su propio trabajo, compartir emociones y pensamientos y, por otro, la realización de otras tareas tales como la investigación, la docencia, o la acreditación profesional. El equipo también influye en la calidad de la formación continua “*tú puedes hacer muchas más cosas [...] si tu quieres llevar a cabo pues yo que sé un programa de sesiones [...] si todo el mundo tira para adelante y todo el mundo se prepara su sesión estupendamente y todo el mundo tiene ilusión por hacerla, la cosa es completamente distinta*”. El efecto del trabajo en equipo ha sido señalado en una

revisión sobre los determinantes del éxito profesional en el ámbito sanitario como el elemento más influyente. Algunos aspectos, como la interacción y el trabajo colaborativo, mejoran el éxito a corto plazo y si el equipo permanece en el tiempo, los efectos en el éxito son mayores (Hulscher et al. 2013). Las cirujanas de Estados Unidos, por ejemplo, indican que las redes profesionales son el elemento más influyente para alcanzar sus logros profesionales, sin embargo para sus colegas varones este elemento es muy poco influyente (Ahmadiyah et al. 2010). En Medicina de Familia, el trabajo en equipo fue parte de la definición de la especialidad desde sus inicios y fue un factor decisivo para la modernización y democratización de la profesión, lo que explica que este elemento forme parte de la identidad profesional (Irigoyen 1996, p. 128; Fajardo 2007, p. 273-4). En el análisis de los relatos del apartado anterior encontramos que también para los médicos el trabajo en equipo es importante para alcanzar sus logros; sin embargo, para las médicas la importancia del equipo es mayor. Las médicas que trabajan en otros contextos y países también muestran mayor disposición a trabajar en grupo y a formar equipo por la mayor importancia que otorgan a las relaciones interpersonales (Levinson y Lurie 2004; Levitt et al. 2008, p. 44). Por otra parte, la percepción de aislamiento de la organización (Pololi y Jones 2010) y los menores recursos y apoyos que reciben las médicas (Coletti, Mulholland y Sonnad 2000; Wright et al. 2003; Shollen et al. 2009; Buddeberg-Fischer et al. 2010) puede explicar la mayor importancia que estas otorgan al equipo cuando reciben su apoyo.

Las directoras, por su parte, resaltan la importancia del apoyo de pares y la afinidad entre las personas del equipo para alcanzar sus logros, llegar a ser directoras y permanecer en el cargo. Dicen *“te anima la gente [...] ver que la gente te apoya (y) ya eres incapaz de decir que no”, “el apoyo mi equipo [...] es lo que a*

mí realmente me hace estar aquí y seguir luchando”, “por mucho que tú quieras hacerlo sola evidentemente no puedes hacer nada, porque te tienes que apoyar en el resto” o bien “antes de que venga a lo mejor otra persona que te pueda llevar por otro [...] pues prefiero a lo mejor estar yo [...] el día que a lo mejor tu veas que los profesionales que tienes no te apoyan pues yo creo que la primera que saldría fuera o sea que lo dejaría sería yo”. La mayoría de ellas se definen como directoras accidentales, circunstanciales, como si el cargo no les perteneciera y dependiese del apoyo del equipo. Observamos que el logro de estar en la dirección, que podríamos clasificar como objetivo, puesto que es observable y considerado importante por los estándares sociales de éxito, es atribuido en gran medida al equipo, el cual ejerce un efecto directo para alcanzar y mantenerse en el cargo. Ninguna directora habla de sus propias habilidades o de su formación como elementos facilitadores para ejercer el cargo. Ser directora implica participar activamente en el ámbito público y ejercer poder, lo cual genera el efecto subjetivo de no sentirse legítimas ni “con derecho a” vinculado a la percepción de transgresión social de los mandatos de género. Ellas temen perder relaciones y transgredir su rol de cuidadoras, es por ello que sobrevaloran la vinculación afectiva con el equipo y le dan poco valor a sus habilidades al mismo tiempo que cuestionan las reglas del poder. Esto también les sucede a otras mujeres profesionales de élite (García de León 2002).

Por último, la familia es un apoyo importante para las médicas de todos los perfiles. Dentro del concepto de familia incluyen: la familia de origen, la familia formada y sus relaciones de amistad. Así, contar con personas para compartir y hablar de sus experiencias y sentimientos les resulta fundamental para alcanzar sus logros. Lo mismo expresan las cirujanas estadounidenses (Ahmadiyah et al.

2010). La estabilidad personal y familiar es también un elemento facilitador señalado por las directoras y las médicas jóvenes. Esta estabilidad es básica e imprescindible para estar feliz, para *“encarar el trabajo de otra forma”*, para estar bien personalmente y no trasladar los problemas familiares al trabajo. El apoyo de la familia es fundamental especialmente para las de mediana edad y para las directoras; la familia *“ha facilitado mucho llegar a conseguir lo que quería [...] siempre me han estado empujando para adelante, para que yo pudiera hacer lo que, lo que no me creía capaz de hacer y sin embargo ellos siempre han estado ahí impulsándome”*. Las médicas de estos grupos destacan también la importancia del apoyo de sus parejas sentimentales. Para muchas de ellas *“si no lo hubiese tenido a él como apoyo no hubiera podido hacer lo que estoy haciendo, eso sí sería imposible”*. El discurso de las médicas no alude al apoyo de las parejas en las tareas domésticas o de crianza sino más bien a su efecto positivo y decisivo para su desarrollo profesional. De este modo, algunas directoras y médicas de mediana edad hablan de sus maridos y los mencionan como agentes decisivos en su socialización profesional ya que ellos les han transmitido roles y funciones que han facilitado su inserción en el mundo profesional. Una médica de mediana edad dice *“mi marido tiene una capacidad de trabajo [...] que es increíble [...] es una persona de pocas palabras pero de mucho trabajar y muy metódico en el trabajo, entonces yo creo que al final cuando él se queda ¡otra vez te vas! [...] digo la culpa es tuya porque yo antes no era así”*. El apoyo de los maridos también es un elemento destacado en la trayectoria profesional de otras mujeres académicas (García de León 2002, p. 173; Escolano Zamorano 2006, p. 236-237; Dio Bleichmar 2008; Barral et al. 2012). En el caso de la medicina, algunos estudios concluyen que las médicas en pareja tienen mayores probabilidades de tener una

especialización médica (Gjerberg 2003) y perciben mayor apoyo para su desarrollo profesional (Schrager, Kolan y Dottl 2007).

7.4. Experiencias y percepciones sobre el poder

El poder es percibido por las médicas jóvenes y las de mediana edad como algo ajeno, externo, que presiona y exige sin proporcionar nada a cambio. Señalan que ocupar un cargo no les interesa, que no les representa ningún prestigio ni poder, y tampoco consideran que otorgue satisfacción. *“No aspiro a mucho más en mi profesión. No quiero ser directora de centros”; “No quiero cargos tampoco, ni quiero ser directivo de nada, nada que ponga jefe de no sé qué, no, eso lo he rechazado siempre mucho porque no me ha atraído nada, o sea, no, no, no, no me [...] no considero que sea un logro”*. Algunas médicas de mediana edad con experiencia directiva consideran que ello no supone una satisfacción personal sino *“más bien un lastre”; “he conseguido casi todo lo que se puede escalar dentro de lo que es mi profesión ¿no? He sido directora también de un centro, en fin, historias Para mí jeso no supone un logro!”; “he sido directora de un centro y yo la verdad es que no creo que eso sea [risas] ningún logro ni ningún éxito”*. Esta distinción entre la percepción propia y la externa respecto a un logro, como la dirección del centro de salud, permite diferenciar entre lo social y lo subjetivo y evaluar, con la lucidez de las excluidas, los costes del poder androcéntrico.

Las médicas de mediana edad perciben que sus compañeros varones se relacionan con el poder de manera diferente. Dicen: *“conozco hombres [risas] que creen que ser directivo...”*, *“creo que tienen una forma de medir el éxito diferente que la nuestra, totalmente diferente”* y afirman que ellos: *“necesitan ese*

reconocimiento”, “que tu compañero médico igual a ti [...] piense que tú eres una eminencia [...] gente puntera”. Ellas se ven diferentes a sus compañeros “yo eso no, no me compensa”; “a mí no me interesa figurar ni ir para arriba y para abajo”. Esta percepción de las diferencias de género respecto al poder forma parte del conocimiento situado de las médicas y responde a su posición de subordinación en la cultura profesional sanitaria (Pololi et al. 2012). Como hemos descrito en el apartado anterior, esta toma de conciencia es superior en los grupos de médicas respecto al de los médicos y permite a las médicas darse cuenta que la discriminación es grupal y no individual (Harding 2004b).

Las médicas jóvenes toman conciencia en el grupo y reflexionan “pues lo mismo es algo significativo que para ninguna sea un logro ser [risas] directora del centro de salud”, y creen que desde esa posición “no podría cambiar en realidad, nada [...] no al nivel en el que a mí me gustaría”, aludiendo al cumplimiento de los objetivos asistenciales “los indicadores pesan”. Consideran que ser directoras equivale a ser “un instrumento del sistema” e implica “tener que hacer cosas que no quieres hacer”, es decir, soportar la presión de la administración y del cumplimiento de los objetivos asistenciales. Piensan que dirigir un centro de salud implica estar “en mitad de camino, entre los trabajadores del centro y la administración”, “separarte un poco del equipo, de tus compañeros” o crear “una distancia con los compañeros”. Distancia que las remite a la soledad “es un trabajo más en solitario” a la posibilidad de “perder buenas relaciones que tienes con compañeros” y también a la dificultad de “llevarte bien con todo el mundo, siendo director yo creo que no es posible, salvo que todo el mundo lo haga muy bien”. El coste emocional de esta separación es considerado como gran esfuerzo añadido que no les merece la pena. Al rechazar la posibilidad de ejercer poder las

médicas evitan el conflicto subjetivo y la distancia emocional que implica su ejercicio (Hernando 2003). Por otra parte, es interesante destacar que las médicas jóvenes valoran de forma positiva las capacidades que los cargos directivos deberían tener para la comunicación y destacan especialmente la importancia de la empatía, de la asertividad y de la “*capacidad de negociación*”. Es decir, enfatizan la importancia de las capacidades de liderazgo más propias de las mujeres, relacionadas con un estilo de liderazgo más democrático y orientado a la cooperación y a las relaciones interpersonales (Eagly y Johnson 1990; Ramos, Barberá y Sarrió 2003; Ramos 2005, p. 108-110).

En definitiva, las médicas jóvenes y las de mediana edad observan el poder desde los márgenes y desde allí concluyen que no les interesa, que desde la dirección de un centro de salud no es posible modificar la realidad y, además, que su ejercicio implica un conflicto subjetivo, un alto coste emocional y relacional que no les compensa ni satisface. La conciencia crítica de las médicas revela su sensibilidad a las diversas formas de autoritarismo y de sometimiento patriarcal que se ejerce sobre ellas, sin embargo, todavía no construyeron nuevos modelos para ejercer el poder.

Las médicas catalanas, estudiadas por Inma Pastor Gosálbez y su equipo (2008, p. 131-3), tampoco se muestran interesadas por la ocupación de cargos jerárquicos en los hospitales, especialmente en el sector público, y los argumentos de rechazo más comunes son la comodidad de sus actuales puestos, la disminución del contacto con pacientes, el aumento de la disponibilidad horaria y de las responsabilidades de administración de recursos. La situación es similar entre las médicas estadounidenses que destacan la importancia del reconocimiento local y de sus pacientes (Buckley et al. 2000). Tampoco a las

profesoras universitarias españolas les interesa ocupar puestos de responsabilidad, lo que se atribuye a falta de ambición personal y a una actitud crítica hacia los ámbitos de gobierno universitarios (Pérez Sedeño et al. 2003, p. 151-3). Entre las profesoras universitarias valencianas ocurre lo mismo y, en su caso, argumentan que los cargos son símbolos de poder, que su desempeño exige una gran dedicación de tiempo y, que en definitiva, el poder implica aspectos que no desean ni comparten, por tanto no les compensa (Escolano Zamorano 2006, p.427). A las ingenieras españolas no les importaría ocupar puestos de poder siempre y cuando no supusiera la renuncia a otros aspectos del trabajo que valoran más, como por ejemplo las relaciones personales (López-Sáez, Lisbona y Sáinz 2004). Se ha señalado que las dificultades para que las mujeres accedan al poder provienen de factores externos, como los mecanismos de discriminación y los estereotipos de género (Carli y Eagly 2001; Burgess et al. 2012), y de factores internos relacionados con la identidad de género (Hernando 2003; Levinton 2003). La metáfora del techo de cristal explica la interacción de estos factores y el mantenimiento de las desigualdades de género en la ocupación de cargos de responsabilidad en medicina (Riska 2011; Zhuge et al. 2011).

La mayoría de directoras sienten que el ejercicio de poder inherente al cargo no les confiere ningún prestigio como profesionales, y, con frecuencia, expresan que lo ocupan por voluntad propia y solo de forma temporal, somos *“accidentales”, “casuales”, “es un apéndice” , “siempre por un período corto”, “desde que estoy de directora es sobrevivir el tiempo que a mí me dé la gana, es decir que no puedan conmigo, pero lo digo como sobrevivir [...] pero porque yo quiero, es decir yo estoy aquí porque yo quiero y voy a aguantar hasta que yo quiera”*. Parece que ellas saben que el poder no se tiene, que el poder se ejerce y

circula (Foulcaut 2002). A pesar de los obstáculos, algunas directoras manifiestan bienestar por ocupar el cargo *“la verdad es que me satisface”, “también me satisface después la gestión”, “te reconocen y también es fundamental en el logro, sí”, “me siento muy orgullosa de ser mujer y tener muchísimos hombres a mi cargo”,* mientras que una minoría revela un cierto desencanto *“tanto como gustarme [...] yo creo que yo me empiezo a sentir ahora mejor en el cargo, llegaré un momento que quizá me guste, todavía no ha llegado”*. Su insatisfacción se relaciona con la sobrecarga de trabajo, con la falta de reconocimiento de sus superiores y con la soledad del cargo. Se ha señalado que las mujeres líderes no son apoyadas por sus superiores para ejercer poder y son aisladas en las organizaciones (Amorós 2005, p. 431), lo que puede explicar el sentimiento de algunas directoras de nuestros grupos. La incomodidad con el cargo se vincula con las características negativas que las directivas asocian a los cargos de responsabilidad y explica que con frecuencia las líderes resalten aspectos positivos de su cargo como, por ejemplo, la posibilidad de cambio social (Sánchez-Hucles y Sánchez 2007).

En general, las directoras consideran que sí es posible producir cambios en el Servicio Andaluz de Salud y su mayor motivación radica en la finalidad o el para qué de ocupar el cargo, *“cuando uno se va a la dirección pues cree que puede hacer algo. Y con esa ilusión lo haces ¿no? Pero luego te das cuenta que está todo muy limitado”*. *“Estar en el medio”* entre sus pares y la administración sanitaria les permite a las directoras con mayor experiencia crear y mantener un modelo de gestión diferente, un *“microclima [...] un pequeño espacio donde tú puedes ajustar algún tipo de cosas [...] y parapetarme un poco a mí y a todos mis compañeros [...] frente al distrito y esta administración que nos machaca”, “poder llegar a un*

modelo distinto al clásico de dirección". Dicen *"¿qué hago aquí? muchas veces me lo pregunto y me lo preguntan. Yo creo que como una cosa absurda. Lo reconozco, pero como coraje de cómo ha ido jodiendo todo nuestro trabajo la administración y entonces como que me parece que todavía tengo un margen mínimo, pero un margen, de seguir haciendo las cosas que yo quiero"*. Ellas disfrutaban de ventajas del cargo que llaman *"margen de gestión"*, es decir, poder para negociar diversos aspectos con su equipo. Las directoras con mayor experiencia están más empoderadas y tienen más recursos. En el caso de las académicas mexicanas Patricia García Guevara (2009, p. 41) señala que, a pesar de que muchas de ellas siguen en apariencia las reglas del poder masculino, es importante documentar las pequeñas transformaciones y cambios que realizan e identifican la creación de referentes distintos al poder hegemónico. Producir cambios requiere tener poder y estas directoras plantean su poder como resistencia al poder (Valcárcel 1994). Una posición que es más de subversión que de sumisión (Markus 1990) y se relaciona con la posición crítica de las directoras respecto al actual modelo gerencialista del Sistema Sanitario y la tensión que provoca entre los valores humanistas, más propios de la Atención Primaria, y los nuevos valores técnicos de la eficiencia. La contradicción entre sus ideales y valores profesionales y las demandas de la administración sanitaria genera conflicto a algunas directoras. Expresan que tienen que hacer *"filigranas"* con su conciencia, con sus principios, *"de tripas corazón"*, y que a veces sufren por ello, *"equilibrarlo con tu conciencia...es lo más difícil [...] El que tú un día digas por aquí he tragado, tú dices ¿cómo he tragado por aquí?"*. Con sus críticas, como estrategia de resistencia, expresan su oposición al poder androcéntrico y su demanda de un nuevo poder con un funcionamiento y unas reglas más justas. Por otra parte, las directoras

enfatan la necesidad de generar alianzas y espacios para hablar, como estrategia ante las presiones de la administración para *“verbalizar lo que pensamos”* y *“plantar un poco de cara”* a la dirección. El grupo de discusión facilita a las médicas la toma de conciencia de su situación de desventaja, por ejemplo, identifican el horario de las reuniones como maniobra para impedir el debate, *“siempre se habla con prisa”, “eso está pensado igual de pensado que yo cuando quiero que uno haga una cosa me lo llevo al despacho y lo aísla”*. La importancia de explicitar los pactos, de hacerlos públicos, implica generar estrategias comunes y además reconocer la titularidad y legitimidad de las mujeres en sus puestos de poder (Lagarde 2005, p. 114), algo a lo que aún parece que no ha llegado estas médicas ni tampoco las académicas mexicanas (García Guevara 2009, p. 44). Si el poder supone soledad para las mujeres y no para los hombres, significa que las mujeres no cuentan con el apoyo de otras mujeres y las alianzas entre ellas reducirían ese sentimiento de soledad (Valcárcel 1994; Posada Kubisa 1995). Es importante destacar que ninguna de las directoras menciona figuras referentes para ejercer su liderazgo. La falta de modelos femeninos con los que identificarse ha sido señalada como una barrera importante para el liderazgo de las médicas (Zhuge et al. 2011). Además, aumenta la inseguridad y el temor de las líderes en el desempeño de sus responsabilidades (Burin 2003).

El apoyo de su equipo ha sido fundamental para que la gran mayoría de directoras acepte y desempeñe el cargo *“la verdad que yo me metí sin saber un poco donde me metía. Aquello que te apoyan los compañeros [...] que el distrito te echa un guiño diciendo: sí, te queremos”*, para otra *“si tú ves que la gente te apoya es que eres incapaz de decir que no. Cuesta trabajo”*. Tal como explicamos en los elementos facilitadores del logro del apartado anterior, el apoyo del equipo es

sobrevalorado por las directoras, de esta forma el ejercicio de poder está menos desvinculado de los mandatos de género, en especial el rol de cuidadoras. Por otra parte, la importancia otorgada al equipo refleja un estilo de liderazgo basado en la cooperación que es más propio en las mujeres (Eagly y Johnson 1990; Ramos, Barberá y Sarrió 2003; Levinson y Lurie 2004; Ramos 2005, p. 108- 115).

Imponer y priorizar un criterio genera, en la mayoría de directoras, un conflicto subjetivo relacionado con la contradicción entre los mandatos de género; por un lado, y la individualización y la distancia emocional que supone ejercer el poder, por otro (Hernando 2003). Lo mismo ocurre entre las directivas jóvenes analizadas por Alicia Kaufmann (2007, p. 51) quienes desean imponerse evitando avasallar y herir a los demás. En este sentido una de nuestras directoras dice: *“en las relaciones personales yo creo que es donde más logros o más satisfacciones podemos sentir y más insatisfacción también porque es lo que más nos duele. Cuando tenemos problemas con los compañeros y vivirlo día a día pues cuesta mucho [...] que hay que ver lo que suponen las evaluaciones de desempeño que cuando tú evalúas a un compañero que es muy bueno pues no tienes ningún problema pero cuando tienes que evaluar a alguno donde el que los resultados no los tiene tan buenos [...] es un desgaste personal el conseguir que esa valoración no sea una pelea”*. La estrategia utilizada por una de ellas para intentar evitar este conflicto es la autoexigencia *“tú tienes que dar ejemplo [...] intentar ser el mejor del grupo, porque no te van a permitir otra cosa y si haces otra cosa te lo van a echar en cara. No puedes exigir a alguien que haga algo que tú no estés haciendo. Me parecería una inmoralidad”*. La exagerada autoexigencia de muchas mujeres con poder se relaciona con la internalización de la severidad con la que la sociedad juzga estos “comportamientos femeninos no tradicionales” (Coria 1993,

p. 82-86). La autoexigencia es también un modo de resistencia, una respuesta a los estereotipos sobre sus capacidades y a las reacciones negativas del entorno, que se producen cuando las médicas asumen cargos de responsabilidad (Reed y Buddeberg-Fischer 2001; Burgess et al. 2012).

A pesar de percibir el apoyo del equipo, algunas directoras expresan un sentimiento de soledad por estar *“en medio de dos grupos”*, superiores y pares. Dicen *“cuando llegas a esto, yo no sé vosotras, pero yo me encontré muy sola, yo decía ¡dios! Yo me encontré en medio de dos grupos que me pedían cosas y yo no sabía cómo hacerlas ni cómo responder [...] y tú allí en el medio con poco apoyo. Y yo, esta soledad la sentí durante los primeros meses, ahora ya menos. Pero al principio decía: es imposible que pueda sobrevivir de esta forma”*. Esta percepción se agrava por el escaso apoyo recibido de la administración. Sin este apoyo, ellas no se sienten autorizadas, legitimadas, para disfrutar de ciertos privilegios del cargo que generarían diferencia, distancia con el equipo y que podrían restar su apoyo. Además, estas directoras prefieren no obtener beneficios personales a corto plazo para favorecer la unión y la igualdad dentro del equipo que dirigen. Podríamos considerarlas élites discriminadas por el *“pacto entre hombres”* o *“old boy’s club”*, que deben ejercer poder aisladas de los círculos de poder masculinos y limitadas por las pequeñas porciones de poder que les otorgan (García de León 2002, p. 51). Al no recibir el apoyo de los superiores, las directoras ejercen el poder de forma inestable, su poder no fluye, es interrumpido porque siempre necesita la legitimación de algún miembro masculino independientemente de su rango jerárquico (Amorós 2005, p. 430); y esta necesidad explica, en parte, la sobrevaloración del apoyo del equipo.

Por último, es de destacar el conflicto de identidad que subyace a las preguntas que formulan algunas directoras a la moderadora: “¿*nuestra opinión la quiere como médico, como clínico, como médico de familia o como dirección*” o “*como estamos ahora mismo ejerciendo de directoras aunque seguimos pasando consulta ¿nos centramos en nuestro trabajo como médicos o como directoras?*”. El contenido latente de estas preguntas remite a un conflicto identitario. Para María Antonia García de León (2002) este conflicto se relaciona con las dificultades de las mujeres para verse en una posición social que “no les corresponde” en una sociedad patriarcal. Esta ambivalencia identitaria se relaciona con el proceso de cambio social que la autora describe como proceso de aculturación. En este proceso, las mujeres adquieren a través de la interacción características del modelo masculino dominante y se enfrentan a conflictos derivados de la sobrecarga de roles tradicionales femeninos y de nuevos roles como, por ejemplo, la experiencia de sentir que deben priorizar entre su vida laboral y familiar (García León 2002, p. 44-49). Por el contrario, otras directoras ante las preguntas de sus compañeras a la moderadora responden “*va todo incluido, claro*” o apuntan: “*como mujeres [...] madres [...] mujeres con niños, con una edad y directoras*” indicando que estas directoras sí incorporaron el cargo como un elemento más de su identidad, revelando que el conflicto identitario señalado no se produce en todas las directoras por igual, y tampoco se relaciona con sus características profesionales o familiares. Otra lectura sobre las identidades de las directivas es la que realizan Janny Sánchez-Hucles y Penny Sánchez (2007). Las autoras explican que las mujeres líderes tienen identidades múltiples que están interconectadas, más que integradas, y cada persona decide qué identidad desenvolver según el momento y el espacio en el que se encuentre. Sin embargo, advierten que existe

una presión externa que obliga a priorizar una identidad específica o a asimilar la identidad hegemónica. Es por ello, que las mujeres líderes se preocupan mucho por qué aspectos de la identidad pueden o no revelar a los demás, sin ser censuradas o rechazadas. Están atrapadas en una trampa ya que, por un lado, deben conformar los estándares de la cultura hegemónica y, por otro, lidiar con las presiones de los grupos con los que comparten aspectos de su identidad para poder desafiar el orden vigente.

7.5. El reconocimiento de la autoridad

Las médicas de todos los perfiles desean ser reconocidas en su trabajo aunque no todas lo logran. La autoridad no se impone, la inicia y la mantiene alguien, por ejemplo el/la paciente, que libremente reconoce autoridad a su médica porque le transmite confianza y seguridad.

La concesión de autoridad que realizan sus pacientes es importante para todas. En general, tanto las médicas de mediana edad como las directoras sienten que sus pacientes les otorgan autoridad y éste es el reconocimiento que más les interesa *“lo que tú sientes que haces por los demás y lo que notas que ellos también reciben. El tema de la afectividad me gusta mucho en nuestra profesión, el que tú quieras a tus pacientes y ellos también te quieren, que estás valorada y te echan de menos”*; y otra comenta *“el que yo abra la puerta y estén todos allí esperándome con una alegría que parece que han visto a su salvador”*. Por el contrario, las médicas jóvenes no perciben que sus pacientes les concedan autoridad y reconocen su edad y su sexo como principal obstáculo para obtener su reconocimiento *“yo creo que hay ahí un desventaja importante que es ser*

mujer y joven. Mujer joven es mezcla explosiva, eres la niña. Hoy es ya hasta vamos, hasta en plan 'janda chochi hazme' Eso me lo han llegado a decir (los pacientes)", o comentan "no me importa que me hables de tú pero no me digas que soy una niña [...] es que me recuerdas a mi niña, a mi nieta [...] y le dices: 'mire usted, que soy yo la que le digo lo que tiene que tomar'". Una de ellas usa la estrategia de hablar de usted a sus pacientes y algunas observan diferencias en el reconocimiento que reciben sus compañeros varones: "yo he estado con residentes varones y él sigue siendo Don José, como le llaman", y su objetivo es "que me llamen Olga nada más [...] porque hay algunas que me llaman Olguita, pero soy Olga". En otro estudio realizado hace diez años con médicas jóvenes andaluzas también se observa que reconocer autoridad a una médica aparece como una contradicción que genera desconfianza en los pacientes (Delgado, Távora y Ortiz 2003). Podríamos decir que el paso del tiempo no ha solucionado el escaso reconocimiento de autoridad de las médicas jóvenes andaluzas. Uno de los obstáculos de las médicas para ser reconocidas como autoridad es precisamente el hecho de ser mujeres, ya que el pacto entre hombres ha unificado la autoridad científica con la autoridad masculina (Sartori 1998; Miqueo 2008), lo mismo ocurre en medicina (Pringle 1998). Por ejemplo, los y las pacientes otorgan mayor competencia técnica y autoridad a los médicos que a las médicas (Delgado et al. 1999; Bar-Tal, Stasiuk y Maksymiuk 2013).

Las médicas de mediana edad y las directoras reciben autoridad de sus pares *"cuando alguien quiera hacer algo cuente contigo o que alguna propuesta que tú hagas pues también a la gente le parezca que puede ser interesante o que si haces algo la gente con la que te rodeas pues piense que tienes la capacidad de llevarlo adelante"; "que nuestros compañeros nos valoren, nos consulten, nos*

comenten”; *“hombre, no es que vivas pensando en el éxito pero que si agradeces el éxito, vamos que te reconozcan en tu entorno”*. Entre las médicas de mediana edad, ser reconocidas por sus pares es un *“exitillo”*, *“logros muy caserillos, muy domésticos”*, *“de andar por casa”*, y no parece generarles un conflicto subjetivo ya que lo perciben como algo derivado de sus habilidades relacionales, una extensión de sus roles *“domésticos”* y de cuidado; implica una vinculación afectiva y responde a sus deseos de apego, lo cual es congruente con los mandatos de género y explica que no experimenten disonancias con este reconocimiento (Levinton 2003). Las médicas jóvenes, sin embargo, no siempre se sienten respetadas ni investidas de autoridad por sus pares, especialmente cuando se incorporan a un nuevo centro de salud, hecho frecuente debido a su gran inestabilidad laboral. Sienten que deben *“salvar tu dignidad frente a un compañero [...] porque llegas y eres la niña y la última, entonces coge la fregona y friega”*. Es por ello que *“sentirte reconocida o que los compañeros también vean un poco tu progresión”*, *“sentirte querida por tus compañeros y respetada”* es un logro importante para todas ellas, ya que les hace sentir que *“eres alguien”*. Esta falta de reconocimiento de autoridad también es señalada por directivas jóvenes españolas que creen que se las valora más por su belleza que por sus habilidades directivas (Kaufmann 2007, p. 49). Las médicas jóvenes no se sienten reconocidas pero tampoco emplean mecanismos para autorizarse entre ellas ni para cuestionar la norma masculina, lo mismo les sucedía a las médicas españolas que ejercieron durante la década de los 60 (Ortiz 2005). La importancia de reconocerse autoridad entre las propias mujeres, especialmente entre las más cercanas, es una práctica feminista importante para superar la desautorización y la falta de referentes (Miqueo 2008). La falta de autorización simbólica también

actúa en su subjetividad suponiéndoles dificultades para reconocer la autoridad que otros les conceden, *“experta, ¿por qué? [...] el hecho de que te cataloguen de experta, para mí el tema de ser experta y tener éxito es algo muy público, muy de fuera [...] tendré que llegarme a creer que soy experta porque la gente crea que sea [...] la gente me considera experta y a mí eso me apabulla”, “no me siento identificada con esa visión que puede tener la gente de ti. Es más, para mí es incomodo porque a veces quieres saber y aprender de todo pero pasar desapercibida, tampoco quiero que figure mi nombre”*. A ellas, que las consideren *“expertas”* o *“referentes”* les genera una *“lucha”* interna, un conflicto subjetivo relacionado con el deseo de ser reconocidas, protagonistas exitosas, por una parte y los mandatos de género, por otra (Coria 1993, p. 65-67; Levinton 2003; Kaufmann 2007, p. 119).

La concesión de autoridad por parte de residentes también es importante para las médicas de mediana edad y las directoras. Dicen *“para mí era un logro [...] que los residentes te valoren también y que estuvieran contentos [...] Yo tenía uno que me decía: ‘cuando yo sea mayor quiero ser como tú’ [risas]. Hombre, son reconocimientos, para mí eso es un éxito ¡que te mueres! ‘cuando sea grande quiero ser como tú’, eso es un éxito para mí”*.

La necesidad de recibir autoridad de sus superiores es expresada por las médicas de mediana edad y las directoras. Ellas, necesitan *“un reconocimiento para ser feliz”, “es muy triste trabajar y que no te valoren”*. Les *“importa la nota que nos dan”, “a todos nos gusta que nos den la palmadita [...] es importante el refuerzo positivo”*. Un grupo de médicas de mediana edad debate sobre las ventajas de la acreditación profesional y consideran *“que es una manera de valorar tu trabajo, no te lo dan en otro tipo de beneficios pero te valoran diciendo*

pues que tú estás cumpliendo bien con tu trabajo, y al menos te doy un certificado". Cuando no son reconocidas "les duele", "nos sienta mal cuando no nos valoran bien, cuando no se nos tiene en cuenta en algo". Para una directora "la palmadita no te la da nadie [...] ¿Quién te felicita cuando algo sale bien? Nadie" y una médica de mediana edad comenta "pues probablemente por eso me iría [...] digo: hala, la nota te la pones tú y ¡yo me voy! Pues sí, es verdad, lo que más miedo tenía era que me compararan con la administrativa"; para ella la falta de reconocimiento es "una de las causas de mi depre [risas] [...] aún sabiendo que el que te valora no es valorable". Son pocas las directoras que reciben autoridad de sus superiores y ocurre cuando sus superiores rectifican una decisión: "se disculpó es decir, a mí que se disculpara porque sabía que lo estaban haciendo mal porque yo estaba tan mal, la verdad que yo dije joder [...] yo eso de que consiga que desde arriba me digan que no y yo que sí, y al final me digan que sí digo ¡Toma!". Algunas directoras, sin embargo, identifican el reconocimiento de los responsables del distrito con el seguimiento de sus políticas "¿el reconocimiento en el distrito? Casi que si me lo dieran me asustaría". Las directoras son élites discriminadas por los círculos de poder masculinos y por el poder residual que les otorgan, es por ello que necesitan de la autoridad reconocida por la administración para sentirse legítimas en su cargo. En los resultados del análisis de contenido del apartado anterior observamos que los directores también necesitan el reconocimiento de sus superiores para ejercer el cargo pero, a diferencia de las directoras, ellos sí se sienten reconocidos por sus superiores.

El prejuicio contra las mujeres líderes, que asume que las mismas son menos competentes que los hombres, explica su dificultad para recibir autoridad y ejercer influencia (Carli y Eagly 2001). La falta de autoridad o autorización

simbólica es un obstáculo para las mujeres más importante que la opresión (Sartori 1998); y provoca inseguridad y bajas expectativas de las profesionales en general (Dio Bleichmar 2008).

7.6. Trayectorias mayoritarias: el cuidado y la satisfacción personal como prioridades

Los itinerarios profesionales de la mayoría de médicas son discontinuos, poco planificados y, en general, solitarios, especialmente los de las médicas de mediana edad y las jóvenes. En las trayectorias de las directoras de centros de salud observamos mayor diversidad. De nueve directoras, cuatro tienen itinerarios profesionales discontinuos, poco lineales, y cinco están más orientadas a la carrera profesional. Esta diversidad no se relaciona con los años de experiencia en el cargo ni con su situación familiar.

Las médicas de familia manifiestan haber renunciado temporal al modelo de “buena profesional” para dedicarse a las tareas de cuidado, sobre todo en los momentos de mayor demanda como la crianza infantil o el cuidado de sus progenitores. Varias médicas con hijos/as dicen *“siempre he tenido muy claro que primero era mi familia y después ya trabajaría yo y no me arrepiento, no hubiera hecho nunca al revés”*. Esta renuncia temporal a una mayor dedicación a la vida profesional ha implicado *“un tiempo (en) que yo ciertas cosas no he podido hacer, pues me he retirado”* o como explica una médica joven y madre de dos hijos pequeños, ha significado un retroceso: *“me he quedado un poco atrás pero porque no podemos abarcar todo porque no hay tiempo y eso y tienes que priorizar”*. Las médicas de familia de nuestros grupos priorizaron las tareas de

cuidado en sus itinerarios vitales, lo cual ha modificado sustancialmente su itinerario profesional, igual ocurre con otras médicas españolas (Ortiz 2005), andaluzas (Delgado, Távora y Ortiz 2003), catalanas (Pastor Gosálbez et al. 2008, p. 181) y estadounidenses (Kalet et al. 2006), y con otras profesionales (Luque 2008), como por ejemplo, profesoras universitarias (Pérez Sedeño et al. 2003, p. 175; Escolano Zamorano 2006, p. 426) o científicas e ingenieras (Xie 2006, p. 42).

Entre las médicas de mediana edad y las directoras destaca su elección de priorizar su satisfacción personal frente a su desarrollo profesional. Para una médica de mediana edad, una de sus metas es *“estudiar un poquito más [...] pero es que tengo ganas de pingonear también [risas] yo creo que tengo que hacer mitad y mitad”* y una directora dice que no está dispuesta a llevarse ninguna tarea del trabajo a su casa ya que *“yo no me quiero así [...] yo me tengo que cuidar yo, me tengo que proteger yo”*. Señala otra *“cuando yo estudié medicina yo pensé [...] que yo tengo que llegar hasta aquí, bueno yo llegué o teóricamente parece que he llegado ¡y para mí no es un logro! es decir, yo no siento haber logrado algo ¿no? a mí lo que realmente me llena es que en cualquier sitio yo esté satisfecha con lo que hago y que mis pacientes estén contentos con lo que yo hago, eso para mí es logro profesional, es decir, la carrera profesional tal como está establecida a mí personalmente, a lo mejor yo soy un bicho raro, pues no me está produciendo satisfacción. En un momento de mi vida creí que sería la mujer feliz del mundo cuando hiciera esto, esto, esto y esto. Pues no, pues mire usted pues no, no”*. A pesar de verse *“obligada a hacer la acreditación [...] no tengo absolutamente ninguna gana de hacerla [...] no termino de verla clara”*. En el mismo sentido, otra médica añade *“Yo, yo al principio si tenía, y me preocupé en hacer determinadas cosas pero conforme ha ido pasando el tiempo yo cada vez estoy más*

desilusionada y cada vez tengo menos ganas de hacer cosas. Yo eso sí, si lo noto, que hay por lo menos en mí y en la gente que me rodea ¿no? una sensación de desilusión y de, de desgana por hacer cosas nuevas porque son muy costosas". Las directoras también priorizan su satisfacción personal y el autocuidado en el desempeño del cargo. Una lo expresa con estas palabras *"para mí ahora mismo el hecho de estar donde estoy es un beneficio mío, es un logro mío porque aunque me reporta muchos quebraderos de cabeza, me aporta unos beneficios personales que si no estuviera ahí no los tendría"*. La dirección implica para otra *"aprender y hacer cosas y asumo la dirección como un nuevo reto en mi vida"*. Se ha señalado que las mujeres no siguen los modos tradicionales y androcéntricos de hacer carrera y que su desarrollo profesional se caracteriza por un desarrollo cíclico, que enfatiza la autodirección, la agencia, en el que destacan los valores y las decisiones personales así como la dimensión subjetiva de éxito (Valcour y Ladge 2008, Enache et al. 2011).

En general, podemos decir que las médicas de familia no han planificado sus metas ni, en consecuencia, su desarrollo profesional. En la profesión médica y específicamente en Medicina Familiar no existe la tradición de diseñar la carrera profesional, de hecho, hasta la implementación del programa de acreditación de competencias profesionales en Medicina de Familia ya descrito en la introducción, no existía el concepto de carrera profesional, algo que sí ocurre con profesionales de otros ámbitos como el académico. Por esta razón, no es de extrañar que las médicas hayan pensado poco o nada en términos de carrera a lo largo de su vida profesional. Como relata una de ellas *"yo no me he propuesto así como cosas que yo quisiera, a lo mejor yo sí que conozco gente en mi entorno que se propone ¿no? Pero que yo he ido haciendo cosas conforme me han ido surgiendo oportunidades*

o conforme me han ido surgiendo problemas que se me han planteado que he intentado resolver de una manera o de otra [...] yo creo que el equipo y con la gente que trabajas y con la que te rodeas influye mucho en la evolución de tu carrera". Al hablar de su desarrollo profesional una directora dice: "encontrarme lo que me voy encontrando por ahí ¿eh? Yo no voy planteándome grandes cosas nunca, yo jamás en la vida. Hace un año y pico si a mí me dicen ¿tú vas a coger la dirección? ¿yo?". Otras directoras comentan que los cambios en sus metas profesionales surgieron de encuentros con pacientes. Una comenta "yo después de veinte años trabajando pues mis expectativas de cuál es mi función como médico de familia es distinta de cuando empezó y eso me lo ha dado el estar con los pacientes y el pensar sobre ello" y en la misma línea otra directora dice "entiendo lo que ella está diciendo ¿no? Que se evoluciona muchas veces, que al principio somos más rigurosos o tu meta es: ` ¡voy a domar mi cupo!. Sin número yo no veo a nadie'. Yo antes era así [...] y todavía tengo sobre mi conciencia esa abuelita que dejé un día en la puerta que sigue siendo mía y me quiere con locura y yo a ella también y la tengo como una espinita aquel día que vino y me dijo que la atendiera en silla de ruedas y yo le dije que no". Otras mujeres líderes tampoco planifican estratégicamente sus metas, sin embargo sus trayectorias no pueden clasificarse como casuales ya que las elecciones que tomaron han sido ventajosas (Cheung y Halpern 2010).

Las metas profesionales de las médicas son diversas y en sus itinerarios profesionales observamos la alianza entre metas profesionales y públicas y otras metas relacionadas con satisfacciones internas y afectivas. En sus relatos destacan las metas internas, personales, evaluadas por ellas mismas. Algunas son objetivos infinitos o de largo plazo como por ejemplo "aprender", "ser más flexible",

“sobrevivir”, “acompañar a pacientes” o “*ser mejor tutora [...] lo que pasa que esa no termina nunca ¿no?*”. Para muchas médicas de mediana edad y directoras la meta principal en su trayectoria profesional ha sido obtener la plaza propia y trabajar cerca de casa. Una médica relata “*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*” y otra dice “*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*”. Parece que la estrategia y planificación profesional más importante ha girado en torno a este objetivo, que sin duda les facilita un mejor equilibrio entre su vida personal y familiar.

La diversidad de metas y la profunda reflexión que conlleva para las médicas de mediana edad y directoras revela por un lado que su prioridad no es el desarrollo unidimensional de la carrera sino más bien el desempeño de otros intereses quizá más satisfactorios para ellas; y por otro, que piensan en la administración del tiempo que consideran escaso debido a las cargas familiares y domésticas. En consecuencia, ellas no renuncian al esfuerzo y a las ventajas que obtienen de, por ejemplo tener una plaza propia, pero sí renuncian a otros méritos, como las publicaciones o la asistencia a congresos, que forman parte de los méritos del actual modelo de carrera profesional del Servicio Andaluz de Salud. Las profesoras universitarias también priorizan metas concretas importantes, como la titularidad, y se niegan a realizar otras tareas que consideran prescindibles pero que sin duda podrían beneficiarlas, como por ejemplo el trabajo de gestión (Escolano Zamorano 2006, p. 426). Renuncian a determinados logros por falta de tiempo y por no imitar el modelo masculino de

competencia, frialdad y desapego de las relaciones humanas (Pérez Sedeño et al. 2003, p. 106), lo que puede interpretarse como una práctica de resistencia al sistema meritocrático presente en el discurso hegemónico de carrera profesional en el Servicio Andaluz de Salud. La congruencia entre las decisiones profesionales y los valores personales es una característica de las trayectorias profesionales de las mujeres contemporáneas (Enache et al. 2011). Todo parece apuntar a que el hecho de no seguir la dirección del éxito, como diría María Markus (1990), o el rechazo consciente de la definición tradicional de éxito (Dyke y Murphy 2006) les permite a las médicas de nuestros grupos tomar decisiones profesionales coherentes con sus propios valores e intereses, y alejarse del modelo hegemónico/androcéntrico de desarrollo profesional.

Otro aspecto llamativo es la reflexión en torno a sus aspiraciones. Muchas médicas evalúan si sus deseos son “realistas” en un contexto determinado. Al proponerse una meta suelen evaluar las ventajas e inconvenientes y, muy especialmente, los esfuerzos que conlleva y los apoyos de los que disponen. Las médicas de mediana edad y las directoras destacan las dificultades del entorno para su desarrollo profesional, la falta de apoyos y de reconocimiento. En las facultades de medicina de Estados Unidos las profesoras también perciben menor apoyo institucional y que sus valores personales no son incluidos en la cultura organizacional (Pololi et al. 2013). Al mismo tiempo, las médicas de mediana edad y las directoras inciden en los esfuerzos y renunciaciones personales que cada vez están menos dispuestas a realizar. Parece que para ellas la orientación y dedicación profesional comienza a debilitarse y que muchas se excluyen del modo socialmente establecido de desarrollo profesional. Una médica de mediana edad dice *“me tengo que plantear mi existencia, por eso me quiero jubilar”*. Esto lo

podríamos interpretar como un desacuerdo con el modelo androcéntrico de carrera; como una estrategia de resistencia ante las exigencias profesionales que se constituyen como obstáculo para quienes quieren desarrollar otras metas vitales diferentes a las profesionales (García Cuesta 2008). Ocurre lo mismo entre las profesoras universitarias de mayor edad (Pérez Sedeño et al. 2003, p. 108) y directivas (Kaufmann 2007, p. 58-59). Su aparente menor ambición profesional refleja, en realidad, los obstáculos androcéntricos presentes en la cultura profesional que producen sensación de agotamiento porque las obliga a elegir entre las distintas esferas de la vida (Dio Bleichmar 2008).

El contexto social e histórico en el que se inicia y desarrolla la carrera profesional de las médicas jóvenes es diferente al resto de perfiles estudiados. Su inserción y desarrollo profesional se caracteriza por la flexibilización, la precariedad y la incertidumbre. Las médicas jóvenes están excluidas del modelo del “buen profesional” debido a los obstáculos estructurales derivados de los contratos precarios que se suman a los efectos de los mandatos de género; en un momento vital en el que coinciden el comienzo del desarrollo profesional, la emancipación económica y, en algunos casos, la formación de una familia. Este contexto de precariedad laboral impacta fuertemente en sus trayectorias profesionales ya que, por un lado, obstaculiza la consecución de méritos considerados importantes en su desarrollo profesional, tales como la formación reglada y, por otro, el tener contratos por periodos breves de tiempo relega a las médicas a las tareas reproductivas y de cuidado.

Frente a este panorama profesional las médicas describen los múltiples obstáculos con los que se enfrentan al tiempo que consideran muy importante la coherencia entre su desarrollo profesional y sus valores personales. Así, muchas

de ellas hablan de ser *“consecuente con lo que estás haciendo”*, actuar según sus principios y creencias, y *“buscar lo positivo en lo negativo”* en cualquier ambiente en el que se encuentren. Destacan la importancia de su satisfacción personal, intrínseca, y del aprendizaje como parámetros de su desarrollo profesional. En los períodos de inactividad laboral sienten que no aprenden y que *“en vez de evolucionar, involucionas”* en su desarrollo profesional. Por el contrario, cuando están activas laboralmente, perciben que aprenden *“mucho, de otras cosas distintas, diferentes”*. Estos periodos cíclicos de satisfacción-insatisfacción relacionados con la contratación las lleva, casi sin opción, a priorizar su satisfacción personal y buscar *“pequeños logros”* personales.

Las médicas jóvenes hablan de su esfuerzo personal para desarrollarse profesionalmente. Una de ellas lo expresa de esta forma: *“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”*. Es este esfuerzo personal, el cambiar *“lo que está en tus manos”*, lo que facilita su desarrollo profesional periférico. Las médicas jóvenes, desde su posición subalterna, valoran y eligen cómo quieren desarrollar su profesión. Se ha señalado que esta postura de las jóvenes frente a sus metas profesionales es realista y refleja una crítica al modelo de aspiraciones masculino centrado en el logro de grandes objetivos, la ausencia de grandes metas pretende adaptar las expectativas de futuro a las aspiraciones más cercanas, realizables, y alcanzar un equilibrio personal (Alberdi, Escario y Matas 2000, p. 271)

Por otra parte, la existencia de figuras referentes es escasa. Hay médicas que no tienen referentes y otras que destacan la influencia indirecta de modelos profesionales en su carrera.

Las médicas de mediana edad agradecen la ayuda y la confianza recibida de sus pares en quienes admiran su capacitación profesional, el trato humano y la capacidad para cumplir con múltiples responsabilidades. En el caso de las directoras, sus trayectorias son más solitarias ya que cuentan con menor apoyo de mentores y de redes informales. Asimismo, una de ellas critica esta figura porque cree *“que 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]”*. Otra menciona como referente a una compañera médica de familia, que es *“muy cotidiana y muy poco vistosa”* para subrayar que no es una figura reconocida profesionalmente. Entre las médicas jóvenes de nuestros grupos solo cuatro reconocen la influencia de sus tutoras y de otros profesionales como referentes profesionales en su carrera. Estas personas no ejercen una función de protección, más bien son modelos que reúnen las aspiraciones profesionales de algunas médicas jóvenes, quienes admiran en ellas o ellos el trato humano y cercano con pacientes, la realización de ciertas actividades profesionales, su alto nivel de conocimientos, la organización y control de su tiempo de trabajo. En nuestro entorno, mujeres profesionales de otros ámbitos también tienen pocas figuras de referencia y apoyo profesional (Alberdi, Escario y Matas 2000, p. 276; Kaufmann 2007, p. 58-59; Escolano Zamorano 2006, p. 353); en consecuencia, sus trayectorias son más solitarias y con menor acceso a redes informales de poder. La presencia de mentores/as es clave para alcanzar el éxito en diversos campos profesionales. También en medicina, donde la falta de figuras de referencia de las médicas es un obstáculo importante para su desarrollo profesional y un elemento que contribuye al mantenimiento del techo de cristal (Sambunjak, Straus y Marusic 2006; Riska 2011; Stamm y Buddeberg-Fischer 2011; Zhuge et al. 2011;

Bickel 2011). La menor presencia de mentores efectivos en la carrera de las médicas se explica, por un lado, por la influencia del “*old boy’s club*” o el círculo de amigos, que promueve la cultura profesional androcéntrica y excluye a las mujeres de las redes de poder y de los beneficios de tener mentoras/es y, por otro, porque algunas mujeres no tienen la iniciativa en la búsqueda de una figura de referencia (Zhuge et al. 2011). En nuestros grupos de médicas y médicos de familia, sin embargo, los médicos, al igual que las médicas, tienen pocas figuras de referencia, lo que podría tener una explicación en el hecho de que en el Servicio Andaluz de Salud, y sobre todo en la especialidad de Medicina de Familia más que en otras especialidades, la figura del mentor como tal tiene un papel poco definido y limitado a la figura del tutor/a de formación MIRMF.

7.7. Trayectorias minoritarias: orientación centrada en la carrera, planificación y metas externas

En todos los grupos encontramos médicas con itinerarios profesionales más orientados al desarrollo profesional y a la planificación consciente de sus metas. Ocurre más entre las directoras (cuatro directoras) que entre las médicas de mediana edad (dos) y las jóvenes (una). En su discurso las palabras vocación, esfuerzo y motivación adquieren protagonismo. Además consideran que la medicina es muy amplia y que cada persona puede desarrollar libremente cualquier campo profesional y modificar su trayectoria. Una médica de mediana edad piensa “*que está plenamente satisfecha con su trabajo, que está todo por hacer y que pues que soy muy feliz [...] y veo que [...] tengo cincuenta y digo ¡ay*

señor! cincuenta años, bueno pues ahora es cuando yo pienso que profesionalmente estoy empezando y es cuando me gustaría tener treinta años". Del mismo modo una directora relata su trayectoria profesional y enfatiza que *"todo eso 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 son [...] para mi gusto son buenísimos. El ir cambiando, haciendo cosas diferentes [...] otro logro muy importante para mí fue que conseguí el traslado de la residencia [...] y fui el primer residente que consiguió trasladarse [...] 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".*

Las médicas con trayectorias orientadas a la carrera planificaron mejor y más conscientemente que las demás su carrera profesional. Sus metas son diversas pero están siempre vinculadas al ámbito profesional y público. Para ellas es importante el reconocimiento social de su especialidad médica, realizar la tesis doctoral, investigar o trabajar en un centro de salud docente acreditado para formación MIRMF. Las directoras también destacan la importancia de que su centro de salud *"se eleve un poquito [risas] [...] mi meta es ser, no me gusta ser la primera pero tampoco la última, me gusta estar arribilla ¿no?"*. Para ellas alcanzar buenos indicadores asistenciales en la evaluación del distrito sanitario es una meta importante. Sin embargo, observamos que a pesar de estar más orientadas a la carrera profesional, reconocer y explicitar sus proyectos y metas futuras les resulta difícil. Lo expresan de la siguiente forma: *"bueno mi capricho es la investigación"* o dudan de si podrán *"llegar a los objetivos tan ambiciosos y tan ridículos porque es que nunca llegaré"*. Aceptar y defender sus proyectos implica también asumir su ambición y con ello desafiar la imagen de la feminidad

tradicional (Coria 1993, p. 65-67), lo que puede explicar que les cueste reconocerlos como legítimos y expresarlos.

Consideran que la trayectoria profesional se desarrolla en fases. Planifican alcanzar objetivos que, una vez logrados, las colocan en una nueva fase profesional en donde deben planificarse nuevas metas que les permitirán seguir avanzando en su trayectoria. Dicen *“yo voy trabajando un poco y voy teniendo cosas que pienso que son útiles [...] pues eso, cada vez, me va involucrando más y más”*. Estas metas profesionales y su trabajo forman parte de sus vidas como un todo, las *“envuelve el trabajo”* al cual dedican mucho tiempo y esfuerzo personal. Vinculan su vida personal y profesional y son conscientes de las demandas familiares que influyen en su profesión. Una médica joven, que vive sola, destaca la importancia de *“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] ¿Cómo lo dedican?”*. O en palabras de una directora *“si yo fuese hombre hubiese llegado mucho más, hubiese dado más, o sea [...] hubiese dedicado muchísimo más tiempo del que ahora dedico yo personalmente”*. Frente a estas dificultades ellas 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”* y el orgullo de poder *“tirar de mi casa, de mis niñas, de mi trabajo”*.

Un aspecto importante que observamos en su discurso es la concepción más individualista del desarrollo profesional. Apreciamos la tendencia a demostrar que sus logros fueron alcanzados por méritos propios, individuales, y con un gran esfuerzo. 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 que te dan". Algunas médicas apoyan la implementación del programa de acreditación de competencias profesionales "lo veo como que es un repaso de todo ¿no? que te ayuda...y que también es una manera de ellos (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". Se ha señalado que las mujeres que apoyan el sistema meritocrático de desarrollo profesional son más aceptadas por la cultura organizacional al mismo tiempo, este apoyo refuerza los estereotipos de género que perjudican el desarrollo de las mujeres (Rhoton 2011).

La importancia del apoyo de sus parejas para el desarrollo profesional es destacada por las médicas que conviven en pareja con hijas/os. Así, cuando preguntamos sobre sus referentes algunas hablan de sus maridos-maestros, que actúan en sus trayectorias como agentes decisivos en su socialización profesional como ocurre en otras profesionales (García de León 2002, p.173). El apoyo del padre o la confianza y la motivación del director de centro de salud son mencionadas por algunas profesionales. Es de destacar que quienes tienen trayectorias más orientadas al desarrollo profesional mencionan referentes masculinos. Si bien, los datos indican que tener un mentor del mismo sexo no influye en el éxito profesional de las mujeres (Sambunjak, Straus y Marusic 2006), el feminismo ha señalado que la importancia de reconocer autoridad a otras mujeres es fundamental para la creación de genealogía (Muraro 1994; Sartori 2002).

8. Conclusiones

El punto de partida de esta investigación es la constatación de que continúan existiendo desigualdades de género en el desarrollo profesional a pesar de la feminización de la Medicina Familiar y comunitaria en nuestro país. La investigación se ha guiado por una perspectiva teórica y metodológica feminista y, en especial por el concepto de género, entendido como elemento constitutivo que organiza y asigna significado a las relaciones sociales en distintos niveles de actuación. Estudiamos los relatos de las médicas y los médicos de familia frente al propio desarrollo profesional, considerando especialmente sus percepciones respecto al logro profesional, las atribuciones causales y sus trayectorias profesionales. En los relatos de médicas y médicos analizamos patrones comunes y diferenciadores para posteriormente profundizar en el discurso de las médicas.

Para finalizar esta investigación exponemos nuestras conclusiones y principales reflexiones:

1. Existen diferencias en las estructuras y dinámicas observadas en los grupos de discusión de médicas y médicos. Las médicas se caracterizan por presentar una importante cohesión afectiva y por producirse en sus grupos de discusión situaciones de tomas de conciencia de las desigualdades de género. Esta toma de conciencia expresa la situación de subordinación en que se encuentran las médicas y el desarrollo concomitante de un punto de vista que les permite conocer la visión dominante y desarrollar, al mismo tiempo, una visión propia. Los grupos

realizados con médicos se caracterizan por una escasa cohesión afectiva y por sus relatos más impersonales sobre los temas tratados.

2. El análisis de los relatos de médicas y médicos de familia producidos en el seno de los grupos de discusión ofrece información para comprender y explicar, desde una perspectiva feminista, la situación específica de las médicas de familia en el Servicio Andaluz de Salud.

3. Todos los grupos diferencian entre logro y éxito de forma teórica, sin embargo, en sus relatos utilizan ambos términos de forma equivalente. Esto muestra que, de forma implícita, asignan un significado similar a ambos conceptos y no los separan en la forma en que suele hacerlo la literatura sobre el tema y su propia definición teórica. Médicas y médicos de familia coinciden en definir el logro profesional como satisfacción interna, autoevaluable. Por el contrario, definen el éxito como reconocimiento público y consideran que los valores que implica son poco aplicables a la medicina de familia.

4. El análisis de contenido de los relatos grupales revela que existen semejanzas y diferencias entre médicas y médicos de familia respecto al significado de logro profesional. Coinciden en definir como logros el hecho de disfrutar con el trabajo y con algunas características inherentes a la especialidad médica, por ejemplo el trabajo en equipo. Respecto a las diferencias, las médicas vinculan con más frecuencia el logro a las relaciones afectivas con pares y pacientes, mientras que los médicos lo

relacionan preferentemente con méritos institucionales o con el salario que perciben.

5. El análisis de las atribuciones de logro muestra también la existencia de elementos comunes a ambos sexos, como la influencia de sus pares, la participación en la docencia y formación de residentes, el tiempo dedicado a cada paciente, el apoyo de superiores y la consecución de los objetivos del contrato programa. De forma específica, las médicas dan más importancia para alcanzar logros a las atribuciones internas, es decir, a su motivación y capacidades, y destacan como atribuciones externas facilitadoras el apoyo de la familia y el equilibrio entre la vida laboral y personal. Las obligaciones y tareas en su ámbito familiar y la forma de organización de la jornada laboral son consideradas como obstáculos. Esto pone de manifiesto el gran impacto que los mandatos de género siguen ejerciendo sobre la vida profesional de las médicas, a la vez que muestra el sentimiento general de autosuficiencia que estas sienten en el desempeño de su trabajo. Por el contrario, los médicos dan más importancia a las atribuciones del ámbito institucional, como la formación continuada, los recursos disponibles y las ventajas que ofrecen los sistemas de información asistencial como la historia clínica informatizada.

6. Los diferentes significados asignados al logro se traducen en las diferencias observadas en las trayectorias profesionales de médicas y médicos de familia. La mayoría de las médicas no planifican sus metas y, cuando lo hacen, estas se van entrelazando de forma dinámica con sus

condiciones vitales, sobre todo del ámbito familiar. Por el contrario, muchos médicos planifican conscientemente sus objetivos profesionales, con la sorprendente excepción de los médicos que ocupan puestos de dirección. Las metas internas, entre las que destaca la satisfacción personal, son más importantes para la mayoría de médicas. Pero tanto las médicas especialistas MIRMF como la mayor parte de los médicos priorizan también metas externas, como la formación continuada o la obtención de una plaza en propiedad. La influencia de referentes profesionales es poco relevante en el desarrollo profesional de los grupos de uno y otro sexo.

7. El análisis crítico del discurso de las médicas ha desvelado la complejidad del sistema de género y su actuación interrelacionada en tres niveles. En el nivel individual observamos que la construcción de género influye en los obstáculos internos de las médicas, como las dificultades para decir “no” a las demandas de otros. En cuanto al nivel estructural, detectamos la vigencia del androcentrismo que se refleja en la organización del tiempo de trabajo y en el sistema de méritos relacionados con la acreditación profesional. Por último, en el nivel simbólico, el sistema de género está presente en la cultura profesional. La idea de “médico” aún sigue siendo la de un varón de cierta edad y esta representación social pone en desventaja a las médicas, tanto más a las jóvenes.

8. El significado de logro profesional de las médicas enfatiza la independencia del logro respecto a parámetros externos, como los

méritos que define el sistema de carrera profesional vigente en el Servicio Andaluz de Salud, y prioriza el bienestar y la satisfacción personal. También destaca la relación afectiva, un aspecto que revela, por un lado, los rasgos propios de su socialización como mujeres, pero, por otro, traslada al ámbito profesional la importancia de las relaciones sociales, contribuyendo así a la transformación de la definición de logro.

9. El discurso de las médicas cuestiona, simultáneamente, la cultura androcéntrica dominante en la esfera profesional y el mandato de género que asigna a las mujeres los cuidados como principal obligación social. Las médicas perciben que, tanto las características del modelo gerencial del Servicio Andaluz de Salud y específicamente la primacía de la evaluación, las características de la misma y el trabajo por objetivos, como el mandato del cuidado en la esfera de lo privado, son obstáculos para el logro que operan de forma dinámica, se refuerzan mutuamente en los niveles externo e interno y están presentes a lo largo de toda su trayectoria profesional.

10. Frente a los escasos elementos facilitadores que perciben de la organización, las médicas, y especialmente las directoras, destacan la importancia que tienen para la consecución de sus logros los factores personales, como la motivación o el esfuerzo, y aquellos ligados al entorno familiar o de sus pares. Esto parece indicar que algunos rasgos del proceso de socialización de género, como las bajas expectativas profesionales o la percepción de autoeficacia, podrían estar

modificándose entre las médicas de familia andaluzas, si las comparamos con lo señalado en investigaciones previas, que se perciben con las capacidades personales necesarias para ejercer su profesión. Que las médicas señalen como elementos facilitadores de sus logros ciertas características propias del perfil profesional de medicina de familia, cosa que ocurre con el trabajo en equipo y la docencia, indica la gran impronta que ha dejado en ellas su socialización dentro de la especialidad.

11. Constatamos que los significados y atribuciones otorgados al logro profesional tienen efectos en las trayectorias profesionales de las médicas. La mayoría priorizan la satisfacción personal y la atención a las necesidades familiares cuando entran en conflicto con las condiciones de su trabajo. Esto se traduce en unos itinerarios discontinuos y poco planificados. Sus decisiones profesionales, coherentes con sus valores personales, representan una forma de resistencia al modelo de desarrollo profesional vigente. Entre las médicas directoras encontramos con más frecuencia una planificación conciente de sus metas y unas trayectorias más orientadas al desarrollo profesional.

12. En general, las médicas tienen pocas figuras de referencia y las que existen no ejercen una función de asesoramiento o de guía, sino que funcionan como modelos a seguir. Las médicas con trayectorias más orientadas al desarrollo profesional mencionan como referentes a hombres, por ejemplo sus maridos, lo que revela la escasa importancia de

las mujeres, profesionales o no, como figuras de autoridad y referencia en el imaginario social y profesional.

13. El discurso de las médicas muestra señales de la existencia de un cuestionamiento al poder androcéntrico. El análisis crítico del discurso permite desvelar que las médicas consideran que las estructuras de poder y la cultura de organización dentro del Servicio Andaluz de Salud no son neutras ni ajenas al sistema de género, sino que favorecen a los médicos varones y su desarrollo profesional.

14. La mayoría de las médicas de familia rechazan el ejercicio de poder en su medio profesional. Su posición se basa en los costes emocionales que a su juicio conlleva y en la forma dominante en que el mismo se desempeña. Este posicionamiento es expresión del conflicto sobre la inadecuación del poder para las mujeres, derivado de la construcción de género, así como de la ausencia de una genealogía de mujeres en el ejercicio del poder que sea social y profesionalmente reconocida y visible.

15. Todas las médicas de familia desean recibir reconocimiento de autoridad, en especial por parte de sus superiores. En general, la edad modula la percepción del reconocimiento recibido de pares, residentes y pacientes, aunque es el reconocimiento de estos últimos el que más valoran. Por ello, son las médicas jóvenes las que más frecuentemente denuncian esta carencia, pues socialmente la imagen de profesional solvente todavía está

unida de forma indisoluble a la edad y al género, dos ejes de desigualdad que siempre se encuentran en interacción.

16. Para mejorar las condiciones de su vida laboral, la mayoría de las médicas de familia formulan estrategias individuales de cambio, por ejemplo desarrollar prácticas de autocuidado en el trabajo y separar claramente las demandas de la esfera familiar y de la esfera laboral. Algunas médicas han tomado conciencia de la existencia de desigualdades de género en su vida profesional y algunas directoras comentan la necesidad de construir alianzas entre ellas y poner en marcha estrategias que impacten en la estructura organizativa del Servicio Andaluz de Salud.

17. El progresivo aumento del número de médicas en el sistema sanitario no ha conducido a la igualdad y las desigualdades y la discriminación persisten. Además, es de preveer que el impacto de las actuales políticas de recortes económicos contribuirán a empeorar el desarrollo profesional de las médicas, especialmente el las más jóvenes que se encuentran ya en una situación de mayor vulnerabilidad laboral.

18. La transformación del sistema de género en Atención Primaria y en el Servicio Andaluz de Salud en su conjunto es indispensable. El discurso de las médicas de familia apunta a la necesidad de un cambio de valores en la organización sanitaria en dos líneas fundamentales: avanzar hacia la integración de las esferas laboral, personal y familiar de sus profesionales, y dar valor a las cualidades de la práctica profesional más presentes en el

trabajo de las médicas de familia, como la atención centrada en sus pacientes. Es imprescindible que en Servicio Andaluz de Salud se proceda a un proceso de reflexión y consideración que incorpore el discurso crítico de las médicas respecto a sus experiencias, necesidades y expectativas sobre el desarrollo profesional.

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

9. Bibliografía

- ABELE, Andrea y SPURK, Daniel. How do objective and subjective career successes interrelate over time? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2009. vol 82, núm. 4, p. 803–824.
- ABRIL, Gonzalo. Análisis semiótico del discurso. En: DELGADO, Juan Manuel y GUTIERREZ, Juan. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. 1ra ed. Madrid: Síntesis, 1999. p: 428-463.
- AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. *Manual de competencias del/ de la médico/a de familia de Atención Primaria*. 1ra. ed. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2010.
- AGUT NIETO, Sonia y MARTÍN HERNÁNDEZ, Pilar. Factores que dificultan el acceso de las mujeres a puestos de responsabilidad: una revisión teórica. *Apuntes de Psicología*. 2007, vol 25, núm. 2, p. 201-214.
- AHMADIYEH, Nasim. CHO, Nancy. KELLOGG, Katherine, et al. Career satisfaction of women in surgery: perceptions, factors, and strategies. *Journal of the American College of Surgeons*. 2010, vol 210, p. 23–30.
- ALBERDI, Ines. ESCARIO, Pilar y MATAS, Natalia. *Las mujeres jóvenes en España*. 1ra ed. Barcelona: Fundación “la Caixa”, 2000.
- ALEMANY, Maria Carme. ¿Presentes y eclipsadas? En: GOMES DE CARVALHO, Marilia (editora) *Ciencia, tecnología y género. Abordagens iberoamericanas*. 1ra ed. Curitiba: UTFPR, 2011. p: 43-62.
- ALLEN, Amy. Feminist Perspectives on Power. En: ZALTA, Edward (editor). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Spring 2013 Edition. Disponible

en: <http://plato.stanford.edu/entries/feminist-power/> Fecha de consulta:
16 de julio de 2013

- ALLEN, Isobel. Women doctors and their careers: what now?. *BMJ*. 2005. vol 331, núm. 7516, p. 569- 572.
- ALONSO, Luis Enrique y TORRES, Lucía. Trabajo sin reconocimiento o la especial vulnerabilidad de las mujeres jóvenes en el mercado laboral. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 2003, vol 1, p. 129- 165.
- ÁLVAREZ RICART, María del Carmen. *La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX*. 1ra ed. Barcelona: Anthropos, 1988.
- AMORÓS, Celia. *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias...para las luchas de las mujeres*. 1ra ed. Valencia: Cátedra, 2005.
- ARNETZ, Bengt. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine*. 2001, vol 52, p. 203-213.
- ARRANZ LOZANO, Fátima. Actitudes y representaciones del personal investigador sobre la investigación científica. En: GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDA, María Luisa. ARRANZ LOZANO, Fátima. DEL VAL CID, Consuelo. Et al. (editoras). *Mujeres y hombres en la ciencia española. Una investigación empírica*. 1ra ed. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales, 2006a. p: 165-203.
- ARRANZ LOZANO, Fátima. Los discursos sobre el género y la ciencia de las científicas. En: GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDA, María Luisa. ARRANZ LOZANO, Fátima. DEL VAL CID, Consuelo. Et al. (editoras). *Mujeres y hombres en la ciencia española. Una investigación empírica*. 1ra ed. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales, 2006b. p: 205-228.

- ARRIZABALAGA, Pilar y VALLS-LLOBET, Carme. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2005, vol 125, p. 103-107.
- ARTAZCOZ, Lucía. ESCRIBÀ- AGÜIR, Vicenta y CORTÉS, Inmaculada. El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gaceta Sanitaria*. 2006, vol 20, p. 71-78.
- ARTHUR, Michael. KHAPOVA, Svetlana y WILDEROM, Celeste. Career success in a boundaryless career world. *Journal of Organizational Behaviour*. 2005, vol 26, p. 177-202.
- BAILYN, Lotte. 2003. Academic Careers and Gender Equity: Lessons Learned from MIT. *Gender, Work and Organization*. 2003, vol 10, núm. 2, p. 137-153.
- BAKKEN, Lori. BYARS-WINSTON, Angela. GUNDERMANN, Dawn. Et al. Effects of an educational intervention on female biomedical scientists' research self-efficacy. *Advances in Health Sciences Education*. 2010, vol 15, núm. 2, p. 167-183.
- BAKKEN, Lori. SHERIDAN, Jennifer y CARNES, Molly. Gender differences among physician-scientistis in self-assessed habilities to perform clinical research. *Academic Medicine*. 2003, vol 78, núm. 12, p. 1281-1286.
- BARBER PÉREZ, Patricia y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL. *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025)*. 1ra ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.
- BARBERÁ, Ester y CANTERO, María José. Evolución histórica del motivo de logro desde la perspectiva de género. *Revista de Historia de Psicología*. 1994, vol 15, núm. 3-4, p. 439-449.

- BARBERÁ, Ester y CANTERO, María José. Motivación del logro y categorización de género. En: GARRIDO GUTIERREZ, Isaac. *Psicología de la motivación*. 1ra ed. Madrid: En síntesis, 1996.p: 287-308.
- BARBERÁ, Ester. RAMOS, Amparo. SARRIÓ, Maite y CANDELA, Carlos. Más allá del "techo de cristal". Diversidad de género. *Revista del Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales*. 2001, vol 40, p. 55-68.
- BARCA, Alfonso. PERALBO, Manuel y BRENLLA, Juan Carlos. Atribuciones causales y enfoques de aprendizaje: la escala SIACEPA. *Psicothema*. 2004, vol 16, núm. 1, p. 94-103.
- BARNETT, Rosalind. Women and Multiple Roles: Myths and Reality. *Harvard Review of Psychiatry*. 2004, vol 12, núm. 3, p. 158-164.
- BARRAL MORÁN, María José. DELGADO ECHEVERRÍA, Isabel. FERNÁNDEZ TURRADO, Teresa y MAGALLÓN PORRTOLÉS, Carmen. Trayectorias vitales de científicas de éxito. En: IX Congreso Iberoamericano de ciencia, tecnología y género. Sevilla, España, 31 de enero al 03 de febrero, 2012.
- BAR-TAL, Yoram. STASIUK, Katarzyna y MAKSYMUK, Renata. Patient's perceptions of physicians'epistemic authority when recommending flu inoculation. *Health Psychology*. 2013, vol 32, núm. 6, p. 706-709.
- BARTRA, Eli. Reflexiones metodológicas. En: BARTRA, Eli (compiladora) *Debates en torno a una metodología feminista*. 2da ed. México: PUEG/UAM, 2002. p: 141-158.
- BEVAN, Valerie y LEARMONTH, Mark. "I wouldn't say it's sexism, except that...It's all these little subtle things": Healthcare scientists'accounts of gender in healthcare science laboratories. *Social Studies of Science*. 2013, vol 43, núm. 1, p. 136-158.

- BHAVNANI, Kum- Kum. Tracing the contours. Feminist research and feminist objectivity. En: HESSE- BIBER, Sharlene Nagy y YAISER, Michelle. (editoras) *Feminist perspectives on social research*. 1ra ed. Oxford: University Press, 2004. p: 65- 77.
- BICKEL, Janet. Women in academic medicine. *JAMWA*. 2000, vol 55, p. 10-12.
- BICKEL, Janet. Women's career development. What does this have to do with men? *Annals of Surgery*. 2011, vol 253, núm. 4, p. 644-646.
- BICKEL, Janet. WARA, Diane. ATKINSON, Barbara. Et al. Increasing Women's Leadership in Academic Medicine: Report of the AAMC Project Implementation Committee. *Academic Medicine*. 2002, vol 77, núm. 10, p. 1043-1061.
- BINNS, Jennifer y KERFOOT, Deborah. Editorial: Engendering Leadership: Dedicated to the spirit and the scholarship of the late Joan Eveline. *Gender, Work and Organization*. 2011, vol 18, núm. 3, p. 257-262.
- BITTEL, Carla. Mary Putnam Jacobi and the nineteenth- century politics of women's health research. En: MORE, Ellen. FEE, Elizabeth y MANON, Parry (editoras) *Women physicians and the cultures of medicine*. 1ra ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009. p: 23-51.
- BLANCO, Amalio y FERNÁNDEZ RÍOS, Manuel. Estructura grupal. Estatus y roles. En: HUICI CASAL, Carmen. *Estructura y procesos de grupo*. 1ra ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1987.p: 367-398.
- BLÁZQUEZ GRAF, Norma. *El retorno de las brujas: incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres en la ciencia*. 1ra ed. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2008.

- BORDERÍAS, Cristina y CARRASCO, Cristina. Las mujeres y el trabajo: aproximaciones históricas, sociológicas y económicas. En: BORDERÍAS, Cristina. CARRASCO, Cristina y ALEMANY, Carme (compiladoras) *Mujeres y trabajo. Rupturas conceptuales*. 1ra ed. Barcelona: Icaria, 1994. p: 17-109.
- BROOKS, Abigail. Feminist standpoint epistemology. En. HESSE-BIBER, Sharlene Nagy y LEAVY, Patricia. (editoras) *Feminist Research Practice*. 1ra ed. Thousand Oaks: Sage, 2007. p: 53-82.
- BUCKLEY, Lenore. SANDERS, Karen. SHIH, Margaret. SURINDER, Kallar y HAMPTON, Carol. Obstacles to promotion? Values of women faculty about career success and recognition. *Academic Medicine*. 2000, vol 75, núm. 3, p. 283-288.
- BUDDEBERG-FISCHER, Barbara. KLAGHOFER, Richard. ABEL, Thomas y BUDDEBERG, Claus. The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students. *Swiss Medical Weekly*. 2003, vol 133, p. 535-540.
- BUDDEBERG-FISCHER, Barbara. STAMM, Martina. BUDDEBERG, Claus. BAUER, Georg. HÄMMIG, Oliver. KNECHT, Michaela. KLAGHOFER, Richard. The impact of gender and parenthood on physicians' careers - professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Services Research*. 2010, vol 10, p. 40.
- BUDDEBERG-FISCHER, Barbara. STAMM, Martina. KLAGHOFER, Richard. Career paths in physicians' postgraduate training – an eight-year follow-up study. *Swiss Medical Weekly*. 2010, w13056

- BURIN, Mabel. Las "fronteras de cristal" en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. *Anuario de Psicología*. 2008, vol 39, núm. 1, p. 75-86.
- BURIN, Mabel. El deseo de poder en la construcción de la subjetividad femenina. El "techo de cristal" en la carrera laboral de las mujeres. En: HERNANDO GONZALO, Almudena. *¿Desean las mujeres el poder?. Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo*. 1ra ed. Madrid: Minerva, 2003. p. 35-70.
- BUTLER, Judith. Actos performativos y constitución del género. Un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista*. 1998, vol 18, p. 296-314.
- BUTLER, Judith. *Deshacer el género*. 1ra ed. Barcelona: Paidós, 2006.
- CABRÉ I PAIRET, Montserrat y ORTIZ, Teresa (editoras). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*. 1ra ed. Barcelona: Icaria, 2001.
- CANALES, Manuel y PEINADO, Anselmo. Grupos de discusión. En: DELGADO, Juan Manuel y GUTIÉRREZ, Juan. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. 1ra ed. Madrid: Síntesis, 1999. p: 287-316.
- CARLI, Linda y EAGLY, Alice. Gender, hierarchy and Leadership: An introduction. *Journal of Social Issues*. 2001, vol 57, núm. 4, p. 629-636.
- CASTRO, Isabel. ESTEBAN, Mari Luz. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE, Arantza et al. "No habrá igualdad sin servicios públicos y reparto del cuidado. Algunas ideas para una política feminista". En: IV Jornadas Feministas de Euskal- Herria. Portugalete, España 12 y 13 diciembre; 2008.
- CERESO RUSILLO, M. Teresa y CASANOVA ARIAS, Pedro Félix. Diferencias de género en la motivación académica de los alumnos de Educación

- Secundaria Obligatoria. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*. 2004, vol 2, núm. 1, p. 97-112.
- CHEUNG, Fanny y HALPERN, Diane. Women at the top. Powerful leaders define success as work+family in a culture of gender. *American Psychologist*. 2010, vol 65, núm. 3, p. 182-193.
 - CIGARI, Lia. La autoridad femenina. Encuentro con Lia Cigari. *DUODA Revista d'Estudis Feministes*. 1994, vol 7, p. 55-82.
 - COLETTI, Lisa. MULHOLLAND, Michael y SONNAD, Seema. Perceived obstacles to career success for women in academic surgery. *Archives of Surgery*. 2000, vol 135, núm. 8, p. 972-977.
 - COLOMER REVUELTA, Concha y PEIRÓ PÉREZ, Rosana. Techos de cristal y escaleras resbaladizas? Desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS. *Gaceta Sanitaria*. 2002, vol 16, núm. 4, p. 358-360.
 - COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA y MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Formación en Medicina*. 1ra ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005.
 - CONDE, Fernando. Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de la ciencia. En: DELGADO, Juan Manuel y GUTIÉRREZ, Juan. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. 1ra ed. Madrid: Síntesis, 1999. p: 53-68.
 - CORBIE-SMITH, Giselle. FRANK, Erica y NICKENS, Herbert. The intersection of race, gender, and primary care: results from the Women Physicians'

Health Study. *Journal of the National Medical Association*. 2000, vol 92, núm. 10, p. 472-480.

- CORIA, Clara. *Las negociaciones nuestras de cada día*. 6ta ed. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- CORIA, Clara. *Los laberintos del éxito. Ilusiones, pasiones y fantasmas femeninos*. 1ra ed. Barcelona: Paidós, 1993.
- COSETINO, Vita. Dentro y fuera de la ciudadela. En: HIPATIA. *Autoridad científica. Autoridad femenina*. 1ra ed. Madrid: Horas y Horas, 1998. p: 51-56.
- DANESH-MEYER, Helen. DEVA, Narme. KU, Judy. CARROLL, Stuart. TAN, Yu Wee y GAMBLE, Greg. Differences in practice and personal profiles between male and female ophthalmologists. *Clinical and Experimental Ophthalmology*. 2007, vol 35, núm 5, p. 318-323.
- DÁVILA, Andrés. Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales: debate teórico e implicaciones praxeológicas. En: DELGADO, Juan Manuel y GUTIÉRREZ, Juan. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. 1ra ed. Madrid: Síntesis, 1999. p: 69-83.
- DE BARBIERI, Teresita. Acerca de las propuestas metodológicas feministas. En: BARTRA, Eli (compiladora) *Debates en torno a una metodología feminista*. 2da ed. México: PUEG/UAM, 2002. p: 103-140.
- DE CHEVEIGNÉ, Suzanne. The career paths of women (and men) in French research. *Social Studies of Science*. 2009, vol 39, núm. 1, p. 113- 136.
- DE KONINCK, Maria. GUAY, Helene. BOURBONNAIS, Renne y BERGERON, Pierre. Physical, mental, and reproductive health of Québec women physicians. *JAMWA*. 1995, vol 50, núm. 2, p. 59-63.

- DE LAURENTIS, Teresita. La tecnología de género. En: DE LAURENTIS, Teresita. *Technologies of Gender: essays on theory, film and fiction*. 1ra ed. Bloomington: Indiana University Press, 1987. p: 33-69.
- DEFRANCISCO, Victoria. Gender, power and practice: or, putting your Money (and your research) where your mouth is. En: WODAK, Ruth (editora) *Gender and discourse*. 1ra ed. Bedfordshire: Sage, 1997. p: 37-56.
- DELGADO, Ana. MARTÍNEZ-CAÑAVATE, T. GARCÍA, V. FRÍAS, J. RUEDA, T. y MORATA, J. Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico de familia. *Atención Primaria*. 1999, vol 23, núm. 5, p. 268-274.
- DELGADO, Ana. LÓPEZ FERNÁNDEZ, Luis Andrés y LUNA DEL CASTILLO, Juan de Dios. Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Atención Primaria*. 2001, vol 28, núm. 4, p. 219-226.
- DELGADO, Ana. LÓPEZ FERNÁNDEZ, Luis Andrés. Práctica profesional y género en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. 2004, vol 18, supl 1, p. 112-117.
- DELGADO, Ana. LÓPEZ-FERNÁNDEZ, Luis Andrés. LUNA, Juan de Dios, SALETTI-CUESTA, Lorena. GIL, Natalia y PUGA, Mónica. The role of expectations in preferences of patients for a female or male general practitioner. *Patient Education and Counselling*. 2011a, vol 82, p. 49-57.
- DELGADO, Ana y SALETTI-CUESTA, Lorena. “Desigualdad de género en la ocupación de cargos directivos en el sistema sanitario público en España”. En: VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. Curitiba, Brasil; 5 al 9 de abril 2010.
- DELGADO, Ana y SALETTI-CUESTA, Lorena. Feminización de la medicina y tiempo de trabajo. *Feminismo/s*. 2011, vol 18, p. 323-331.

- DELGADO, Ana. SALETTI CUESTA, Lorena. LÓPEZ FERNÁNDEZ, Luis Andrés. LUNA DEL CASTILLO, Juan de Dios. MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada y JIMÉNEZ MARTÍN, Juan Manuel. Características de la familia de origen y de la familia formada por las médicas y los médicos de familia de Andalucía. *Revista Española de Salud Pública*. 2009, vol 83, núm. 6, p. 891-897.
- DELGADO, Ana. SALETTI CUESTA, Lorena. LÓPEZ FERNÁNDEZ, Luis Andrés. LUNA DEL CASTILLO, Juan de Dios y MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada. Gender and the professional career of primary care physicians in Andalusia (Spain). *BMC Health Services Research*. 2011b, vol 11, p. 51.
- DELGADO, Ana. SALETTI CUESTA, Lorena. TORO-CÁRDENAS, Silvia. LÓPEZ FERNÁNDEZ, Luis Andrés. LUNA DEL CASTILLO, Juan de Dios y MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada. Validación de escala para evaluar la relación familia-trabajo en médicas y médicos de familia. *Revista Española de Salud Pública*. 2011c, vol 85, p. 159-172.
- DELGADO, Ana. SALETTI-CUESTA, Lorena. LÓPEZ-FERNÁNDEZ, Luis Andrés. LUNA DEL CASTILLO, Juan de Dios y MATEO, Inmaculada. “Logro profesional alcanzado y percibido de médicas y médicos de familia”. En: VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. Curitiba, Brasil; 5 al 9 de abril 2010.
- DELGADO, Ana. TÁVORA RIVERO, Ana. ORTIZ GÓMEZ, Teresa. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. *Estudios de Sociolingüística*. 2003, vol 4, núm. 2, p. 589-611.
- DEVAULT, Margarite. Talking and listening from women’s standpoint: Feminist strategies for interviewing and analysis. En: HESSE- BIBER,

- Sharlene Nagy y YAISER, Michelle (editoras) *Feminist perspectives on social research*. 1ra ed. Oxford: University Press, 2004. p: 227-250.
- DIO BLEICHMAN, Emilce. ¿Todas Madame Curie? Subjetividad e identidad de las científicas y tecnólogas. En: GENCIBER, MIQUEO, Consuelo. BARRAL, María José y MAGALLÓN, Carmen (editoras.) *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*. 1ra ed. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2008. p: 37-50.
 - DOLADO LOBEGAD, Juan José y FELGUEROSO FERNÁNDEZ, Florentino. Ajuste ocupacional y pluriempleo de los médicos: ¿importan las parejas?. En: VÁZQUEZ VEGA, Pablo (editor). *La feminización de las profesiones sanitarias*. 1ra ed. Bilbao: Fundación BBVA, 2010. p: 199-252.
 - DOLADO LOBEGAD, Juan José y FELGUEROSO FERNÁNDEZ, Florentino. Diferencias de género y temporalidad: el caso de los profesionales superiores en el sector sanitario en España. En: VÁZQUEZ VEGA, Pablo (editor). *La feminización de las profesiones sanitarias*. 1ra ed. Bilbao: Fundación BBVA, 2010. p: 97-133.
 - DRIES, Nicky. PEPERMANS, Roland y CARLIER, Olivier. Career success: constructing a multidimensional model. *Journal of Vocational Behavior*. 2008, vol 73, p. 254- 267.
 - DUFFORT, Francine y MAHEUX, Brigitte. When female medical students are the majority: Do numbers really make a difference?. *JAMWA*. 1995, vol 50, núm. 1, p. 4-6.
 - DUMELOW, Carol. LITTLEJOHNS, Peter y GRIFFITHS, Sian. Relation between a career and family life for English hospital consultants:

qualitative, semistructured interview study. *BMJ*. 2000, vol 320, núm. 7247, p. 1437-1440.

- DURÁN-APONTE, Emilce. PUJOL, Lydia. Diferencias de género y área de estudio en las atribuciones causales de estudiantes universitarios. *Anales de la Universidad Metropolitana*. 2012, vol 12, núm. 2, p. 39-51.
- DYKE, Lorraine y MURPHY, Steven. How we define success. A qualitative study of what matters most to women and men. *Sex Roles*. 2006, vol 55, núm. 5-6, p. 357-371.
- EAGLY, Alice y CARLI, Linda. Women and the labyrinth of leadership. *Harvard Business Review*. 2007, vol 85, núm. 9, p. 62-71.
- EAGLY, Alice y JOHNSON, Blair. Gender and leadership style: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 1990, vol 108, núm. 2, p. 233-256.
- ELSTON, Mary Ann. *Women and medicine. The future*. 1ra ed. Londres: Royal College of Physicians, 2009.
- ELY, Robin y MEYERSON, Debra. Theories of gender in organizations: a new approach to organizational analysis and change. *Research in Organizational Behaviour*. 2000, vol 22, p. 103-151.
- ENACHE, Mihaela. SALLAN, José. SIMO, Pep y FERNÁNDEZ, Vicenç. Career attitudes and subjective career success. Tackling gender differences. *Gender and Management*. 2011, vol 26, núm. 3, p. 234-250.
- ESCOLANO ZAMORANO, Esther. *Entre la discriminación y el mérito. Las profesoras en las universidades valencianas*. 1ra ed. Valencia: Universitat de València, 2006.
- España. Decreto 18/2007 de 23 de enero por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales

sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 29 de enero de 2007, núm. 21, p. 13-15.

- España. Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 17 de julio 2007, núm. 140.
- España. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 4 de julio 1998, núm. 74 y Boletín Oficial del Estado, 4 de agosto 1998, núm. 185.
- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril 1986, núm. 102.
- España. Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, 23 de marzo de 2007, núm. 71, p. 12611-12645.
- España. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, 01 de febrero de 1984. núm. 27, p. 2627- 2629.
- ESTEBAN, Mari Luz. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*. 2006, vol 2, núm. 1, p. 9-20.
- ESTEVA, M. LARRAZ, C y JIMÉNEZ, F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista Clínica Española*. 2006, vol 206, p. 77- 83.
- ETAN. *Informe política científica de la Unión Europea. Promover la excelencia mediante la integración de la igualdad entre géneros*. 1ra ed. Bruselas: Comisión Europea, 2001.

- FAIRCLOUGH, Norman. El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. En: WODAK, Ruth y MEYER, Michael. *Métodos de análisis crítico del discurso*. 1ra ed. Barcelona: Gedisa, 2003. p: 179-203.
- FAJARDO ALCÁNTARA, Angélica. “El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980”. Tesis Doctoral. Dirección: Manuel Gálvez Ibáñez; Teresa Ortiz Gómez; Esteban Rodríguez Ocaña. Universidad de Granada, Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia, 2007.
- FLECHA GARCÍA, Consuelo. La educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina de la universidad española, año 1882. *Dynamis*. 1999, vol 19, p. 241-278.
- FLECHA GARCÍA, Consuelo. *Las primeras universitarias en España: 1872-1910*. 1ra ed. Madrid: Narcea, 1996.
- FLICK, Uwe. *Introducción a la investigación cualitativa*. 2da ed. Madrid: Morata, 2007.
- FONOW, Mary Margaret y COOK, Judith. Feminist methodology: New applications in the academy and public policy. *Signs*. 2005, vol 30, núm. 4, p. 2211-2235.
- FOUCAULT, Michel. *El orden del discurso*. 3ra ed. Barcelona: Tusquets, 2005.
- FOUCAULT, Michel. *Historia de la sexualidad. Volumen uno: La voluntad del saber*. 30ma ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2002.
- FOX, Mary Frank y FERRI Vincent. Women, men, and their attributions for success in academe. *Social Psychology Quarterly*. 1992, vol 55, núm. 3, p. 257-271.

- GALLO VALLEJO, FJ. ALTISENT TROTA, R. DÍEZ ESPINO, J. et al. Perfil profesional del médico de familia. *Atención Primaria*. 1999, vol 23, núm. 4, p. 236-245.
- GARCÍA CUESTA, Sara. Mujeres en trayectorias periféricas de carrera: las abogadas en su doble presencia. *Clepsydra*. 2008, vol 7, p. 43-70.
- GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDA, Marisa. Imágenes de la profesión. En: GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDA, María Luisa. ARRANZ LOZANO, Fátima. DEL VAL CID, Consuelo. Et al. (editoras) *Mujeres y hombres en la ciencia española. Una investigación empírica*. 1ra ed. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales, 2006. p: 135- 163.
- GARCÍA DE LEÓN, María Antonia y FIGARES, María Dolores. *Antropólogas, politólogas y sociólogas (género, biografía y cc. sociales)*. 1ra ed. Madrid: Plaza y Valdés, 2009.
- GARCÍA DE LEÓN, María Antonia. *Herederas y heridas. Sobre las élites profesionales femeninas*. 1ra ed. Madrid: Cátedra, 2002.
- GARCÍA DE LEÓN, María Antonia. *La excelencia científica (Hombres y mujeres en las Reales Academias)*. 1ra ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 2005.
- GARCÍA GUEVARA, Patricia. Las académicas entre la materialidad política y la subjetividad. En: CHÁVEZ GUTIÉRREZ, María Antonia. CHÁVEZ GUTIÉRREZ, María Rita. RAMIREZ DIEZ, Érika. CRUZ MUÑOZ, María Elena y CERVANTES FUENTES, Gabriela Karina (coordinadoras) *Género y trabajo en las universidades*. 1ra ed. Guadalajara: Instituto Municipal de las Mujeres de Guadalajara, 2009. p: 31-48.

- GARCÍA-RETAMERO, Rocío y LÓPEZ ZAFRA, Esther. Congruencia de rol de género y liderazgo: el papel de las atribuciones causales sobre el éxito y el fracaso. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2006, vol 38, núm. 2, p. 245-257.
- GARCÍA-RETAMERO, Rocío y LÓPEZ ZAFRA, Esther. Atribuciones causales sobre éxito y fracaso y percepción del liderazgo femenino. *Estudios de Psicología*. 2008, vol 29, núm. 3, p. 273-287.
- GILL DE ALBORNOZ, Belén y CHORÉN RODRÍGUEZ, Pilar. En: VÁZQUEZ VEGA, Pablo (editor). *La feminización de las profesiones sanitarias*. 1ra ed. Bilbao: Fundación BBVA; 2010. pp. 27-96.
- GJERBERG, Elizabeth. Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Social Science and Medicine*. 2003, vol 57, p. 1327-1341.
- GONZÁLEZ-BLASCO, P. Los cuatro pilares de la medicina de familia. *Archivos de Medicina Familiar*. 2004, vol 6, p. 31-33.
- GONZÁLEZ MORALES, María Gloria. “Estrés laboral, afrontamiento y sus consecuencias: el papel del género”. Tesis Doctoral. Dirección: Isabel Rodríguez Molina; José María Peiró Silla. Universidad de Valencia, Departamento de Psicología Social, 2006.
- GUALLAR SANROQUE, Abel. BALAGUER SOLÁ, Isabel y CASTILLO FERNÁNDEZ, Isabel. *La atribución: teoría, investigación y evaluación*. 1ra ed. Valencia: NAUlibres, 1997.
- HANSEN, Ranald y O’LEARY, Virginia. Sex- determined attributions. En: O’LEARY, Virginia. KESLER UNGER, Rhoda y STRUDLER WALLSTON, Barbara (editoras) *Women, gender and social psychology*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1985. p: 67-99.

- HARAWAY, Donna. Manifiesto para cyborgs. Ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX. En: HARAWAY, Donna. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. 1ra ed. Madrid: Cátedra, 1995. p: 251-311.
- HARDING, Sandra. ¿Existe un Método Feminista?. En: BARTRA, Eli (compiladora) *Debates en torno a una metodología feminista*. 2da ed. México: PUEG/UAM, 2002. p: 9-34.
- HARDING, Sandra. A socially relevant philosophy of science? Resource form standpoint theory's controversiality. *Hypatia*. 2004b, vol 19, núm. 1, p. 25-47.
- HARDING, Sandra. *Ciencia y feminismo*. 5ta ed. Madrid: Morata, 1996.
- HARDING, Sandra. Rethinking standpoint epistemology. What is "strong objectivity"?. En: HESSE- BIBER, Sharlene Nagy y YAISER, Michelle (editoras) *Feminist perspectives on social research*. 1ra ed. Oxford: University Press, 2004. p: 39- 64.
- HARRISON, Margaret. Identity and experience. A study of selected female physicians in five provincial states of Mexico. *Salud Pública de México*. 2000, vol 42, núm. 3, p. 208-216.
- HARTMANN, Heidi. Capitalismo, patriarcado y segregación de los empleos por sexos. En: BORDERÍAS, Cristina. CARRASCO, Cristina y ALEMANY, Carme (compiladoras) *Mujeres y trabajo. Rupturas conceptuales*. 1ra ed. Barcelona: Icaria, 1994. p: 253-294.
- HAUSMANN, Ricardo y TYSON, Laura. *The Global Gender Gap. Report 2007*. 1ra ed. Ginebra: World Economic Forum, 2007.
- HAYNES, Michelle y HEILMAN, Madeline. It had to be you (not me)! Women's attributional rationalization of their contribution to successful

joint work outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2013, vol 39, núm. 7, p. 956-969.

- HEATH, Iona. Women in medicine. *BMJ*. 2004, vol 329, p. 412-413.
- HENNEQUIN, Emilie. What “career success” means to blue-collar workers". *Career Development International*. 2007, vol 12, núm. 6, p. 565-581.
- HERNANDO, Almudena. Poder, individualidad e identidad de género femenina. En: HERNANDO, Almudena. *¿Desean las mujeres el poder? Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo*. 1ra ed. Madrid: Minerva, 2003. p: 72-136.
- HESLIN, Peter. Conceptualizing and evaluating career success. *Journal of Organizational Behaviour*. 2005, vol 26, p. 113- 136.
- HESSE-BIBER, Sharlene Nagy y YAISER, Michelle. Differences matters: studying across race, class, gender and sexuality. En: HESSE-BIBER, Sharlene Nagy. YAISER, Michelle (editoras) *Feminist perspectives on social research*. 1ra ed. Oxford: University Press, 2004. p: 101- 120.
- HESSE-BIBER, Sharlene Nagy. LEAVY, Patricia y YAISER, Michelle. Feminist approaches o research as a process. Reconceptualizing epistemology, methodology and method. En: HESSE- BIBER, Sharlene Nagy y YAISER, Michelle (editoras) *Feminist perspectives on social research*. 1ra ed. Oxford: University Press, 2004. p: 3-26.
- HIERRO, Graciela. Género y empoderamiento, ética y feminismo. En: BUSTOS ROMERO, Olga y BLÁZQUEZ GRAF, Norma. *Qué dicen las académicas acerca de la UNAM*. 1ra ed. México D.F.: Universidad Autónoma de México, 2003. p: 129-139.

- HINZE, Susan. Women, men, career and family in the U.S. young physician labor force. *Research in the Sociology of Work*. 2004, vol 14, p. 185-217.
- HOJAT, Mohammadreza. GONNELLA, Joseph. ERDMANN, James Et al. Gender comparisons of income expectations in the USA at the beginning of medical school during the past 28 years. *Social Science and Medicine*. 2000, vol 50, núm. 11, p. 1665- 1672.
- HOOKS, bell. Mujeres negras. Dar forma a la teoría feminista. En: HOOKS, bell. BRAH, Avtar. SANDOVAL, Chela. Et al. (editoras) *Otras inapropiables, Feminismos desde las fronteras*. 1ra ed. Madrid: Traficantes de sueños; 2004. p: 33-50.
- HUICI CASAL, Carmen. La orientación psicoanalítica. En: HUICI CASAL, Carmen. *Estructura y procesos de grupo*. 1ra ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1987.p: 161-184.
- HULSCHER, Marlies, SCHOUTEN Loes, GROL, Richard y BUCHAN, Heather. Determinants of success of quality improvement collaborative: what does the literature show? *BMJ Quality Safety*. 2013, vol 22, p. 19-31.
- IBÁÑEZ, Miguel. Más allá de la sociología. *El grupo de discusión técnica y crítica*. 2da ed. Madrid. Siglo Veintiuno, 1986.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Profesionales sanitarios colegiados 2010. Disponible:<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p416/a2010/&file=pcaxis>. Fecha de consulta: 25 de agosto de 2011.
- IRIGOYEN, Juan. La reestructuración de la profesión médica. *Política y Sociedad*. 2011, vol 48, núm. 2, p. 277-293.
- IRIGOYEN, Juan. *La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica*. 1ra ed. Granada: Universidad de Granada, 1996.

- ISAAC, Carol. KAATZ, Anna. LEE, Barbara y CARNES, Molly. An Educational Intervention Designed to Increase Women's Leadership Self-Efficacy. *CBE-Life Sciences Education*. 2012, vol 11, p. 307–322.
- JÄGER, Siegfried. Discurso y conocimiento: Aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y del análisis de dispositivos. En: WODAK, Ruth. MEYER, Michael. *Métodos de análisis crítico del discurso*. 1ra ed. Barcelona: Gedisa, 2003. p: 61-100.
- JIMÉNEZ VÁSQUEZ, Mariela Sonia. Tendencias y hallazgos en los estudios de trayectoria: una opción metodológica para clasificar el desarrollo laboral. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 2009, vol 11, p. 1-21.
- JÓNASDÓTTIR, Anna. *El poder del amor. ¿Le importa el sexo a la democracia?* 1ra ed. Madrid: Cátedra, 1993.
- JUSTO SUÁREZ, Cristina. Mujeres y ciencia. Contexto teórico. En: GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREDÁ, María Luisa. ARRANZ LOZANO, Fátima. DEL VAL CID, Consuelo. Et al. (editoras) *Mujeres y hombres en la ciencia española. Una investigación empírica*. 1ra ed. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales, 2006. p: 231-258.
- KALET, Adina. FLETCHER, Kathlyn. FERDMAN, Dina y BICKELL, Nina. Defining, navigating, and negotiating success. The experience of Mid-career Robert Wood Johnson Clinical Scholar Women. *Journal of General Internal Medicine*. 2006, vol 21, núm. 9, p. 920-925.
- KAUFMANN, Alicia. *Mujeres directivas: transición hacia la alta dirección*. 1ra ed. Madrid: CIS, 2007.

- KENDALL, Shari y TANNEN, Deborah. Gender and language in the workplace. En: WODAK, Ruth (editora) *Gender and discourse*. 1ra ed. Bedfordshire: Sage, 1997. p: 81-106.
- KILMINSTER, Sue. DOWNES, Julia. GOUGH, Bredan. MURDOCH-EATON, Deborah y TRUDIE, Robert. Women in medicine-is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Medical Education*. 2007, vol 41, núm. 1, p. 39-49.
- KONRAD, Alison. RITCHIE, Edgar. LIEB, Pamela y CORRIGALL, Elizabeth. Sex differences and similarities in job attribute preferences: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2000, vol 126, núm. 4, p. 593-641.
- KRUEGER, Richard. *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. 1ra ed. Madrid: Pirámide, 1991.
- KVAERNER, Kari. AASLAND, Olaf. BOTTEN, Grete. Female medical leadership: cross sectional study. *BMJ*. 1999, vol 318, p. 91-94.
- LAGARDE, Marcela. *Identidad de género*. 1ra ed. Managua: Cuadernos de Trabajo Cenzontle; 1992.
- LAGARDE, Marcela. *Para mis socias de la vida*. 1ra ed. Madrid: Horas y Horas, 2005.
- LAINE, Christine y TURNER, Barbara. Unequal pay for equal work: the gender gap in academic medicine. *Annual Internal Medicine*. 2004, vol 141, núm. 3, p. 238-240.
- LANTZ, Paula. Gender and leadership in healthcare administration: 21st century progress and challenges. *Journal of Healthcare Management*. 2008, vol 53, núm. 5, p. 291-301.

- LE FREVRE, Nicky. Le feminization de la profession médicale: voie de recomposition ou de transformation du "genre"?. En: AÏACH, Pierre. CÈBE, Dominique. CRESSON, Genevieve y PHILIPPE, Claudine. *Femmes et hommes dans le champ de la santé*. 1ra ed. Rennes: ENSP, 2001. p: 197-228.
- LEVINS MORALES, Aurora. Intelectual orgánica certificada. En: HOOKS, bell. BRAH, Avtar. SANDOVAL, Chela. Et al. *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*. 1ra ed. Madrid: Traficantes de sueños, 2004. p: 63-70.
- LEVINSON, Wendy y LURIE, Nicole. When most doctors are women: What lies ahead?. *Annals of Internal Medicine*. 2004, vol 141, núm. 6, p. 471- 474.
- LEVINTON DOLMAN, Nora. Mujeres y deseo de poder: un conflicto inevitable. En: HERNANDO, Almudena. *Desean las mujeres el poder? Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo*. 1ra ed. Madrid: Minerva, 2003. p: 173-223.
- LEVITT, Cheryl. CANDIB, Lucy. LENT, Barbara y HOWARD, Michelle. *Women physicians and family medicine. Monograph/ Literature review*. 1ra ed. Orlando: Wonca Working Party on Women and Family Medicine, 2008.
- LIBRERÍA DE MUJERES DE MILÁN. *El final del patriarcado (ha ocurrido y no por casualidad)*. 2da ed. Barcelona: La Libreria de les dones, 1998.
- LIPS, Hilary. Impotencia femenina: ¿un caso de preparación cultural? En: RADTKE, Lorraine y STAM, Henderikus (editoras) *Power/Gender: Social Relations in Theory and Practice*. 1ra ed. Londres: Sage Publications, 1994. p: 89-107.
- LÓPEZ GUERRERO, Jahel. Mujeres y trabajo académico. En: FAVELA GAVIA, Margarita y MUÑOZ RUBIO, Julio (coordinadoras). *Jornadas*

- anuales de investigación*. 1ra ed. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2006. p: 181-195.
- LÓPEZ SÁEZ, Mercedes. *Trayectorias personales y profesionales de mujeres con estudios tradicionalmente masculinos. Estudio II. Universidad*. 1ra ed. Madrid: Melsa. CIDE Instituto de la mujer, 2003.
 - LÓPEZ ZAFRA, Esther. GARCÍA-RETAMERO, Rocío y EAGLY, Alice. Congruencia de rol de género y aspiraciones de las mujeres a posiciones de liderazgo. *Revista de Psicología Social*. 2009, vol 24, núm. 1, p. 99-108.
 - LÓPEZ-SÁEZ, Mercedes. LISBONA, Ana y SÁINZ, Milagros. Mujeres ingenieras. Percepciones sobre su vida profesional. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 2004, vol 57, núm. 2, p. 161-180.
 - LORBER, Judith. Why women physicians will never be true equals in the American Medical Profession. En: RISKA, Elianne. WEGAR, Katarina. (editoras) *Gender, work and medicine*. 1ra ed. Londres: Sage; 1993. p: 62-76.
 - LUFT, Joseph. Introducción a la dinámica de grupos. 6ta ed. Barcelona: Herder; 1986.
 - LUQUE SALAS, Bárbara. El itinerario profesional de las mujeres jóvenes: una carrera de obstáculos. *Anuario de psicología*. 2008, vol 39, núm. 1, p. 101-107.
 - MAGALLÓN PORTOLÉS, Carmen. *Pioneras españolas en las ciencias: las mujeres del Instituto Nacional de Física y Química*. 1ra ed. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1998.
 - MAGALLÓN PORTOLÉS, Carmen. Privilegio epistémico, verdad y relaciones de poder. Un debate sobre la epistemología del feminist standpoint. En: BARRAL, María José. MAGALLÓN, Carmen. MIQUEO, Consuelo y SÁNCHEZ,

Dolores (editoras) *Interacciones ciencia y género: discursos y prácticas científicas de mujeres*. 1ra ed. Barcelona: Icaria; 1999. p: 63-80.

- MANNI, Luciana. Cambios en las representaciones sociales e identidades genéricas de mujeres profesionales. *Aljaba*. 2010, vol 14, p. 135-156.
- MARCIA TUCHMAN, Arleen. Maternity and the female body in the writings of Dr. Marie Zakrzewska, 1892-1902. En: MORE, Ellen. FEE, Elizabeth y MANON, Parry (editoras) *Women physicians and the cultures of medicine*. 1ra ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2009. p: 52-68.
- MARKUS, Maria. Mujeres, éxito y sociedad civil Sumisión o subversión del principio del logro. En: BENHABIB, Sheyla y CORNELL, Drucilla. Teoría feminista y teoría crítica. *Ensayos sobre la política de género en las sociedades del capitalismo tardío*. 1ra ed. Valencia: Alfons el Magnánim; 1990. p: 151-168.
- MARTÍNEZ PÉREZ, María Dolores y OSCA SEGOVIA, Amparo. El éxito profesional desde una perspectiva de género: propuesta de un modelo. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 2004, vol 57, núm. 2, p. 193-208.
- MAYOROVA, Tanja. STEVENS, Fred. SCHERPBIER, Albert. VAN DER VELDEN, Lud y VAN DER ZEE, Jouke. Gender-related differences in general practice preferences: longitudinal evidence from the Netherlands 1982-2001. *Health Policy*. 2005, vol 72, p. 73-80.
- MCCORMICK, Michael. TANGUMA, Jesús y LOPEZ-FORMENT, Anita Sohn. Extending self-efficacy theory to leadership: a review and empirical test. *Journal of Leadership Education*. 2002, vol 1, p. 34-49.

- MCELHINNY, Bonnie. Ideologies of public and private language in sociolinguistics. En: WODAK, Ruth (editora) *Gender and discourse*. 1ra ed. Bedfordshire: Sage, 1997. p: 106-139.
- MCMURRAY, Julia. ANGUS, Graham y COHEN, May. Et al. Women in Medicine: A four-nation comparison. *JAMWA*. 2002, vol 57, p. 185-190.
- METZ, Isabel y THARENOU, Phyllis. Women's career advancement. The relative contribution of human and social capital. *Group and Organization Management*. 2001, vol 26, núm. 3, p. 312-342.
- MIES, María. ¿Investigación sobre las mujeres o investigación feminista? El debate en torno a la ciencia y la metodología feminista. En: BARTRA, Eli (compiladora) *Debates en torno a una metodología feminista*. 2da ed. México: PUEG/UAM; 2002. p: 63-102.
- MIQUEO, Consuelo. ¿Feminismo en el mundo científico médico?. *Isegoría*. 2008, vol 38, p. 155-167.
- MIQUEO, Consuelo. GERMÁN BES, Concha. FERNÁNDEZ TURRADO, Teresa y BARRAL MORÁN, María José. *Ellas también cuentan. Científicas en los comités de revistas biomédicas*. 1ra ed. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2011.
- MIQUEO, Consuelo. Leer y escribir en lengua maternal: análisis del uso del español en la comunidad científica internacional. En: GOMES DE CARVALHO, Marília (editoras) *Ciencia, tecnología y género. Abordagens iberoamericanas*. 1ra ed. Curitiba: UTFPR; 2011. p: 115-147.
- MIRA, J.J. VITALLER, J. BUILM J.A. ARANAZ, J. y RODRÍGUEZ-MARIN, J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Atención Primaria*. 1994, vol 14, p. 1135-1140.

- MOLINA, Cristina. Género y poder desde sus metáforas. Apuntes para una topografía del patriarcado. En: TUBERT, Silvia (editora) *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. 1ra ed. Madrid: Feminismos, 2003. p: 123-159.
- MONTERO, Mercedes. *La conquista del espacio público. Mujeres españolas en la universidad (1910-1936)*. 1ra ed. Madrid: Minerva; 2009.
- MORANTZ-SÁNCHEZ, Regina. Female patient agency and the 1892 Trial of Dr. Mary Dixon Jones in Late Nineteenth- century Brooklyn. En: MORE, Ellen. FEE, Elizabeth y MANON, Parry. (editoras) *Women physicians and the cultures of medicine*. 1ra ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2009. p: 69-88.
- MORANTZ-SÁNCHEZ, Regina. *Sympathy and science. Women physicians in American medicine*. 2da ed. Nueva York: Oxford University Press; 2000.
- MORANTZ-SÁNCHEZ, Regina. The many faces of intimacy: professional options and personal choices among nineteenth-and twentieth- century women physicians. En: ABIR-AM, Pnina y OUTRAM, Dorinda (editoras) *Uneasy careers and intimate lives. Women in science, 1789-1979*. 1ra ed. Londres: Rutgers University Press; 1989. p: 45-59.
- MORE, Ellen. FEE, Elizabeth y MANON, Parry. New perspectives on women physicians and medicine in the United States, 1879 to the present. En: MORE, Ellen. FEE, Elizabeth y MANON, Parry (editoras) *Women physicians and the cultures of medicine*. 1ra ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2009. p: 1-20.
- MORE, Ellen. *Restoring the balance. Women physicians and the profession of medicine, 1980-1995*. 1ra ed. Cambridge: Harvard University Press; 1999.

- MOREJON SABIO, Rosario. *Género, autoeficacia y proyección profesional. La transición Universidad-Mundo Laboral*. 1ra ed. Bilbao: EMAKUNDE, 2010.
- MUCCHIELLI, Roger. *La dinámica de los grupos*. 4ta ed. Madrid: Ibérico Europea de Ediciones; 1977.
- MURARO, Luisa. Autoridad sin monumentos. *DUODA. Revista dEstudis Feministes*. 1994, vol 7, p. 86-100.
- NABI, Ghulam. An investigation into the differential profile of predictors of objective and subjective career success. *Career Development*. 1999, vol 4, núm. 4, p. 212-224.
- NAVARRO, Pablo y DÍAZ, Capitolina. Análisis de contenido. En: DELGADO, Juan Manuel y GUTIÉRREZ, Juan. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. 1ra ed. Madrid: Síntesis; 1999. p: 176-224.
- NEITTAANMAKI, Liisa. GROSS, Edith. VIRJO, Irma. Et al. Personal values of male and female doctors: gender aspects. *Social Science and Medicine*. 1999, vol 48, núm. 4, p. 559-568.
- NG, Thomas. EBY, Lillian. SORESEN, Kelly y FELDMAN, Daniel. Predictors of objective and subjective career success: a meta-analysis. *Personnel Psychology*. 2005, vol 58, p. 367-408.
- NOMURA, Kyoko. YANO, Eiji y FUKUI, Tsuguya. Gender Differences in Clinical Confidence: A Nationwide Survey of Resident Physicians in Japan. *Academic Medicine*, 2010, vol 58, núm. 4, p. 647-653.
- NONNEMAKET, Lynn. Women physicians in Academic Medicine. New insights from cohort studies. *New England Journal of Medicine*. 2000, vol 342, núm. 6, p. 399-405.

- OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER. Informe salud y género 2007-2008. *Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias*. 1ra ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
- OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Romper el techo de cristal. Las mujeres en los puestos de dirección. Actualización 2004*. 1ra ed. Ginebra: O.I.T., 2004. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/ucmp/cont/descargas/documento6323.pdf>. Fecha de consulta: 20 de febrero de 2012.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO Y PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. *Trabajo y familia. Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. 1ra ed. Santiago: Organización Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2009.
- ORTIZ, Teresa. La mujer como profesional de la medicina en la España contemporánea: El caso de Andalucía (1898-1981). *Dynamis*. 1985-86, vol 5-6, p. 343-366.
- ORTIZ, Teresa. Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX. *Asclepio*. 2005, vol LVII, núm.1, p. 75-97.
- ORTIZ, Teresa. La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina?. *EIDON*. 2007, vol 23, p. 61-65.
- ORTIZ, Teresa. BIRRIEL SALCEDO, Johanna. ORTEGA DEL OLMO, Rosa. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 2004, vol 18, núm. 1, p. 189-194.

- ORTIZ, Teresa. El género organizador de las profesiones sanitarias. En: Miqueo, Consuelo et al. (editoras) *Perspectivas de género en salud*. 1ra ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 2001. p: 39-61.
- ORTIZ, Teresa. *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. 1ra ed. Oviedo. KRK; 2006.
- PAICHELER, Geneviève. Carrières et pratiques des femmes medicines en France (1930-1980): portes ouvertes ou fermées?. En: AÏACH, Pierre. CÈBE, Dominique. CRESSON, Genevieve y PHILIPPE, Claudine. *Femmes et hommes dans le champ de la santé*. 1ra ed. Rennes: ENSP; 2001. p: 179-196.
- PASTOR GOSÁLBEZ, Inma. APARICIO CASALS, Rosa. ASTELARRA BONOMI, Judith. et al. *Estudios e Investigaciones: Informe Mujeres en la sanidad: trayectorias profesionales y acceso a cargos de responsabilidad*. 1ra ed. Madrid: Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer; 2008.
- PÉREZ SEDEÑO, Eulalia. GONZÁLEZ GARCÍA, Marta. SANTESMASES, María Jesús. Et al. *La situación de las mujeres en el Sistema Educativo de Ciencia y Tecnología en España y su contexto internacional*. Informe de Investigación. 2003. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/cont/descargas/documento2611.pdf?pg=cont/descargas/documento2611.pdf>. Fecha de consulta: 02 de enero de 2013.
- PHILLIPS, Susan e IMHOFF, Susan. Women and career development. A decade of research. *Annual Review of Psychology*. 1997, vol 48, p. 31-59.
- POLOLI, Linda y JONES, Sandra. Women faculty: An analysis of their experiences in academic medicine and their coping strategies. *Gender Medicine*. 2010, vol 7, núm. 5, p. 438-450.

- POLOLI, Linda. CIVIAN, Janet. BRENNAN, Robert. DOTTOLO, Andrea y KRUPAT, Edward. Experiencing the culture of academic medicine: gender matters, a national study. *Journal of General Internal Medicine*. 2013, vol 28, núm. 2, p. 201-207.
- POSADA KUBISA, Luisa. Pactos entre mujeres. En: AMOROS, Celia. *10 palabras clave sobre mujer*. 1ra ed. Estrella: Verbo Divino. 1995. p: 331-365.
- POZZIO, María. Análisis de género y estudios sobre profesiones: propuestas y desafíos de un diálogo posible y alentador. *Sudamérica*. 2012, vol 1, p. 99-129.
- PRINGLE, Rosemary. *Sex and medicine. Gender, power and authority in the medical profession*. 1ra ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
- PULEO, Alicia. Patriarcado. En: AMOROS, Celia. *10 palabras clave sobre mujer*. 1ra ed. Estrella: Verbo Divino. 1995. p: 21-54.
- RADTKE, Lorraine y STAM, Henderikus (editoras). *Power/Gender: Social Relations in Theory and Practice*. 1ra ed. Londres: Sage Publications; 1994.
- RAMAZANOGLU, Caroline y HOLLAND, Janet. *Feminist methodology: challenges and choices*. 1ra ed. Londres: Sage; 2005.
- RAMOS LÓPEZ, M. Amparo. *Mujeres y liderazgo. Una nueva forma de dirigir*. 1ra ed. Valencia: Universitat de Valencia; 2005.
- RAMOS, Amparo. BARBERÁ, Ester y SARRIÓ, Maite. Mujeres directivas, espacio de poder y relaciones de género. *Anuario de Psicología*. 2003, vol 34, núm. 2, p. 267-278.
- REED, Victoria y BUDDEBERG-FISCHER, Barbara. Career obstacles for women in medicine: an overview. *Medical Education*. 2001, vol 35, p. 139-147.

- REINHARZ, Shulamit y DAVIDMAN, Lynn. *Feminist Methods in Social Research*. 1ra ed. Oxford: University Press; 1992.
- RHOTON, Laura. Distancing as a gendered barrier: Understanding women scientistis'gender practices. *Gender and Society*. 2011, vol 25, núm. 6, p. 696-716.
- RICHARDSEN, Astrid y BURKE, Ronald. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Social Science and Medicine*. 1991, vol 10, p. 1179-1187.
- RISK, Elianne y WEGAR, Katarina. Women physicians: a new force in medicine?. En: RISK, Elianne y WEGAR, Katarina (editoras) *Gender, work and medicine*. 1ra ed. Londres: Sage; 1993. p: 77-93.
- RISK, Elianne. Towards gender balance: but will women have an impact on medicine?. *Social Science Medicine*. 2001, vol 52, p. 179-187.
- RISK, Elianne. Gender and medical careers. *Maturitas*. 2011, vol 68, núm. 3, p. 264-267.
- RISK, Elianne. *Medical careers and feminist agendas: American, Scandinavian, and Russian women physicians*. 1ra ed. Nueva York: Aldine de Gruyter; 2001.
- RISMAN, Barbara y DAVIS, Georgiann. From sex roles to gender structure. *Current Sociology Review*. 2013, vol 61, p. 1-23.
- RISMAN, Barbara. Gender as a social structure: Theory wrestling with activism. *Gender and Society*. 2004, vol 18, núm. 4, p. 429-450.
- RIVERA GARRETAS, María Milagros. ¿Trabajar por el gusto de estar en relación?. *DUODA Revista dIEstudis Feministes*. 2003, vol 25, p. 77-90.
- RIVERA GARRETAS, María Milagros. *La diferencia sexual en la historia*. 1ra ed. Valencia: Publicacions de la Universitat de València; 2005.

- RODRIGO, Antonina. *Una mujer libre: Amparo Poch y Gascón, médica anarquista*. 1ra ed. Barcelona: Flor del Viento; 2002.
- ROHLFS, Izabella. ARRIZABALAGA, Pilar. ARTAZCOZ, Lucia. Et al. *Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña*. 1ra ed. Barcelona: Fundación Galatea, 2007.
- ROTER, Debra y HALL, Judith. Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annual Review of Public Health*. 2004, vol 25, p. 497-519.
- ROTER, Debra. HALL, Judith y AOKI, Yutaka. Physician gender effects in medical communication. A meta-analytic review. *JAMA*. 2002, vol 288, p. 756-764.
- RUIZ OLABUÉNAGA, José Ignacio. *Metodología de la investigación cualitativa*. 1ra ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
- SALETTI CUESTA, Lorena. Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*. 2008, vol 7, p.169-183.
- SALETTI-CUESTA, Lorena. DELGADO, Ana. ORTIZ, Teresa. LÓPEZ-FERNÁNDEZ, Luis Andrés. Diferencias de género en la percepción del logro profesional en especialistas de medicina familiar y comunitaria. *Revista Española de Salud Pública*. 2013, vol 87, núm. 3, p. 221-238.
- SAMBUNJAK, Dario, STRAUS, Sharon y MARUSIC, Ana. Mentoring in academic medicine. A systematic review. *JAMA*. 2006, vol 296, p. 1103-1115.
- SÁNCHEZ-HUCLES, Janis y DAVIS, Donald. Women and women of color in leadership: Complexity, identity, and intersectionality. *American Psychologist*. 2010, vol 65, núm. 3, p. 171-181.

- SÁNCHEZ-HUCLES, Janis y SÁNCHEZ, Penny. Women and Leadership: Transforming Visions and Diverse Voices. En: CHIN, Jean Lau. LOTT, Bernice. RICE, Joy y SÁNCHEZ-HUCLES, Janis. *Women and Leadership: Transforming Visions and Diverse Voices*. 1ra ed. Singapur: Blackwell Publishing, 2007. p: 211–227.
- SANDOVAL, Chela. Nuevas ciencias. Feminismo Cyborg y metodología de los oprimidos. En: HOOKS, bell. BRAH, Avtar. SANDOVAL, Chela. Et al. (Editoras) *Otras inapropiables, Feminismos desde las fronteras*. 1ra ed. Madrid: Traficantes de sueños; 2004. p: 81- 106.
- SANTAMARÍA, A. MERINO, A. VIÑAS, O. ARRIZABALAGA, P. Does medicine still show an unresolved discrimination against women? Experience in two European university hospitals. *Journal of Medical Ethics*. 2009, vol 35, p. 104-106.
- SARTORI, Diana. Un vínculo sin legado. *DUODA Revista d'Estudis Feministes*. 2002, vol 22, p. 57-74.
- SARTORI, Diana. La autoridad en cuestión. En: HIPATÍA. *Autoridad científica, autoridad femenina*. 1ra ed. Madrid: Horas y Horas, 1998. p: 59 – 85.
- SCHIAFFINO, A. GARCÍA, M y FERNÁNDEZ, E. Autoría y presentación de resultados según el género en cuatro revistas biomédicas españolas. *Gaceta Sanitaria*. 2001, vol 15, núm. 3, p. 251-254.
- SCHMITT, Michael y BRANSCOMBE, Nyla. The meaning and consequences of perceived discrimination in disadvantaged and privileged social groups. *European Review of Social Psychology*. 2002, vol 12, p. 167-199.
- SCHRAGER, Sarina. KOLAN, Anne y DOTTL, Susan. Is that your pager or mine: A survey of women academic family physicians in dual physician families. *Wisconsin Medical Journal*. 2007, vol 106, núm. 5, p. 251-255.

- SCHUELLER-WEIDEKAMM, Claudia y KAUTZKY-WILLER, Alexandra. Challenges of Work–Life Balance for Women Physicians/Mothers Working in Leadership Positions. *Gender Medicine*. 2012, vol 9, núm. 4, p. 244-250.
- SCOTT, Joan. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: AMELANG, James y NASH, Mary. *Historia y género: las mujeres en la Europa contemporánea*. 1ra ed. Valencia: Alfons el Magnanim; 1990. p: 23-58.
- SEIBERT, Scott. KRAIMER, Maria y LINDEN, Robert. A social capital theory of career success. *Academic of Management Journal*. 2001, vol 44, núm. 2, p. 219-237.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. Mujeres y hombres en los indicadores sanitarios. *SAS Información*. 2008, vol 38, p. 5- 8.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. *Servicio Andaluz de Salud 2010. Información Básica*. 1ra ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2011.
- SHOLLEN, Lynn. BLAND, Carole. FINSTAD, Deborah y TAYLOR, Anne. Organizational climate and family life: How these factors affect the status of women faculty at one medical school. *Academic Medicine*. 2009, vol 84, p. 87-91.
- SHRIER, Diane y SHRIER, Lydia. An exploratory study of mother-daughter physicians: An intergenerational comparison of professional and personal experiences. *Journal of Women Health*. 2005, vol 14, núm. 10, p. 946-957.
- SMITH, Nicola. DYKES, Evelyn. YOUNGSON, George y LOSTY, Paul. Is the grass greener? A survey of female pediatric surgeons in the United Kingdom. *Journal of Pediatric Surgery*. 2006, vol 41, p. 1879-1881.

- SOBECKS, Nancy. JUSTICE, Amy. HINZE, Susan. et al. When doctors marry doctors: A survey exploring the professional and family lives of young physicians. *Annual Internal Medicine*. 1999, vol 130, núm. 4, p. 312-319.
- STAMM, Martina y BUDEBERG-FISCHER, Barbara. The impact of mentoring during postgraduate training on doctors' career success. *Medical Education*. 2011, vol 45, núm. 5, p. 488-96.
- STANSFELD, Stephen y CANDY, Bridget. Psychosocial work environment and mental health- a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environmental and Health*. 2006, vol 32, núm. 6, p. 443-62.
- STRAEHLEY, Clifford y LONGO, Patricia. Family issues affecting women in medicine, particularly women surgeons. *The American Journal of Surgery*. 2006, vol 192, p. 695-698.
- STURGES, Jane. What it means to succeed: personal conceptions of career success held by male and female managers at different ages. *British Journal of Management*. 1999, vol 10, p. 239-252.
- SUTHERLAND, Elyse y VEROFF, Joseph. Achievement motivation and sex roles. En: O'LEARY, Virginia. KESLER UNGER, Rhoda y STRUDLER WALLSTON, Barbara. (editoras) *Women, gender and social psychology*. 1ra ed. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1985. p: 101-128.
- SWIM, Janet y SANNA, Lawrence. He's skilled, she's lucky: a meta-analysis of observers' attributions for women's and men's success and failures. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1996, vol 22, p. 507-19.
- TAYLOR, Kathryn. LAMBERT, Trevor y GOLDACRE, Michael. Career progression and destination, comparing men and women in the NHS: postal questionnaire surveys. *BMJ*. 2009, vol 338, p. b1735.

- TESCH, Bonnie. OSBORNE, Janet. SIMPSON, Deborah. MURRAY, Sara y SPIRO, Joanna. Women physicians in dual-physician relationships compared with those in other dual-career relationships. *Academic Medicine*. 1993, vol 67, p. 542- 544.
- TOEWS, John. LOCKYER, Jocelyn. DOBSON, Deborah. Et al. Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Academic Medicine*. 1997, vol 72, p. 997-1002.
- TÓJAR HURTADO, Juan Carlos. *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. 1ra ed. Madrid: La muralla; 2006.
- TUBERT, Silvia. La crisis del concepto de género. En: TUBERT, Silvia (editora). *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. 1ra ed. Madrid: Feminismos; 2003. p: 7-37.
- VALCÁRCEL, Amelia. *La política de las mujeres*. Valencia: Cátedra; 1997.
- VALCÁRCEL, Amelia. *Sexo y filosofía. Sobre mujer y poder*. 1ra ed. Barcelona: Anthropos; 1994.
- VALCOUR, Monique y LADGE, Jamie. 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, vol 73, p. 300-309.
- VALIAN, Virginia. *Why so slow? The advancement of women*. 1ra ed. Cambridge: MIT Press; 1999.
- VALLES, Miguel. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. 3ra. ed. Madrid: Síntesis; 2003.

- VAN DEN BRINK, Marieke y BENSCHOP, Yvonne. Gender practices in the construction of academic excellence: sheep with five legs. *Organization*. 2012, vol. 19, p. 507-524.
- VÁZQUEZ CUPEIRO, Susana y ELSTON, Mary Ann. Gender and academic career trajectories in Spain. From gendered passion to consecration in a sistema endogámico? *Employee Relations*. 2006, vol 28, núm. 6, p. 588-603.
- VELASCO ARIAS, Sara. *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. 1ra ed. Madrid: Minerva; 2009.
- VERLANDER, Glese. Female physicians: balancing career and family. *Academic Psychiatry*. 2004, vol 28, p. 331-336.
- WALLACE, Amy y WEEKS, William. Differences in income between male and female primary care physicians. *Journal of the American Medical Women's Association*. 2002, vol 57, núm. 4, p. 180-184.
- WEIL, Peter y MATTIS, Mary. Narrowing the gender gap in healthcare management. *Healthcare Executive*. 2001, vol 16, núm. 6, p. 12-17.
- WEINER, Bernard. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*. 1985, vol 92, p. 548-573.
- WEINER, Bernard. Intrapersonal and interpersonal theories of motivation from an attributional perspective. *Educational Psychology Review*. 2000, vol 12, núm. 1, p. 1-14.
- WEINER, Bernard. Motivation from an attribution perspective and the social psychology of perceived competence. En: ELLIOT, Andrew. DWECK, Carol (editores). *Handbook of competence and motivation*. 2005. 1ra ed. Nueva York: Guilford Press. Pp:73-84

- WESTRING, Alyssa. SPECK, Rebecca. SAMMEL, Mary Dupuis. Et al. A culture conducive to women's academic success: development of a measure. *Academic Medicine*. 2012, vol 87, núm. 11, p. 1622-1631.
- WIGFIELD, Allan y ECCLES, Jacquelynne. The development of competence beliefs, expectancies for success, and achievement values from childhood through adolescence. En: WIGFIELD, Allan y ECCLES, Jacquelynne (editoras). *The development of achievement motivation*. California: Academic Press; 2002. p: 91-119.
- WILKINSON, Sue. Focus groups: A feminist methods. En: HESSE-BIBER, Sharlene Nagy y YAISER, Michelle (editoras) *Feminist perspectives on social research*. 1ra ed. Oxford: University Press; 2004. p: 271-295.
- WILLIAMS, Joan. Moving beyond the "chilly climate" to a new model for spurring organizational change. 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*. 1ra ed. Washington: The National Academy Press; 2006. p: 51-56.
- WITZ, Anne. *Professions and patriarchy*. 1ra. ed. Londres: Routledge; 1995.
- WODAK, Ruth (editora). *Gender and discourse*. 1ra ed. Bedfordshire: Sage, 1997.
- WODAK, Ruth. De qué trata el análisis crítico del discurso (ACD). Resumen de su historia, sus conceptos fundamentales y sus desarrollos. En: WODAK, Ruth y MEYER, Michael. *Métodos de análisis crítico del discurso*. 1ra ed. Barcelona: Gedisa; 2003. p: 17-34.

- WOODWARD, Christel. When a physician marries a physician: effect of physician-physician marriages on professional activities. *Canadian Family Physician*. 2005, vol 51, núm. 6, p. 850-851.
- WRIGHT, Anne. SCHWINDT, Leslie. BASSFORD, Tamsen. Et al. Gender Differences in Academic Advancement: Patterns, Causes, and Potential Solutions in One U.S. College of Medicine. *Academic Medicine*. 2003, vol 78, p. 500–508.
- XIE, Yu. 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*. 1ra ed. Washington: The National Academy Press; 2006. p: 42-47.
- ZHUGE, Ying. KAUFMAN, Joyce. SIMEONE, Diane. CHEN, Herbert y VELAZQUEZ, Omaidá. Is there still a glass ceiling for women in academic surgery? *Annals of Surgery*. 2011, vol 253, núm. 4, p. 637-643.

10. Anexos

Anexo I. Ficha autocumplimentada

Edad: _____
Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/>
Especialidad MIRMF: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tutor MIRMF: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dirección actual centro de salud: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Situación familiar:
<input type="checkbox"/> Vive sola
<input type="checkbox"/> Vive en pareja sin hijos/as
<input type="checkbox"/> Vive en pareja con hijos/as.....
<input type="checkbox"/> Vive sola con hijos/as.....
<input type="checkbox"/> Otras situaciones
Edad 1er. Hijo/a:.....
Edad 2do. Hijo/a:.....
Edad 3er. Hijo/a:.....
Edad 4to. Hijo/a:.....
Edad 1er. Hijo/a:.....
Edad 2do. Hijo/a:.....
Edad 3er. Hijo/a:.....
Edad 4to. Hijo/a:.....

Anexo II. Características detalladas de las médicas y los médicos.

Tabla 2. Características detalladas de las médicas de familia

Edad	MIRMF	Tutora MIRMF	Cargo directivo	Situación familiar	Ciudad
52	No	No	Sí	Pareja con hijos/as	2
50	Sí	Sí	Sí	Pareja con hijos/as	2
52	No	No	Sí	Pareja con hijos/as	2
49	No	No	Sí	Pareja con hijos/as	2
41	Sí	No	Sí	Pareja con hijos/as	1
43	Sí	Sí	Sí	Pareja con hijos/as	1
53	Sí	Sí	Sí	Sola con hijos/as	1
47	Sí	Sí	Sí	Pareja con hijos/as	1
50	Sí	Sí	Sí	Pareja con hijos/as	1
55	No	No	No	Pareja con hijos/as	4
53	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	4
48	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	4
45	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	4
41	Sí	Sí	No	Otras situaciones	2
52	No	No	No	Pareja con hijos/as	2
47	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	2
53	No	Sí	No	Otras situaciones	2
53	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	2
50	Sí	No	No	Pareja sin hijos/as	2
46	Sí	Sí	No	Sola con hijos/as	2

47	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	2
53	No	No	No	Otras situaciones	2
33	Sí	No	No	Pareja con hijos/as	3
31	Sí	Sí	No	Pareja sin hijos/as	3
31	Sí	No	No	Pareja con hijos/as	3
33	Sí	No	No	Pareja con hijos/as	3
31	Sí	No	No	Pareja sin hijos/as	3
32	Sí	No	No	Pareja sin hijos/as	1
39	Sí	Sí	No	Sola	1
37	Sí	No	No	Sola	1
34	Sí	No	No	Sola	1
38	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	1

Tabla 3. Características detalladas de los médicos de familia

Edad	MIRMF	Tutor/a MIRMF	Cargo directivo	Situación familiar	Ciudad
50	No	No	Sí	Otras situaciones	1
45	Sí	Sí	Sí	Pareja sin hijos/as	1
54	No	Sí	Sí	Pareja con hijos/as	1
45	Sí	No	Sí	Pareja con hijos/as	1
45	Sí	No	Sí	Solo con hijos/as	1
53	No	No	Sí	Pareja con hijos/as	6
51	No	No	Sí	Pareja con hijos/as	6
49	Sí	No	Sí	Pareja con hijos/as	6
57	No	No	No	Pareja sin hijos/as	7
57	No	No	No	Pareja con hijos/as	7
46	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	7
55	No	No	No	Pareja con hijos/as	7
57	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	7
48	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	2
51	Sí	No	No	Pareja con hijos/as	2
54	No	No	No	Solo con hijos/as	2
52	No	No	No	Pareja con hijos/as	2
52	Sí	No	No	Pareja con hijos/as	2
54	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	2
52	No	No	No	Pareja con hijos/as	2
55	No	Sí	No	Pareja con hijos/as	2
54	No	No	No	Pareja con hijos/as	2
58	No	No	No	Otras situaciones	2

50	No	No	No	Pareja con hijos/as	2
52	No	Sí	No	Pareja con hijos/as	2
39	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	5
32	Sí	Sí	No	Solo	5
38	Sí	Sí	No	Pareja sin hijos/as	5
35	Sí	No	No	Pareja sin hijos/as	5
33	Sí	Sí	No	Pareja sin hijos/as	4
31	Sí	No	No	Pareja con hijos/as	4
36	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	4
33	Sí	Sí	No	Pareja con hijos/as	4

Anexo III. Carta de invitación formal enviada a cada participante



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Granada, 7 de octubre de 2009

Estimada compañera:

Nos ponemos en contacto con usted para solicitar su colaboración en un estudio dirigido a conocer algunos aspectos relacionados con la profesión médica en Andalucía. Este proyecto se lleva a cabo desde la Escuela Andaluza de Salud Pública (E.A.S.P.) y está financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI071176).

La metodología para la recogida de datos son los grupos de discusión, por ello le pedimos que colabore formando parte de uno de los mismos, su participación es de suma importancia para la realización del estudio, por lo que le rogamos su asistencia al grupo. El equipo de investigación asegura tanto el anonimato como la confidencialidad de la información recogida.

Si requiere de mayor información puede contactar con Lorena Saletti Cuesta, técnica de investigación del proyecto.

Quiero agradecerle de antemano su colaboración en el estudio.

Atentamente, reciba un cordial saludo:

Fdo: Ana Delgado Sánchez
Investigadora Principal

Anexo IV. Primer listado de categorías de análisis

Logro profesional

- Definición del concepto
- Resultados del logro:
 - Internos
 - Externos:
 - o Reconocimiento de pares
 - o Reconocimiento del sistema sanitario (superiores)
 - o Reconocimiento de pacientes
 - o Docencia/investigación
 - o Poder
 - o Prestigio
 - o Dinero
- Atribuciones negativas para el logro:
 - Internas
 - Externas: factores dependientes de:
 - o De pares
 - o Del sistema sanitario
 - o De pacientes
 - o Condiciones físicas y de tiempo
 - o Docencia
- Atribuciones positivas para el logro:
 - Internas

- Externas: factores dependientes de
 - o De pares
 - o Del sistema sanitario
 - o De pacientes
 - o Docencia

Éxito profesional:

- Definición del concepto

- Resultados del éxito:

- Internos

- Externos:

- o Reconocimiento de pares
- o Reconocimiento del sistema sanitario (superiores)
- o Reconocimiento de pacientes
- o Docencia/Investigación
- o Poder
- o Prestigio
- o Dinero

- Atribuciones negativas para el éxito:

- Internas

- Externas: factores dependientes de:

- o De pares
- o Del sistema sanitario
- o De pacientes
- o Condiciones físicas y de tiempo

o Docencia

- Atribuciones positivas para el éxito:

- Internas
- Externas; factores dependientes de:
 - o De pares
 - o Del sistema sanitario
 - o De pacientes
 - o Docencia

Anexo V. Listado final de categorías de análisis

Resultados del logro:

- Internos:
 - Trabajo bien hecho
 - Gratificación del trabajo
 - Superación de retos
- Externos:
 - Cercanía del lugar de trabajo
 - Dinero (remuneración económica)
 - Ser docente
 - Realizar actividades de formación
 - Realizar actividades de investigación
 - Reconocimiento de pares
 - Clima laboral entre pares
 - Reconocimiento de pacientes
 - Realizar actividades asistenciales
 - Realizar actividades comunitarias y preventivas
 - Realizar procedimientos técnicos (excluida la entrevista clínica)
 - Obtener plaza en propiedad
 - Reconocimiento de superiores o jefes
 - Desempeñar un cargo directivo
 - Consecución de los objetivos del contrato programa

Atribuciones para el logro

- Internas
 - Personalidad
 - Motivación
 - Auto-cuidados (control de sentimientos y situaciones)

- Externas:
 - Suerte
 - Realizar actividades de formación
 - Ser docente y tener residentes
 - Pacientes
 - Pares
 - Familia
 - Espacio físico
 - Tiempo de consulta por paciente
 - Tiempo completo dedicado a la jornada laboral
 - Interacción tiempo laboral- tiempo personal
 - Estabilidad laboral
 - Objetivos del contrato programa y el sistema de evaluación
 - Historia clínica informatizada
 - Detentar un cargo directivo
 - Tipo de relaciones con superiores

Anexo VI. Publicaciones de la autora sobre el tema de estudio

- Saletti-Cuesta, Lorena. Delgado, Ana. Ortiz, Teresa. López-Fernández, Luis Andrés. Diferencias de género en la percepción del logro profesional en especialistas de medicina familiar y comunitaria. *Revista Española de Salud Pública*. 2013, vol 87, núm. 3, p. 221-238.
- Delgado, Ana. Saletti-Cuesta, Lorena. López-Fernández, Luis Andrés. Toro- Cárdenas, Silvia. Las características familiares y la salud percibida en médicas y médicos de familia de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*. 2013. En prensa.
- Delgado, Ana. Saletti-Cuesta, Lorena. 2011. Feminización de la Medicina y tiempo de trabajo. *Feminismo/s*. 2011, vol 18, p. 323-331.
- Saletti Cuesta, Lorena. Ellen S. More, Elizabeth Fee, Manon Parry (editoras). Women physicians and the cultures of medicine. Baltimore: The John's Hopkins University Press, 2009, 357 p. ISBN 978-0-8018-9038-3. *Dynamis*. 2011, vol 31, núm. 2, p. 564-568.
- Delgado, Ana. Saletti- Cuesta, Lorena. Toro- Cárdenas, Silvia. López-Fernández, Luis Andrés. Luna del Castillo, Juan de Dios. Mateo-Rodríguez, Inmaculada. Validación de escala para evaluar la relación familia- trabajo en médicas y médicos de familia. *Revista Española de Salud Pública*. 2011, vol 85, p. 159- 172.

- Delgado, Ana. Saletti- Cuesta, Lorena. López-Fernández, Luis Andrés. Luna del Castillo, Juan de Dios. Mateo-Rodríguez, Inmaculada. Gender and the professional career of primary care physician in Andalusia (Spain). *BMC Health Services Research*. 2011, vol 11, p. 51.
- Delgado, Ana. Saletti Cuesta, Lorena. López-Fernández, Luis Andrés. Luna del Castillo, Juan de Dios. Mateo-Rodríguez, Inmaculada. Jiménez Martín, Juan Manuel. Características de la familia de origen y de la familia formada por las médicas y los médicos de familia de Andalucía. *Revista Española de Salud Pública*. 2009, vol 83, núm. 6, p. 891-897.



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Facultad de Medicina

--

Departamento de
Anatomía Patológica e
Historia de la Ciencia.

